

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría



Tesis Doctoral

**“PROYECTO DE UNA CARTERA DE SERVICIOS PARA
LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL SISTEMA
SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ”**

María Jesús López Fernández

Málaga, 2016



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: María Jesús López Fernández

 <http://orcid.org/0000-0001-5714-0125>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría
Facultad de Medicina

D. JOAQUÍN FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS, CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

CERTIFICA

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal **D^a. M^a Jesús López Fernández** sobre el tema “Proyecto de una cartera de servicios para las Unidades de Gestión de Medicina Preventiva y Salud Pública del Sistema Sanitario Público Andaluz” ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autora, en condiciones tan aventajadas que la hacen acreedora del título de Doctora, siempre que así lo considere el Tribunal designado para tal efecto por la Universidad de Málaga.

Málaga, 14 de octubre de 2015

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

A mi madre



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AGRADECIMIENTOS

A mi director, el Dr. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas por ofrecerme su idea para la realización de esta tesis y persistir en ella durante estos años. Por su dirección, disponibilidad y paciencia.

A todos mis compañeros del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga por su apoyo y ánimo durante este proceso, especialmente al Dr. Manuel Carnero Varo, por creer en mí y a la Dra. Blanca O'Donnell Cortés, por su empatía y sabios consejos.

Al Servicio Cartera de servicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS por poner a mi disposición todos sus recursos, especialmente a Dña. Josefa María Aldana Espinal, por su cercanía, disponibilidad y apoyo metodológico y a Dña. Reyes López Márquez por su colaboración.

A todos los revisores especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública por su participación en las distintas fases del estudio. Al Dr. Juan José Pérez Lázaro por sus aportaciones en la primera fase.

A Sergio, por su comprensión, ayuda, apoyo constante y su visión positiva de la vida, sin la cual no habrían sido posibles tantas cosas.

A mi madre, por su ejemplo de esfuerzo, lucha y superación; a mis hermanos y sobrinos por haber estado siempre conmigo animándome en la consecución este y otros logros.

A mis amigas y amigos por estar cada día.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1.- La evolución de la Medicina Preventiva y Salud Pública en el desarrollo de las civilizaciones.	7
1.2.- El Sistema Sanitario Público en la creación de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública.	15
1.3.- Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: estructura funcional y modelo de gestión clínica.	25
1.4.- La formación de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública: pasado, presente y futuro ante el nuevo Modelo de Troncalidad.	35
1.5.- La Cartera de Servicios de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el entorno del Sistema Sanitario Público.	45
2.- JUSTIFICACIÓN	53
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	57
3.1.- Hipótesis	59
3.2.- Objetivos generales.	59
3.3.- Objetivos específicos.	59
4.- MATERIAL Y MÉTODO	61
4.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.	63
4.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.	66
5.- RESULTADOS.	71
5.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.	73
5.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.	89
6.- DISCUSIÓN	127
6.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.	129

6.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.....	140
7. LIMITACIONES	159
8. CONCLUSIONES.....	167
9. BIBLIOGRAFÍA.....	171
10.- ANEXOS.....	187

ABREVIATURAS EMPLEADAS

ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C.A.T.I.: Comunicación de Accidentes de Trabajo e Incidentes.

CLED: Agar Cistina-Lactosa Deficiente en Electrólitos.

CMBDA: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía.

EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria.

EPINE: Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales de España.

EPPS: European Point Prevalence Survey

ENVIN-UCI: Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva.

EIR: Especialista Interno Residente.

INCLIMECC: Indicadores Clínicos de Mejora Continua de Calidad.

INP: Instituto Nacional de Previsión.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud.

IRAS: Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.

MIR: Médico Interno Residente.

MMR: Microorganismo Multirresistente.

MRSA: *Estafilococo aureus* Meticilin Resistente.

MPYSP: Medicina Preventiva y Salud Pública.

PREVINE: Programa Específico para la Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales en España.

PSLT: Protección de la Salud en el Lugar de Trabajo.

PIRASOA: Programa Integral de Prevención, Control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Uso Apropiado de los antimicrobianos

PRL: Prevención de Riesgos Laborales.

PVCIN: Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales.

RD: Real Decreto.

RASSLH: Red Andaluza de Servicios sanitarios libres de Humo.

SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

SAS: Servicio Andaluz de Salud.

SEMPSH: Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SSPA: Servicio Sanitario Público de Andalucía.

SVMSP: Sociedad Valenciana de Medicina Preventiva y Salud Pública.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UGC: Unidad de Gestión Clínica.

V.I.H: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. INTRODUCCIÓN



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

1.1.- La evolución de la Medicina Preventiva y Salud Pública en el desarrollo de las civilizaciones.

La Medicina Preventiva y Salud Pública como disciplina ha estado presente a lo largo de las diferentes civilizaciones, identificándose en la evolución hasta nuestros tiempos, el desarrollo de las diversas tareas propias de su ámbito de acción.

Los egipcios introdujeron normas de higiene personal junto a la conservación del agua de consumo sin contaminar y la construcción de canales de desagües para las aguas residuales (Piédrola Gil *et al.*, 1991).

Los hebreos incluyeron en el Levítico (1500 a.C.), considerado el primer código de higiene escrito, las normas previas egipcias y recogieron deberes personales y comunitarios de higiene, como el aseo personal, el aislamiento de los leprosos, la recogida de basuras y desechos, la protección de la maternidad, la pureza del agua y la eliminación de aguas residuales (Piédrola *et al.*, 1991).

La civilización griega desarrolló normas de higiene pública que no se habían tenido en cuenta en civilizaciones anteriores. Aceptó las normas previas y desarrolló normas de higiene personal, deporte, culto a la belleza, dieta alimenticia correcta y saneamiento del medio ambiente. Durante el imperio Romano se mantuvieron las normas anteriores y avanzó de forma importante la ingeniería sanitaria, con obras como los baños públicos, las termas, los acueductos, la evacuación de aguas residuales o la eliminación de desechos. Las mejoras realizadas en estas dos civilizaciones dan respuesta a las ideas de mejorar la salud y el bienestar individual en base al refinamiento de estas civilizaciones. Sin embargo, este concepto coexistió en cierta medida con la eliminación deliberada de débiles e inválidos (Piédrola *et al.*, 1991).

Durante la Edad Media, con el apogeo del cristianismo, se observó un retroceso en las normas de higiene antes definidas, tanto a nivel del individuo

como de la colectividad, influidas por la consideración inmoral de la contemplación del propio cuerpo y el abandono de las obras de ingeniería sanitaria, la supresión de la recogida de basuras y aguas residuales (Piédrola *et al.*, 1991). Todo esto favoreció la aparición de las grandes plagas fecohídricas (fiebre tifoidea) y por parásitos y roedores (peste y tifus exantemático).

Sin embargo, esta situación no se objetivó en la cultura árabe, donde se mantuvieron las normas de higiene y se desarrollaron las ciencias médicas, se dictaron algunas normas creando los “regímenes de salud” como un conjunto de recomendaciones para ordenar la vida en orden a evitar las enfermedades dirigido a determinadas personalidades (emires, reyes o nobles), las cuales, traspasaron más allá de sus destinatarios. Así contenidos dietéticos como la prohibición del consumo de carne de cerdo, por las infestaciones de triquinosis existentes en el norte de África, y la prohibición del consumo de alcohol, para así evitar la deshidratación de sus ejércitos, pasaron a examinar cuestiones generales de la vida humana como es el caso del *Libro del cuidado de la salud durante las estaciones del año* de Muhammad B. Abdallah B. Al-Jatib de mediados del siglo XIV (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

Los movimientos migratorios que se produjeron en esta época dieron lugar al periodo de las Grandes Epidemias. La lepra se propagó desde Asia a toda Europa, para ello se tomaron medidas de aislamiento de los enfermos, inhumanas desde el punto de vista sanitario pero que sin embargo, fueron eficaces para tener controlada la enfermedad en Europa en el siglo XVI. Otra de las plagas importantes fue la peste que invadió Europa en el siglo XIV debido a los movimientos migratorios comerciales con Oriente, muriendo casi la tercera parte de la población del continente europeo. Para combatirla se declararon estados de cuarentena en los puertos y fronteras y se establecieron cordones sanitarios. Bajo este ataque de la peste en Europa, a partir de 1346, se formaron los *Tribunale della sanità* o magistraturas sanitarias (juntas o consejos de sanidad) en distintas repúblicas noritalianas, siendo la primera administración sanitaria donde se

administraría de forma sistemática estos recursos (lazaretos, cuarentenas, etc.) (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

Durante el Renacimiento, el dinamismo económico permite el descubrimiento de América y el encuentro entre las dos culturas con el debilitamiento y desaparición de las comunidades indígenas; apareciendo y difundiéndose entre los europeos una nueva enfermedad, la sífilis, ligada a los patrones de conducta así como enfermedades conocidas anteriormente, la viruela y el paludismo que alcanzan una acusada malignidad. En este periodo la pobreza y la enfermedad dejaron de tener matices positivos para adquirir tanto en la práctica como en la teoría connotaciones que deben ser evitadas (Martínez Navarro *et al.*, 1998). Sin embargo, en esta época de florecimiento de las ciencias y las artes, no se produjo el despertar de la conciencia sanitaria (Piédrola *et al.*, 1991).

Con el descubrimiento de la vacunación por Jenner (1796) comienza la medicina preventiva y el periodo científico con los descubrimientos bacteriológicos que se realizarán a posteriori. En este mismo periodo confluye otra etapa de higiene y salud pública y luchas sanitarias no menos importante por sus repercusiones, siendo la primera referencia a la conciencia sanitaria en la Época Contemporánea la obra de Johan Peter Frank, *Un sistema completo de policía médica*, cuyo instrumento principal era la legislación y donde se condensaba la reflexión acerca de la defensa y mejora de la salud de las poblaciones. Estructuraban dicha política la formación de sistemas de protección frente a las grandes enfermedades contagiosas a través de los denominados Juntas o Consejos de Sanidad; la atención a la higiene del medio, mediante ventilación, limpieza y desinfección para evitar formación de focos miasmáticos y el desarrollo de la vacuna antivariólica y medidas de reforma profesional y hospitalaria (Piédrola *et al.*, 1988; Piédrola *et al.*, 1991; Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

Es a mediados del siglo XIX (1839-1850) cuando se inicia realmente la salud pública como filosofía social, práctica administrativa y política de gobierno con los informes Farr (1839), en su estudio sobre las diferencias de mortalidad infantil y la

expectativa de vida entre las distintas clases sociales; Chadwick (1842) sobre el estado higiénico de las grandes ciudades y los distritos populosos de Inglaterra y Gales, en el que concluyó que la salud dependía en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento medioambiental, insistiendo en la relación entre pobreza y enfermedad, y Shattuck (1848-1850) cuando en 1850 bajo su presidencia se emitió el Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts el cual incluía recomendaciones para la mejora de la salud en el estado como serían el establecimiento de las juntas locales y del estado de sanidad, la creación del cuerpo de policía sanitaria, la elaboración de estadísticas vitales, puesta en marcha de procesos de saneamiento, estudio de la salud de escolares, tuberculosis, alcoholismo, enfermedades mentales, problemas sanitarios de la inmigración, vigilancia del agua y de los alimentos, eliminación de aguas de residuos, clases de higiene en la escuela de enfermería y las facultades de medicina, prédicas acerca de la higiene en los púlpitos de las iglesias. A partir de ese momento se establecen las bases de lo que será el comienzo de la salud pública y de los servicios de salud destinados a dar cobertura sanitaria a la población (Piédrola *et al.*, 2001; Sierra *et al.* 2008).

Por tanto, a lo largo del siglo XIX se produjo la adquisición de las principales técnicas de intervención, el método numérico primer nombre de la estadística demográfica y sanitaria, seguida de las ingenierías de saneamiento. La incorporación de los medios técnicos del laboratorio, químico, implicó una visión de la higiene pública como subproducto de la fisiología experimental y dio relevancia a los estudios sobre nutrición. Desde 1880, el laboratorio adquirió una dimensión bacteriológica, apareciendo como teoría alternativa a la de la predisposición la noción del agente morbosos o causa universal (causa suficiente). Esta etiología produjo intervenciones enfocadas preferentemente hacia la extinción o combate del agente morbosos como el refuerzo de las prácticas de desinfección y el aislamiento de los afectados (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

La aparición de la bacteriología en el último tercio del siglo XIX, proporcionó remedios biológicos a través de vacunas como la de la rabia (1885) y sueros como el antidiftérico (1894), lo que reforzó los postulados científico-naturales de la higiene pública frente a los sociales. A partir de ese momento, las enfermedades infecciosas comienzan a denominarse enfermedades evitables, pasando a ser una prioridad frente a las preocupaciones que habían predominado hasta ese momento sobre el urbanismo, la vivienda y la alimentación. A su vez, se inicia el estudio de las causas de enfermedades no infecciosas, como el escorbuto o la pelagra (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

Este cambio de objetivos, desde el medio al individuo, configuró una medicina preventiva, en la medida en que sus intervenciones podían realizarse sobre personas aisladas y en la consulta del médico (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

La estrategia pasteuriana, de aislamiento y desinfección se completó, a partir de comienzos del siglo XX, con la detección de portadores y la aplicación masiva de vacunas, a la vez que con un sostenido esfuerzo educativo a través de campañas sanitarias. A su vez, la medicina tropical volvió a recordar la importancia del entorno geoclimático (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

De esta forma, el impacto de la bacteriología e inmunología creó la base doctrinal y técnica de laboratorio para la especialización sanitaria y permitió la dotación de puestos de trabajo para especialistas, apareciendo las grandes instituciones nacionales (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

El rechazo posterior al reduccionismo del laboratorio dio lugar a la Higiene y Medicina Social, entre sus contenidos incluía el concepto multilateral de causa, expresamente las variables socioeconómicas en la tradición ambientalista, la prioridad a las técnicas sociales, en especial la encuesta y la estadística, el compromiso eugenésico, en contra de la degeneración de la población, y el

compromiso con la reforma social, en particular buscando implantar una cultura de la salud como derecho y deber de ciudadanía (Rodríguez Ocaña. 1992).

Esta visión se fusionó en las administraciones públicas con la fisiología y bacteriología, produciendo la universalización de los servicios de atención médica preventiva a través de campañas sanitarias de la primera mitad del siglo XX, con fondos benéficos públicos o privados. Se realizaron intervenciones enfocadas contra ciertas enfermedades, las llamadas “sociales”, dirigidas hacia grupos de riesgo, apoyadas en el diagnóstico precoz mediante la captación activa de pacientes a través de reconocimientos masivos de salud: exámenes en las escuelas, captación de lactantes sanos con la oferta de leche gratuita ligada al reconocimiento periódico, visitas domiciliarias, etc. (Rodríguez Ocaña y Mesa, 1993). Resultaron fundamentales las acciones educativas, mediante las escuelas de maternología, demostraciones sanitarias públicas, propaganda sanitaria en los medios de comunicación. Nació la figura de la enfermera visitadora para la inspección de los domicilios y el consejo in situ. En todos los países industrializados se pusieron en marcha campañas contra la tuberculosis, la mortalidad infantil y las enfermedades venéreas, facilitando la dotación de servicios sanitarios locales a través de dispensarios que en el periodo de entreguerras convergerían en Centros de Salud. Coincidiendo en el tiempo la creación de indicadores sanitarios estandarizados, de base estadística, por influencia norteamericana (Weindling, 2002; Murard, 2005; Weindling 2005).

Tras los dos grandes episodios bélicos mundiales, es en la segunda mitad del siglo XX, cuando en los países industrializados de occidente se observan los efectos de la transición sanitaria. Aparece la preocupación por las enfermedades metabólicas y degenerativas disminuyendo la hasta ahora dedicación a las enfermedades infecciosas, a la par que maduraba una epidemiología de base matemática, refinamiento del método numérico que se había iniciado en el siglo XIX, a la vez que se extendían los sistemas de atención médica hasta abarcar prácticamente a toda la población (Rodríguez Ocaña y Bernabeu, 1997).

A partir de 1970 se introdujo en las ciencias médicas y de la salud el concepto de calidad de vida y los instrumentos para medirlo, como desarrollo técnico de la medición de salud de las poblaciones. El incremento de la esperanza media de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas en el contexto de una atención médica con importantes avances tecnológicos en la que se puede evitar muertes agudas, medir la simple supervivencia no es suficiente para definir los resultados en salud de las intervenciones sanitarias, lo que conduce a emplear la calidad de vida y su medición (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

La pandemia de sida produjo cambios trascendentales en el lenguaje, actitudes, conceptos y prácticas preventivistas. Se abandonó la noción de “grupos de riesgos” debido a su condición estigmatizadora y se sustituyó por el de “conducta de riesgo” individual (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2008).

En 1986, La Carta de Ottawa dio fe de vida a la estrategia de promoción de la salud, donde se entrecruzan los conceptos de riesgo y estilo de vida y conduce a la aplicación de ciertas normas de conducta para evitar la enfermedad y promover la salud. Se apoya en el concepto de vulnerabilidad, con referencia a los modos de vida, buscando conseguir un refuerzo de los aspectos positivos de los propios individuos y comunidades, primando la acción intersectorial como vía de fomento de la salud.

La expansión de los fenómenos globalizadores alcanza también a la salud, teniendo elementos destacados tales como, la rapidez en compartir información junto a la importancia de las acciones de procedencia no gubernamental o la consideración de las personas más allá de las divisiones nacionales.

En la actualidad, la tendencia al control de gastos es uno de los motivos centrales de preocupación de los diferentes estados, con lo cual a través de la evaluación de las nuevas tecnologías, tratamientos y prácticas se pretende seleccionar y recomendar medicina y salud pública basadas en la evidencia.

Un paso más en la medicina preventiva, sería el concepto de medicina predictiva. Si en el cribado clásico se trata de detectar las enfermedades crónicas en la etapa presintomática, antes de que aparezcan los signos y síntomas de la enfermedad, con objeto de tratarla de forma precoz y mejorar el pronóstico en relación a cuando se hace el diagnóstico en función de los signos y síntomas de la enfermedad, en la medicina predictiva se trata de detectar precozmente la predisposición genética de la enfermedad. Su objetivo sería actuar sobre el medio ambiente para evitar que el genotipo se exprese y aparezca la enfermedad. Sin embargo, la medicina predictiva se enfrenta a problemas prácticos y éticos tanto a nivel del individuo, como sobre la colectividad. Su aplicación en la actualidad se encuentra restringida al ámbito clínico en grupos de alto riesgo (cáncer de mama o colon) (Sierra *et al.*, 2008).

Sin embargo, en el transcurrir de estos años, el derecho a la salud no se contempló hasta la publicación de la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, siendo refrendada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”. En España este derecho no se recogió hasta la Constitución Española de 1978, que regula el derecho a la salud y hace al Estado y a los organismos gubernamentales sus garantes. Posteriormente, la Ley General de Sanidad de 1986, afirma que tiene por objeto “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud”. Sin embargo, esta Ley no garantiza la cobertura universal del derecho a la asistencia sanitaria, derecho que si fue garantizado posteriormente en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado de 1990 (Sierra *et al.*, 2008).

1.2.- El Sistema Sanitario Público en la creación de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Los sistemas sanitarios están en gran medida vinculados a la cultura de los pueblos. La transición ideológica desde la responsabilidad individual hacia la responsabilidad del Estado en materia de salud es fundamental para la constitución de un sistema sanitario y así, de esta forma, romper barreras y desigualdades en salud.

La realidad actual del Sistema Sanitario Español parte de la confluencia de dos líneas de acción del sector público. La primera línea tendría su origen en la reacción del Gobierno ante la conmoción política e ideológica que surge de la Revolución de 1848 con la Ley de la Beneficencia de 20 de junio de 1849 y el impulso del movimiento higienista con la creación de las Sociedades de Higiene y sus diversas iniciativas relacionadas con la disminución de la morbilidad, que pasaron a coordinarse desde el Ministerio de la Gobernación, apareciendo departamentos como la Dirección General de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad y entidades como el Patronato Nacional Antituberculoso (Rubia *et al.* 2011).

De acuerdo con el reglamento de 19 de mayo de 1852, los establecimientos estatales se orientaron a la atención de las necesidades permanentes de la población o a aquellas que exigían una especial atención. Entre ellos encontraríamos el Hospital de la Princesa para atención de agudos, el Hospital Hidrológico de Trillo para la atención a leproso, el Hospital Manicomio de Leganés, los Hospitales de enfermedades incurables, las Casas de Maternidad y las Casas de Socorro (Rubia *et al.*, 2011).

Relacionados con la microbiología y la higiene del medio, en 1892, se crean las Inspecciones Provinciales de Sanidad, en 1895 se dicta la Ley de Saneamiento y Mejora Interior de las Grandes Poblaciones, mientras que en 1899 se crea el

Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII (Piédrola *et al.* 1991).

La segunda línea de acción, se origina de tres planteamientos ideológicos, el Krausista, la Doctrina Social de la Iglesia y el Bismarckismo alemán con la aparición de los Seguros Sociales. Estas tres corrientes confluyen en la Comisión de Reformas Sociales, creada por el Real Decreto (RD) de 5 de diciembre de 1883 del Ministerio de la Gobernación y que dará paso al Instituto de Reformas Sociales de donde surgirá el primer planteamiento de derecho a la asistencia sanitaria, con la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900 y el Ministerio de Trabajo en 1920 (Rubia, *et al.* 2011; Piédrola, *et al.* 1991).

Durante esta etapa se encuentra vigente la Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855, siendo esta el primer marco organizativo sanitario, reformada posteriormente mediante el RD de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, en el que se reglamentaron diversos aspectos en relación a la higiene municipal y provincial, la organización de las profesiones sanitarias, etc. (Piédrola, *et al.* 1991).

En 1908, se crea el Instituto Nacional de Previsión, siendo en 1919 mediante el RD de 11 de marzo cuando se introduce gestionado por éste, el Retiro Obrero Obligatorio, el cual fue el primer seguro de previsión social obligatorio de nuestro país (De Juanes *et al.* 1990; Piédrola, *et al.* 1991).

En 1925, se desarrollan las competencias de municipios y diputaciones sobre los cuidados de salud y la higiene del medio, estando recogidos en los Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial (Piédrola, *et al.* 1991).

Se crea, en 1931, el Seguro Obligatorio de Maternidad siendo el segundo seguro obligatorio que se establece en el país. Posteriormente se establecen La Ley de Bases de Accidentes de Trabajo de 1 de julio de 1931 y la elaboración del

primer anteproyecto en 1935 donde se pretendía unificar los seguros obligatorios de vejez, invalidez y muerte, enfermedad y maternidad (Piédrola, *et al.* 1991).

La Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios de 1934 fue un intento de ordenación y coordinación del sector sanitario, derogada tras la guerra civil. Este intento se vería continuado, en 1936, con la creación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión Social (Piédrola, *et al.* 1991).

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) se crea conforme a la Ley de 14 de diciembre de 1942 siendo los fines del seguro: la prestación de asistencia en caso de enfermedad, maternidad, indemnización económica por la pérdida de la retribución derivada de los riesgos determinados por los dos hechos anteriores, junto a la indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados. Sin embargo, no incluía las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales reguladas por la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad no entra en vigor hasta dos años después en 1944, año en el que también se dicta la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional, que consolidó la separación entre las atenciones sanitarias asistenciales y las preventivas o de salud pública. Así la Administración Sanitaria del Estado quedó encargada exclusivamente de las funciones de higiene y de salud pública, de la información e investigación epidemiológica y también de las atenciones sanitarias contra las enfermedades infectocontagiosas y sus servicios siguieron un camino paralelo a los del SOE, con los que conectaban escasamente al igual que con los Servicios de Beneficencia Pública (Rubia *et al.* 2011).

El Decreto 1036/1959 de 10 de junio, del Ministerio de Trabajo reorganiza los Servicios de Medicina de Empresa y el reglamento para su aplicación. A partir de esta época aparecen la ordenación en materia de enfermedades profesionales mediante la Orden de 9 de mayo de 1962, sobre el Reglamento de Enfermedades

Profesionales y el propio Ministerio de Trabajo el 13 de marzo de 1963 publica una Orden sobre “Normas de carácter médico para reconocimiento, diagnóstico y clasificación de enfermedades profesionales”, apareciendo en uno de sus apartados los ocasionados por agentes animados (de Juanes y Domínguez, 1990).

La expansión del Sistema de Seguridad Social en nuestro país, debido a los cambios económicos y sociales, motivó una nueva regulación mediante la Ley 193/1963, de 28 diciembre de Bases de la Seguridad Social. “Innovación fundamental de la ley es la contemplación de la situación común de incapacidad laboral transitoria”. Esta nueva ley mantuvo la separación entre el aseguramiento social y la beneficencia de la ley anterior y no ofertaba cobertura sanitaria a las clases pudientes. Para el desarrollo de dicha Ley, se irán promulgando diferentes decretos, entre ellos el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se reconoce a los asegurados el derecho a la hospitalización, lo que provocó la transformación de las instalaciones de la Seguridad Social, que pasaron a ser hospitales generales y no meramente centros quirúrgicos.

Debido a ello, el 7 de julio de 1972, se aprueba por Orden Ministerial el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (INP, 1972), en su Título II. Funciones de las Instituciones. Artículo 10. “Las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social desarrollarán su acción asistencial en medicina curativa, preventiva, rehabilitadora, de promoción de la salud y de educación sanitaria...” su función asistencial en relación a la Medicina Preventiva se realizará en cooperación con la Sanidad Nacional. Las Instituciones Sanitarias cerradas dispondrán de diferentes Comisiones entre las que encontraremos la Comisión de Infecciones, que tendrá la misión de “Revisión de garantías de asepsia, control de la epidemiología hospitalaria; establecimiento de normas básicas de atención sanitaria ante las infecciones y sus métodos de Registro. Recomendaciones epidemiológicas profilácticas o de consejo terapéutico”.

Las instituciones cerradas de la Seguridad Social, se estructurarán mediante un criterio de jerarquización de las diferentes funciones que tienen encomendadas, en Secciones, Servicios y Departamentos, médicos y quirúrgicos, debidamente coordinados y con Servicios Generales comunes para toda la Institución, jerarquizados con los mismos criterios de estructura. En su Artículo 53 “Las Instituciones Sanitarias agruparan todos sus elementos asistenciales, básicamente en cuatro grandes Unidades” de Clínicas, de Servicios Generales Clínicos, de Médico-Administrativas, de Enfermería. Será en los Servicios Generales Clínicos donde se incluyen entre otros la Medicina Preventiva.

A partir de 1973, se incorpora la Medicina Preventiva a los Hospitales de la Seguridad Social mediante una serie de normas oficiales como serían, el Oficio Circular 5/1973 de la Subdelegación de Servicios Sanitarios y posteriormente, el 25 de junio de 1973, la nota del Servicio de Instituciones Sanitarias, sobre Organización del Servicio de Medicina Preventiva en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (de Juanes y Domínguez, 1990).

La Circular 5/1973 de la Subdelegación de Servicios Sanitarios, define a los Servicios de Medicina Preventiva como fundamentales “no tan solo para la acción profiláctica sobre la población dependiente del Hospital sino también que esta acción se extienda y se singularice sobre todas las incidencias que el personal sanitario y no sanitario que constituye la plantilla del hospital pueda presentar como consecuencia del trabajo desarrollado en la misma”. Es en este Oficio Circular, donde se enumeran las diferentes funciones de los Servicios y también se definirán las acciones sanitarias a aplicar sobre el personal de las Instituciones Sanitarias.

Junto a la aparición de estas disposiciones legales y normativas por parte de la Seguridad Social, el desarrollo de estos Servicios tendrá su refrendo en recomendaciones de instituciones de rango internacional tales como la Sociedad Internacional de Higiene Hospitalaria, la OMS y el Consejo de Europa (de la Lama, 1988). De hecho, en 1972, el Consejo de Europa pone de manifiesto la importancia

de la infección hospitalaria como un grave y costoso problema para la comunidad, constituyéndose un grupo de trabajo con el fin de estudiar y proponer las medidas necesarias para minimizar dicho problema (Torres *et al.* 2000). Estas y otras disposiciones y recomendaciones serán asumidas por estos nuevos Servicios.

Por tanto y derivado de todo ello, los Servicios de Medicina Preventiva en las Instituciones de la Seguridad Social surgen como respuesta a una serie de necesidades ocasionadas por la diferente problemática que va apareciendo en los primeros centros sanitarios, ya que hasta ese momento solamente los Hospitales Clínicos Universitarios realizaban algunos de los cometidos que serían contemplados en estas normas (Aranaz *et al.*, 2003), siendo pionero en Andalucía, el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital “San Cecilio” de Granada.

Los Servicios de Medicina Preventiva fueron creados formalmente en los hospitales de la Seguridad Social en 1974 con la finalidad de realizar actividades en tres grandes áreas de trabajo (Aranaz *et al.*, 2003).

- Atención a la propia institución, desde el punto de vista del edificio en general, condiciones de los servicios, vigilancia higiénica de los mismos, ambiente y saneamiento general del centro.
- Atención, desde el ángulo de la Medicina Preventiva, a enfermos hospitalizados y a visitantes de la Institución.
- Atención al personal sanitario en general, personal no sanitario y al personal de oficio.

La Circular 17/1976, Medicina Preventiva de las Instituciones de la Seguridad Social para el personal dependiente del Instituto Nacional de previsión (INP), dicta instrucciones para extender la acción profiláctica de las medidas de medicina preventiva a todo el personal del INP en cuanto a los términos contenidos en el Oficio Circular 5/1973 de la Subdelegación General de Servicios Sanitarios.

En 1979, en la Norma Circular 13/1979, Supervisoras de Higiene Hospitalaria. El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) expresa que, “dada la importancia de las actividades a desarrollar en los Servicios de Medicina Preventiva, tanto en lo que se refiere al Personal Facultativo como Auxiliar Sanitario Titulado, es preciso adoptar medidas que conduzcan al máximo rendimiento y eficacia”. Propone que “en las instituciones sanitarias hospitalarias se designará supervisora de Higiene Hospitalaria”. Dicha supervisión quedará adscrita, cuando exista, al Servicio de Medicina Preventiva de la Institución, mientras que si en la plantilla no figurase el Servicio de Medicina Preventiva la supervisión que se crease quedaría adscrita directamente a la dirección del centro.

Sin embargo, aunque la Higiene y Medicina preventiva se incorpora a los Hospitales de la Seguridad Social en el año 1973, no es hasta el año 1979 cuando aparece por primera vez como Servicio Hospitalario bajo la Subdirección General de Medicina Preventiva y Sanidad Comunitaria, siendo recogido en las memorias anuales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD, 1980a).

Es el INSALUD, a través de la circular C3/1980 “Actividades de Higiene y Medicina Preventiva en los Hospitales y normativa y competencias de los Servicios Generales Clínicos de Medicina Preventiva”, quien da cuerpo definitivo a las Unidades de Higiene y Medicina Preventiva en los hospitales, definiendo sus funciones principales y su situación y dependencia en el ámbito hospitalario y según dicha Circular, “las Unidades de Medicina Preventiva Hospitalaria, con el rango administrativo que les corresponda en cada Hospital, constituyen Servicios Generales Clínicos, cuyo cometido –con carácter genérico- se centra en el desarrollo y promoción de funciones de Epidemiología, de Higiene, de Medicina Preventiva y Educación Sanitaria, en el ámbito hospitalario. Los Servicios dependerán directamente de la Dirección del Hospital” siendo una función genérica de los Servicios la de asistencia técnica y asesoramiento a la dirección del hospital y resto de Servicios en las funciones definidas anteriormente. Tras la

aparición de esta legislación podríamos determinar lo que serían las funciones de los Servicios de Medicina Preventiva Hospitalarios (INSALUD,1980b).

Posteriormente, el RD 521/1987 por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, en su Artículo 5, indica que las funciones primordiales, además de las de asistencia especializada, son la promoción de la salud y la prevención conforme a los programas de cada área sanitaria así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del Área correspondiente.

De Juanes y Domínguez, en el año 1990, en su artículo los Servicios de Medicina Preventiva. Organización y funciones expone que, los Servicios de Medicina Preventiva deben organizarse para realizar sus funciones en diferentes Unidades, aún sabiendo que están íntimamente unidas:

- Unidad de Salud Laboral: encaminada a buscar y realizar actuaciones que tiendan a adaptar el trabajo al hombre. Un apéndice importante del área laboral será la Unidad de Vacunaciones.
- Unidad de Vigilancia de la Infección Hospitalaria: Normativa recogida en la Circular 3/1980.
- Unidad de Epidemiología y Estadística: se encargaría del estudio de los fenómenos de la salud y enfermedad en los grupos sociales así como los factores que determinan su frecuencia y distribución en la población.
- Unidad de Docencia: clasificada en diversas áreas como la formación continuada para sanitarios, pregrado para estudiantes de Medicina, postgrado e intercambio de profesionales.

Desde la creación de los Servicios de Medicina Preventiva hasta el día de hoy han ocurrido importantes cambios organizativos en el sector sanitario:

La aprobación de la Constitución Española de 1978 donde se reconoce el derecho a la salud junto con la competencia a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública y fomentar la educación sanitaria.

La Ley 14/1986 de 25 de Abril General de Sanidad, en la que se manifiesta que las actuaciones sanitarias deben ir dirigidas a garantizar la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Considerando como actividades fundamentales del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos, la planificación y evaluación sanitaria junto a un sistema organizado de información, vigilancia y acción epidemiológica. Señala a las Áreas de salud como las estructuras responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimiento del Servicio de Salud de las Comunidad Autónomas y de las prestaciones y programas a desarrollar por ellos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud por la que se establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, que tiene por objeto establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Al igual que se crean los Servicios de Prevención.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, la cual tiene por objeto “establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios...y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva”.

Para el desarrollo de esta ley requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera

individual como colectiva, y que ello se haga desde el riguroso conocimiento científico y con la anticipación necesaria. Esta organización de la sociedad requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción: el propio de los dispositivos de salud pública, las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.

Junto a la promulgación de estas Leyes y la transferencia a las Comunidades Autónomas de diferentes competencias sanitarias, el sistema sanitario ha evolucionado hacia un modelo de atención integral a la salud, constituido por dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada, teniendo el Área de salud la estructura responsable de la gestión unitaria de la misma.

La existencia de una crisis en los sistemas sanitarios de los países desarrollados donde se objetivan problemas de efectividad, eficiencia y equidad de los Servicios, obliga a replantear los métodos de administración y gestión para adecuarlos a políticas de salud más coherentes.

Como consecuencia, en los últimos años se han producido cambios sustanciales en lo que se consideraban los objetivos, contenidos y actividades de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

En la actualidad, los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública se encuadran en el segundo nivel de asistencia, atención especializada, y quedan definidos como Servicios de carácter central, de referencia para los Servicios clínicos del hospital y de los centros de atención primaria. A su vez es un Servicio de apoyo a los órganos de gestión del hospital y a los organismos encargados de la Salud Pública (Resolución Dirección General de Asistencia Sanitaria 1545/06, de 11 de diciembre).

1.3.- Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: estructura funcional y modelo de gestión clínica.

Transferidas las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas la Consejería de Salud, en virtud de la ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y en ese momento el decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, asigna a este Organismo Autónomo la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria que dependen orgánica y funcionalmente del mismo, una vez aprobadas las leyes y decretos que regulan la asistencia especializada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En la actualidad el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) dispone de 34 hospitales, entre hospitales regionales, de especialidades y comarcales, distribuidos por toda la Comunidad Autónoma en los cuales existen Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. A su vez, también dispone de hospitales de alta resolución, cuya responsabilidad en relación a la Medicina Preventiva y Salud Pública recaerá sobre los Servicios de sus hospitales de referencia y hospitales concertados junto con otros centros y servicios asistenciales no hospitalarios. De los 34 hospitales, algunos de ellos, en concreto 4, pertenecen a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria, la cual se le adscribe al SAS tras la entrada en vigor del Decreto 208/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud pero, encontrándose bajo la dirección de la Dirección Gerencia del SAS, mientras que otro de los hospitales pertenece al Consorcio Sanitario Público Aljarafe. Anexo I.

Ante este marco en el SAS, se consideró necesario determinar la configuración de los Servicios y Equipos Funcionales que se pudieran constituir en las áreas hospitalarias y áreas de gestión sanitaria, por lo que se publicó la Resolución de la Dirección General de la Asistencia Sanitaria 1545/06, de 11 de

diciembre, sobre Catálogo de Servicios/Equipos funcionales de Asistencia Especializada en el Servicio Andaluz de Salud (SAS, 2006a).

Dicha Resolución establece que el Catálogo de Servicios/Equipos funcionales dependientes recogidos en su anexo I, se constituirán en las referencias para la organización interna de los centros hospitalarios del SAS y que los equipos funcionales establecidos se identifican por su especial relevancia o contenido diferenciado dentro de cada especialidad constituyendo el máximo nivel de desagregación para los hospitales de mayor complejidad, es decir los regionales. Al igual que, la configuración de las Unidades de Gestión Clínica se realizará tomando como base los Servicios/Equipos funcionales definidos en el anexo I de esta resolución.

El anexo I establece que, los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública se encuadran dentro de los Servicios de Carácter General y literalmente aparecen expuestos con la siguiente estructura. Figura 1.

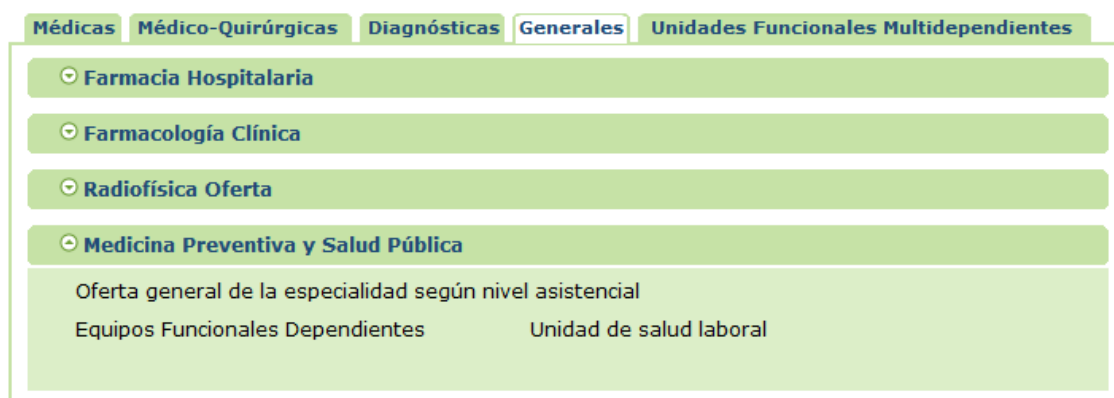


Figura 1: Estructura de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Cartera de servicios de atención hospitalaria. Catálogo de Servicios/ Equipos Funcionales. SAS.

Se incluye en el desglose del Catálogo de Servicios, la Oferta general de la especialidad según nivel asistencial y se determina un Equipo Funcional dependiente, la Unidad de Salud Laboral, entendiéndose como tal “una unidad básica asistencial generalmente distinta del Servicio/Especialidad que establece una relación funcional concreta entre diversas estructuras de atención clínico-

asistencial y una relación tanto jerárquica como de integración, generalmente en un Servicio/Especialidad”. (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2005)

Esta Unidad funcional dependiente no se objetiva y desarrolla de forma similar en todos los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, en parte influidos por las diferentes características de los Hospitales y sus Servicios, al igual que por la pertenencia administrativa inicial de los hospitales, es decir, por su pertenencia SAS, Consorcio Sanitario o Agencia Pública Empresarial Sanitaria.

La Vigilancia de la Salud de los trabajadores vinculada con la Unidad de Salud Laboral, se encuentra regulada mediante la Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. En su artículo 8, Vigilancia de la Salud, establece que “la vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo se realizará, dependiendo del nivel funcional de la Unidad de Prevención constituida en el ámbito con arreglo a dos modalidades” para las que se les dotará de estructura y medios propios adecuados:

- Trabajadores de Centros con Unidad de Prevención Nivel 1: la vigilancia de la salud será asumida directamente por la Unidad de Prevención, para lo que dispondrá entre otros de un Médico de Trabajo.
- Trabajadores de Centros con Unidad de Prevención Nivel 2 o Nivel 3: la vigilancia de la salud será asumida por el Servicio de Medicina Preventiva en lo relativo a estas funciones contando para ello con la colaboración del resto de las especialidades básicas, médicas y quirúrgicas del centro.

Esta Orden en la actualidad es un tema a debate en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, ya que no es asumida por igual en las Unidades de Nivel 2 y 3 en todos los hospitales que disponen de ellas y más

teniendo en cuenta las diferencias existentes con la Agencia Sanitaria y el Consorcio Sanitario.

El SAS, en el año 2005, publica la Cartera de Servicios de Atención Especializada 2004 y Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales Integrados, incluyéndose en el desglose “Cartera de Servicios: análisis descriptivo de Servicios y Unidades de Hospitales SAS por nivel asistencial” los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Se puede objetivar como en el año 2004, no aparecía la oferta de la especialidad en el Hospital de Riotinto de Huelva y como solo 2 Servicios tenían como Unidades funcionales dependientes la Unidad de Salud Laboral, el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, que a su vez disponía de otra Unidad funcional dependiente que era el Centro de Vacunación Internacional. Figura 2.

Cuadro resumen por nivel	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Cartera de servicios: análisis descriptivo de servicios/unidades de hospitales SAS por nivel asistencial	H. Reina Sofía (Córdoba) H. Virgen de las Nieves (Granada) C. H. de Jaén H. Carlos Haya (Málaga) H. Virgen del Rocío (Sevilla) H. Virgen Macarena (Sevilla) H. Torrecárdenas (Almería) H. Puerto del Mar (Cádiz) H. Puerto Real H. San Cecilio (Granada) H. Jerez de la Frontera H. San Cecilio (Granada) H. Juan Ramón Jiménez (Huelva) H. Virgen de la Victoria (Málaga) H. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	A.G.S. Campo de Gibraltar H. Infanta Margarita (Cabra) H. Infanta Elena (Huelva) H. San Juan de la Cruz (Lbedá) H. San Agustín (Linares)	H. La Inmaculada (Huelva-Oveta) H. Valle de los Pedroches (Pozoblanco) H. Baza H. Santa Ana (Mairú) H. Riotinto H. Antequera H. La Serranía (Ronda) H. La Axarquía (Vélez-Málaga) H. Ntra. Sra. de la Merced (Osuna)	
SERVICIOS / ESPECIALIDADES				
GENERALES				
FARMACIA HOSPITALARIA	●	●	●	●
Unidad Funcional Dependiente				
UNIDAD DE NUTRICION PARENTERAL	●			
FISICA Y PROTECCION RADIOLOGICA	●	●	●	●
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	●	●	●	●
Unidades Funcionales Dependientes				
CENTRO DE VACUNACION INTERNACIONAL	●			
UNIDAD DE SALUD LABORAL	●	●		

Figura 2: Cartera de servicios: análisis descriptivo de servicios/unidades de hospitales SAS por nivel asistencial. Cartera de Servicios de Atención Especializada 2004 y Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales Integrados.

En los últimos años el SSPA, bajo la orientación de los diferentes planes de calidad y modernización aprobados por el Gobierno de la Junta de Andalucía y dentro del marco de la excelencia de las organizaciones, ha situado a la ciudadanía en el eje central de todas las actuaciones como motor de planificación, innovación

y cambio en la concepción de la calidad sanitaria (Consejería de Salud, 2010; EFQM, 2010; ACSA, 2015b). Para poder satisfacer las necesidades y expectativas actuales de los ciudadanos, el SSPA debe dar una respuesta adecuada y de calidad a las demandas sanitarias. En base a esto, en 2011 surge el Borrador de Proyecto de Decreto de Ordenación y Regulación de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud, si bien, la Gestión clínica se encontraba ya presente en el trienio 1997-2000 cuando se diseñó el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y se eligió la gestión clínica como su esencia (SAS, 1997).

No es hasta el decreto 140/2013, de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud, cuando se atribuye a la Dirección Gerencia del SAS en su artículo 17, "... la autorización de las Unidades de Gestión Clínica y sus diferentes niveles de autonomía organizativa"; en su artículo 18, atribuye a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en salud, "... la consolidación de la gestión clínica como modelo de organización para la práctica asistencial"; y en su artículo 19, a la Dirección General de Profesionales, "el establecimiento de un modelo de gestión que procure la satisfacción de expectativas y el pleno desarrollo profesional y la satisfacción de los destinatarios del servicio sanitario, en el espacio compartido de la gestión clínica".

La Gestión Clínica, por definición, "constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica" (SAS, 2015b).

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios del SAS que participan de ella. Estará integrada por personas de ámbito multiprofesional pertenecientes a distintos estamentos, disciplinas y categorías, de uno o varios Distritos, Hospitales o Áreas de Gestión Sanitaria, que prestarán una atención sanitaria integral, en el ámbito de su competencia, a la población asignada, para lo cual, se les dotará de recursos planificados dependiendo de la cartera de servicios

que oferten. Dependerán orgánica y funcionalmente de las Direcciones Gerencias de los centros sanitarios a los que se encuentren adscritas, contando con un contrato de gestión propio, pactado con la Gerencia del Hospital, gestionando sus recursos materiales y humanos con organización y normas propias y se someterán a una evaluación continua sobre resultados clínicos, económicos y de calidad. A su vez podrán cambiar de configuración cuando coincidan criterios de organización funcional que así lo aconsejen en aras a lograr una mayor eficiencia (Borrador del proyecto de decreto de ordenación y regulación de la Gestión Clínica en el SAS, 2011).

Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los hospitales públicos de Andalucía podrían encuadrarse en 4 tipos de UGC complementarios como se recoge en los Informes Técnicos Gestión Clínica 2 y 3 de 2015 (SAS, 2015b;SAS, 2015c):

- UGC “estándar” o básicas: aquellas que desempeñan sus actividades en el nivel asistencial hospitalario dentro de un único centro sanitario. Se desarrollan como evolución de los Servicios Hospitalarios habituales.
- UGC Intercentros: aquellas que aglutinan varias Unidades Clínicas, ubicadas en diferentes Centros asistenciales de un mismo nivel asistencial, de áreas de conocimiento básicamente similares. Por ejemplo, dos Servicios de Medicina Preventiva Hospitalaria de dos Hospitales diferentes.
- UGC Interniveles: aquellas Unidades Clínicas de similares áreas de conocimiento o áreas de conocimiento claramente complementarias que desarrollan integradamente su actividad en niveles asistenciales diferentes lo que generalmente conllevará que también se trate de Centros diferentes, excepto para las Áreas de Gestión Sanitaria. Por ejemplo, las UGC de Medicina Preventiva hospitalaria con salud pública en atención primaria.

- UGC conformadas por Áreas de Conocimiento diferentes: Desarrollan su actividad, a diferencia de las anteriores, en el mismo nivel asistencial, especialmente en el hospitalario, y en un mismo Centro. Por ejemplo, las UGC de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología y Medicina Preventiva.

No hay que olvidar, que no todos los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública se encuentran vinculados a una UGC, de hecho, en Andalucía existen 5 hospitales que no comparten este modelo de Gestión Clínica. Por un lado, encontramos el Hospital San Juan de Dios de Bormujos, perteneciente al Consorcio Sanitario Público Aljarafe. Mientras que, por otro lado, encontramos 4 hospitales pertenecientes a 3 Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. Estas Agencias, también han sufrido cambios en los últimos años. En la actualidad, tras la entrada en vigor del Decreto 208/2015, de 14 de julio, están adscritas a la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol (Hospital Costa del Sol) el resto de Agencias, A.S. Hospital de Poniente de Almería (Hospital de Poniente de Almería), A.S Hospital Alto Guadalquivir (Hospital Alto Guadalquivir de Andújar y Hospital de Montilla) y A.S. Bajo Guadalquivir, esta última sin Hospital con Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública propio.

En los últimos años se han ido produciendo cambios en la configuración de las UGC en las que se encuentran integrados los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Tabla 1

Tabla 1. Configuración de las Unidades de Gestión Clínica integradas por Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Año 2012 y 2015.

Unidades de Gestión Clínica	Septiembre 2012 (Nº UGC/Nº Servicios)	Octubre 2015 (Nº UGC/Nº Servicios)
Áreas de Conocimientos diferentes	8 UGC/8 Servicios	3 UGC/3 Servicios.
Intercentros	1 UGC/2 Servicios	4 UGC /8 Servicios
Interniveles	10 UGC/10 Servicios	9 (9 Servicios)
Intercentros-Interniveles	3 (9 Servicios) 1 provincial (Cádiz)	4 (9 Servicios) 1 provincial (Granada)

Fuente: Elaboración propia. Datos año 2012: información directa UGC. Datos año 2015: Diraya estructura.

En el transcurso del año 2012, existían dos tipos de UGC predominantes en las que encontraban integrados los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, las UGC conformadas por áreas de conocimiento diferentes y las UGC Interniveles. En las UGC conformadas por áreas de conocimiento diferentes se podían objetivar vinculaciones con Servicios de Farmacia, Laboratorio-Análisis Clínicos, Medicina Interna, Reumatología, Microbiología y Parasitología, Unidad de infecciosos, etc. Mientras que en las UGC Interniveles se objetivaba, junto a una integración con la Atención Primaria, una vinculación con áreas de conocimiento propias de la Especialidad como la Epidemiología y la Promoción de la Salud. Sin embargo, la vinculación con la Salud Ambiental tenía una presencia casi testimonial.

Con el paso de los años, la tendencia ha ido cambiando hacia la creación en la actualidad de un mayor número de UGC Interniveles, en las que se aglutinan importantes campos de acción de la Especialidad, desde los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalarios hasta los Dispositivos de Atención

Primaria (Epidemiología, Promoción de la Salud e inclusive la Salud Ambiental), para así de esta forma, aportar una atención a la colectividad en un entorno colaborativo integrado.

Es cierto, que aún persisten, UGC conformadas por áreas de conocimiento diferentes, aunque en un menor número como la integración de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública con Servicios de Reumatología, Hematología y Hemoterapia o Análisis Clínicos. Mientras que sigue presente el modelo de integración de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública con los Servicios de Microbiología y Parasitología y la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Servicio de Medicina Interna, modelo el cual, se mantiene en algunos hospitales de primer nivel.

En la actualidad, solo tres UGC se han mantenido con una estructura similar en el transcurso de estos tres años, la UGC Internivel de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud de la A.G.S. Norte de Huelva, la UGC Intercentros de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva y la UGC de Atención Hospitalaria de Medicina Interna, Reumatología y Medicina Preventiva del Hospital Torrecárdenas de Almería, teniendo en cuenta la disparidad de áreas de conocimiento implicadas en esta última.

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye gran importancia al hecho de seguir avanzando en la gestión clínica incorporando una serie de aspectos que se han considerado fundamentales en la diferenciación y consolidación de la gestión clínica en el SAS entre ellos los “Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de UGC” ante los sucesivos cambios que se vienen observando, así como la “Elaboración del Proyecto de Gestión para la Constitución de Unidades de Intercentros o de varias Áreas de Conocimiento” que debe formar parte del acuerdo de gestión de las Unidades (SAS, 2015a).

La cartera de servicios constituye el eje vertebrador de la gestión clínica y el fundamento de una gran mayoría de los criterios que se recogen en el Informe

técnico Gestión Clínica 1, Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de las Unidades.

La confluencia de Unidades con un número importante de procesos comunes en su cartera de servicios y en consecuencia de pacientes comunes mejoraría la atención integral de los pacientes al igual que su continuidad asistencial y en consecuencia la calidad asistencial de estos pacientes. La cartera de servicios fruto de la convergencia de Unidades debe ser mayor que la suma por separado de cada una de las carteras de servicios de las unidades que configuran la Unidad. Al igual que se podrían instaurar mejoras en la prestación de los servicios de la cartera y mejoras en la accesibilidad de la oferta de estos servicios basadas en: criterios clínicos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos consensuados en base a la obtención de resultados clínicos y/o en salud y la mejora en la eficiencia de su producción clínica. De ahí la importancia de poder definir las diferentes carteras de servicios y disponer de ellas en cada una de las Especialidades, máxime cuando en la convergencia de Unidades podrían coincidir especialidades con un perfil similar donde pueden disputarse campos de acción que si estuviesen definidos previamente no daría lugar a estos hechos (SAS, 2015a).

Para la elaboración del proyecto de gestión, las nuevas UGC deberán definir la forma en que van a organizar la oferta de su cartera de servicios: distribución-ubicación territorial, sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la cartera de servicios, etc.

A su vez, el plan de gestión debe incorporar y garantizar como eje de la Unidad, que la nueva cartera de servicios y los modos de prestación de la UGC convergente cumpla estos requisitos ya definidos anteriormente, disponer de una

- Cartera de servicios más amplia.
- Dirigida a un mayor número de pacientes.
- Que facilite el acceso a la cartera de servicios.

- Con incorporación de innovaciones en la forma de prestar los servicios: con mínima hospitalización (o sin ella), con procedimientos mínimamente invasivos, con garantías de seguimiento en otros ámbitos de atención, etc.
- Que permita el desarrollo de los profesionales.

Siendo un requisito indispensable para el planteamiento de una UGC convergente, la complementariedad de la cartera de servicios y la accesibilidad a la mejor práctica clínica para así, dar una mejor respuesta tanto a los clientes internos como externos de la nueva Unidad (SAS, 2015 a).

1.4.- La formación de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública: pasado, presente y futuro ante el nuevo Modelo de Troncalidad.

Tras el restablecimiento de la Monarquía en 1874 y ante la mala situación sanitaria en la que se encontraba España, los profesionales sanitarios, como grupo social, habían alcanzado una cierta entidad y presencia pública. Desde su posición realizaron una serie de propuestas como la necesidad de crear nuevas instituciones científicas y de llevar a cabo una reforma sanitaria adaptada a los nuevos tiempos de la ciencia médica (Porras, 1998).

En marzo de 1899, una comisión del Real Consejo de Sanidad, elaboró un nuevo proyecto de Ley de Bases en el que se contemplaba la necesidad de un Instituto Central del Estado Químico-Bacteriológico impulsado por médicos, farmacéuticos y veterinarios. La fusión de estos tres grupos sociales sanitarios junto a la cercanía de la peste en Oporto favoreció la creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII mediante el RD de 28 de octubre de 1899 del Ministerio de la Gobernación, cuya misión inicialmente iba vinculada a la elaboración del suero contra la peste. El mismo RD establecería sus funciones como la enseñanza práctica de la técnica bacteriológica en relación con la higiene pública y la epidemiología al igual que el desarrollo de tareas investigadoras (Porras, 1998).

La reorganización sanitaria de 1909 reformó el Instituto dotándolo de 5 funciones, entre ellas la docencia, siendo el Instituto la escuela donde se formarían los futuros higienistas. Tras su desaparición en 1916, se creó La Escuela Nacional de Sanidad en 1924 mediante RD 9 de diciembre, siendo una de las escuelas más antiguas de Europa, publicándose seis años después su primer Reglamento mediante Decreto de 12 de abril de 1930 (Pittaluga, 1930). Esta escuela puso en marcha un programa para la formación de los técnicos que necesitaba el Sistema Sanitario completado con la formación de especialistas en el extranjero para el personal distinguido en los Cursos Oficiales Sanitarios, a partir de fondos de la Fundación Rockefeller (Martínez JF, 1994).

La Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional, en su base tercera, reorganiza la Escuela Nacional de Sanidad sobre la base del Instituto Nacional de Sanidad, esta escuela dedicará una especial atención a la enseñanza sanitaria incorporándose a la Universidad Española de acuerdo con la Ley de Ordenación Universitaria siendo un órgano para el ejercicio de las funciones primordiales de la Universidad. Serían funciones de la Escuela, la enseñanza sanitaria, la investigación científica, función epidemiológica y la producción de elementos sanitarios. La enseñanza sanitaria incluiría la formación de profesionales de diferentes ámbitos de la sanidad así como “la obra de perfeccionamiento sanitario en colaboración con la Universidades y Consejos de Colegios profesionales”.

En el año 1955 se dicta la Ley del 20 de julio sobre la Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas. Hasta la fecha el Título de Licenciado en Medicina habilitaba para la total práctica profesional de la Medicina. Con esta Ley se pretendía dar un paso más allá, con el Título de Especialista, para garantizar el ejercicio público de la medicina con la certeza de que para ostentarlo se habían tenido que superar previamente las enseñanzas y pruebas que la Ley determinaba como esenciales para su ejercicio como especialista y de esta forma recompensar a aquellos que habían realizado el esfuerzo de haber seguido esta formación en las

facultades y con el apoyo de clínicos con su libre magisterio personal. Regulando por tanto este derecho.

Para ello, aparte de ostentar el Título de Licenciado en Medicina, se requería realizar los estudios y prácticas de especialización que se ordenaban en la Ley y aprobar las pruebas finales que se estableciesen. A su vez, sería reconocido como Especialista aquel que previa oposición y cumplidos los requisitos legales para esta fuese titular de una plaza médica especializada.

Entre las especialidades médicas reconocidas figuraba la Especialidad de Higiene y Sanidad que sería la predecesora de la actual Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Las distintas especialidades, podían cursarse, siendo competencia del Ministerio de Educación y Ciencia, en los Servicios de las Cátedras de las Facultades de Medicina para la disciplina, en los Institutos y Escuelas de Especialización Médica reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional anteriores a la Ley y en los Centros clínicos regidos por Catedráticos universitarios cuyo reconocimiento como Instituto de Especialización se concediese de acuerdo con la presente Ley y con lo que disponía la de ordenación sanitaria.

En su Artículo 9, se indica que al contenido mínimo de las enseñanzas de cada Especialidad se establecería mediante un programa nacional único, determinando el periodo de escolaridad necesario, las lecciones teóricas y prácticas precisas y se establecerían programas oficiales para los exámenes teórico-prácticos finales.

Por otra parte, ante el progreso científico y tecnológico de la ciencia médico-quirúrgica y la nueva concepción de la asistencia médico sanitaria, se consideró la necesidad de adecuar a dichas exigencias la formación teórica y práctica de los Médicos Especialistas. De acuerdo con la disposición final cuarta punto 1, de la Ley 14/1970 del 4 de agosto, General de Educación, la enseñanza de

las especialidades médicas se consideraron parte del contenido del tercer ciclo de la Educación Universitaria, precisando una regulación posterior más específica que se formularía en el RD 2015/1978 de 15 julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Para ello los requisitos para la obtención del título de Especialista en medicina fueron similares a los de la ley anterior. Se introduce el sistema de residencia para la formación en los departamentos y Servicios hospitalarios y extra-hospitalarios acreditados junto con las Escuelas Profesionales de Especialización Médica, los Departamentos de las Facultades de Medicina y la convalidación de la formación en el extranjero.

Es en este RD, cuando la Especialidad de Higiene y Sanidad, cambia su denominación por la de Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública, que se ve ratificada posteriormente por la Orden de 11 de febrero de 1981 por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al RD 2015/1978 de 15 de julio y sus nuevas denominaciones, y se recoge el sistema transitorio de concesión del Título de Especialista a quienes hayan iniciado la formación antes del 1 de enero de 1980.

Mediante convocatoria excepcional del Consejo Nacional de Especialidades Médicas durante el año 1999, se produjo el acceso al título de especialista de un número importante de médicos que trabajaban en el sector hasta la fecha sin titulación oficial de la especialidad (serían los denominados MESTOS) (Villalbí JR, 2011).

Tras cinco años de la publicación del RD de 1978, se establece la necesidad de reformar algunos de sus artículos. El nuevo estado de las autonomías, así como los acuerdos que tendrían que realizarse para la integración en la Comunidad Económica Europea, junto a las directrices de la Organización Mundial de la Salud, "Salud para todos en el año 2000", y al desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria obligaron a introducir cambios en la legislación. Para ello se dicta el RD 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Desde entonces la

formación en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública se rige mediante el Modelo de Formación Médica Especializada vinculado al Programa de Médicos Internos Residentes (MIR), con su convocatoria anual de plazas, contemplándose la posibilidad de hacer una previsión de plazas para las siguientes convocatorias mediante la Comisión entre los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo creada a tal efecto.

En este RD, la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública se clasifica como una especialidad que no requiere básicamente formación hospitalaria y se establecen dos procedimientos para la obtención de la especialidad:

- Procedimiento ordinario: “la formación de Médico Especialista se realizara como Médico Residente en Centros y Unidades Docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas”.
- Procedimiento extraordinario: “se utilizarán medidas excepcionales para proporcionar las correspondientes enseñanzas teóricas y prácticas de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo de este Real Decreto.”

Desde entonces, la oferta de formación mediante la convocatoria MIR es el esquema predominante, aunque sea factible la homologación de títulos de especialista obtenidos en el extranjero.

Desde la regulación del Título de especialista de Medicina Preventiva y Salud Pública en 1978 (RD 2015/1978), han sido 4 los programas que han regulado la formación de los residentes de esta Especialidad: 1980, 1986, 1996 y 2005.

Los avances conceptuales y científicos, los cambios sociales y legales y las necesidades de salud de la población hicieron necesaria la adaptación de los diferentes programas de la especialidad para responder a las nuevas realidades y a

las expectativas de la sociedad y del sistema sanitario, ampliando para ello la formación a 4 años, como recoge el programa formativo de 1996, e introduciendo modificaciones en los objetivos, contenidos y unidades en las que el futuro especialista realizaría su formación práctica.

En el año 2003 se publica el RD 139/2003, de 7 de febrero, para la actualización de la regulación de la formación médica en determinados aspectos como la denominación de algunas especialidades, la aprobación de los programas de formación o la realización de estancias formativas, determinándose la normativa que regula las estancias formativas en el extranjero así como el cambio excepcional de especialidad. A su vez, en este mismo año se dicta la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, siendo uno de sus objetivos regular la estructura general de la formación de los profesionales. De nuevo se define la formación como reglada y de carácter oficial, siendo su objeto “dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas y habilidades propios de la Especialidad”. En su Artículo 19, literalmente indica que “Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años” y que “El Gobierno... determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que, en su caso, se integran”. Posteriormente a esta ley se han ido desarrollando diferentes RD y Orden que van dando forma al modelo de formación.

El programa formativo vigente de la especialidad se establece mediante la Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio. Después de los cambios ocurridos en la Salud Pública durante los años 70 y 80, que quedaron reflejados, entre otros, en documentos como el Informe Lalonde (1974), la Conferencia de Alma-Ata (1978), el Programa “Salud Para Todos en el año 2000” de la OMS (1981) o la Conferencia de Ottawa (1986), los cuales sirvieron de base para elaborar el tercer programa docente de la especialidad (1996), durante los años 90, se produjo una redefinición

de las funciones de la Salud Pública y un reforzamiento del papel de los profesionales de esta área, que se han tomado en cuenta para la elaboración del programa formativo actual. Con este programa se intenta acortar la distancia entre los retos y necesidades de la Salud Pública y la capacidad de los recursos humanos para satisfacerlas.

Los especialistas médicos formados a partir de este programa, deberán estar capacitados para realizar las actividades propias de la Salud Pública en el Sistema Sanitario, de ahí la importancia de que las administraciones sanitarias habiliten mecanismos legales para que, progresivamente, los puestos de trabajo que implican la realización de funciones coincidentes con los campos de acción o las áreas profesionales específicas de la Especialidad, sean cubiertos por profesionales que ostenten el título oficial de especialista. Sin olvidar, que el carácter multiprofesional y multisectorial de la Salud Pública debe favorecer que paulatinamente se incorporen criterios de troncalidad no sólo en relación con otras especialidades médicas, sino también con otras titulaciones universitarias como farmacéuticos, veterinarios, etc.

En la actualidad, la denominación de la especialidad es Medicina Preventiva y Salud Pública, la duración de la formación es de 4 años precisando como licenciatura previa la de Medicina.

La Medicina Preventiva y Salud Pública puede definirse como una especialidad "que capacita para la investigación, aplicación y fomento de políticas y actividades de promoción y protección de la salud (para reducir la probabilidad de la aparición de la enfermedad, o impedir o controlar su progresión) de vigilancia de la salud de la población, de identificación de sus necesidades sanitarias y de planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud" (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio).

Dicha especialidad se encuentra reconocida en varios países. En Estados Unidos se considera una especialidad clínica, acreditada por la Junta Americana de

Medicina Preventiva desde la década de los 70, con la denominación de Salud Pública y Medicina Preventiva General (ABPM, 2015). Al igual que el Consejo de Europa mediante la directiva 2005/36/CE y su posterior modificación por la directiva 2013/55/UE del parlamento Europeo y del Consejo de 20 de Noviembre de 2013 y el reglamento (UE) nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del sistema del mercado Interior (Reglamento IMI), establece los títulos Europeos que podrían convalidarse con el de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, aunque las vías de acceso a la especialidad difieran del modelo de España. Anexo II

Los médicos de esta especialidad, deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones sanitarias del mismo, para fomentar y mejorar la salud, promoviendo la equidad y eficiencia de dicho sistema en colaboración con otros profesionales implicados en la salud pública dado su carácter intersectorial y multiprofesional.

El campo de acción de esta especialidad es amplio y complejo y se extiende a cinco ámbitos (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio).

- **Ámbito de la epidemiología:** incluye la vigilancia de la salud, el control de brotes y situaciones de emergencia sanitaria, el desarrollo de programas de investigación en salud pública, en instituciones públicas o privadas, y la elaboración de sistemas de información e indicadores.
- **Ámbito de la administración sanitaria:** incluye los distintos niveles del sistema de salud, especialmente las actividades relacionadas con la elaboración de planes de salud, la dirección y gestión asistencial, así como la evaluación de servicios y programas y la gestión de la calidad asistencial.
- **Ámbito de la medicina preventiva:** en el que se adquirirán competencias para definir, promover, ejecutar, aplicar y evaluar aquellas actividades de prevención llevadas a cabo desde las instituciones asistenciales, sean

hospitalarias o extra-hospitalarias, respecto a individuos colectivos o grupos de riesgo incluidos en el ámbito de actuación de dichas instituciones.

- **Ámbito de la salud ambiental y laboral:** incluye el desarrollo y evaluación de programas de protección de la salud frente a riesgos ambientales y laborales desde una perspectiva poblacional, destacando de manera especial los relacionados con la higiene y seguridad alimentaria.
- **Ámbito de la promoción de la salud:** incluye el diseño o desarrollo de programas de educación y participación de los ciudadanos en el control y mejora de su propia salud, y la capacitación para realizar políticas saludables.

El programa formativo tiene como objetivo general que el especialista sea capaz de analizar los problemas de salud de la población, diseñar, implementar y evaluar acciones para mejorarla desde una perspectiva intersectorial y multiprofesional, teniendo en cuenta los marcos normativos autonómico, nacional e internacional. A su vez pretende que, el contenido funcional se corresponda con la adquisición de una serie de competencias básicas, como serían: valorar las necesidades de salud de la población, desarrollar las políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios.

Un objetivo específico de la formación del especialista será la investigación para lo que el especialista en formación deberá adquirir conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con la investigación científica.

El programa de le especialidad se desarrollará en tres etapas:

- Primera etapa, se realizará en una escuela o centro formativo de salud pública acreditado durante 9 meses de los doce primeros de residencia.

- Segunda etapa, se realizará en centros y unidades de atención especializada y atención primaria durante 18 meses.
- Tercera etapa, se realizará en centros de investigación en salud pública (6 meses) y en unidades administrativas con funciones de salud pública (15 meses). Con una duración total de 21 meses.

A su vez se podrán contemplar rotaciones por organizaciones internacionales vinculadas al sector sanitario o a organizaciones no gubernamentales de cooperación al desarrollo.

El RD 639/2014 de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y a otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Este RD desarrolla el título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y en especial su artículo 19 indicado anteriormente.

El RD, se basa en “una visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria, posibilitando así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes”.

La troncalidad implica una evolución del sistema formativo junto a una adaptación de las estructuras docentes a nuevos programas formativos y a los requisitos de acreditación de centros y unidades docentes respecto a los periodos, troncal y específico que integrarán la formación de las especialidades en ciencias de la salud. Con ella, se pretende, que los profesionales sanitarios aprendan a abordar desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral y trabajar para poder proporcionar una atención sanitaria orientada a la resolución eficaz de los procesos de los pacientes con un enfoque interdisciplinar.

Tras la publicación de este RD, la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública ha quedado encuadrada en el tronco médico, a pesar de las alegaciones contrarias formuladas al respecto. Esto conlleva una estancia formativa de dos años en dicho tronco, lo que obliga en los restantes dos años incluir en ellos los conocimientos y competencias a adquirir de esta especialidad tan amplios y diversos donde la cartera de servicios debería ser fundamental a la hora de diseñar el nuevo programa formativo.

Por otra parte, los retos y objetivos de la troncalidad son parte del programa formativo actual de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, el cual hasta este momento no se había considerado necesario modificar, y por tanto, serían objetivos cumplidos, como el enfoque multiprofesional y multidisciplinar, el abordaje de los problemas de salud de una manera integral etc.

En el proceso ya iniciado, la Dirección de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, ha dado a conocer los vocales que integrarán las comisiones delegadas de los 5 troncos lo que ha suscitado dudas y malestar en aquellas especialidades que no se están viendo representadas como es el caso de Medicina Preventiva y Salud Pública, máxime por la complejidad que esta Especialidad supone dentro del tronco médico (Goiri, 2015).

1.5- La Cartera de Servicios de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el entorno del Sistema Sanitario Público.

Conforme al artículo 41 y 43 de la Constitución Española de 1978, se reconoce que los poderes públicos garantizarán la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad al igual que reconocen el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios en el entorno de la nueva organización del Estado, transferidas las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas.

A su vez, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad da respuesta a estas previsiones constitucionales estableciendo los principios y criterios para la constitución del Sistema Nacional de Salud de carácter público, universal y gratuito en el que se determina un nuevo modelo integrador de las actividades de prevención, promoción y rehabilitación básica.

Con la transferencia de las competencias a las Comunidades Autónomas se constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y así facilitarle garantías en cuanto a la equidad, que facilite el acceso a las prestaciones de igual forma, la calidad que implique a todos los actores del sistema, y la participación ciudadana, con el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales y sus expectativas como colectivo de usuarios en el Sistema Nacional de Salud. Para ello es preciso la cooperación y coordinación entre Administraciones Públicas, los usuarios y los profesionales (Ley 16/2003, de 28 de Mayo).

Deben crearse instrumentos para que el ciudadano reciba un servicio sanitario en igualdad tanto de calidad como de acceso independientemente de su lugar de residencia y de las fórmulas de gestión y de prestación de cada Administración. El RD 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud establece la normativa y determina que se establezcan varias modalidades de prestación sanitarias entre las que figurará la atención especializada que podría realizarse entre otros en régimen de hospitalización aunque se potencian otras formas como los hospitales de día médico y quirúrgicos y la hospitalización a domicilio. Las prestaciones incluidas en el catálogo se hacen efectivas mediante un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos que integran la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. que se aprobará por RD.

Un aspecto esencial de las prestaciones debe ser su garantía de seguridad, calidad, accesibilidad, movilidad y tiempo en el acceso, para lo que se concretará una infraestructura de calidad que va a comprender normas de calidad y

seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y acontecimientos adversos. Al igual que la elaboración de planes integrales de salud para atender las patologías de una forma integral y la participación de todos los actores del Sistema Nacional de Salud. Para hacer efectivo todo ello se publica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud “los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos”, mientras que se establecerá una cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud entendida como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias” (Ley 16/2003, de 28 de mayo).

La cartera común de servicios se articulará en tres modalidades una de ellas es la cartera común básica de servicios asistenciales, esta prestación de servicios se realizará mediante un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente y garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación al igual que la accesibilidad y equidad para toda la población cubierta. A su vez se podrán establecer prestaciones sanitarias complementarias a las comunes dependientes de las Comunidades Autónomas. Los avances tecnológicos y las necesidades de salud de la población harán que la cartera de servicios sea actualizable para adaptarse a ellos, siempre previa evaluación de la seguridad, eficacia, coste y utilidad de la nueva técnica, tecnología y/o procedimiento. A su vez los Servicios de Salud establecerán los criterios para el acceso a la cartera de servicios, garantizando la calidad y la seguridad en todos sus centros (Ley 16/2003, de 28 de mayo).

Posteriormente se publica el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización para establecer los servicios básicos y

comunes garantizando la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento.

Ante la descoordinación objetivada, con el paso de los años, en los servicios de salud autonómicos, traducido en diferencias en las prestaciones y en cumplimiento de la obligación que tienen los poderes públicos de gestionar de la manera más eficiente las capacidades del Sistema Nacional de Salud son necesarias reformas que permitan la sostenibilidad por lo que se dicta el cuestionado RD-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

El RD 1277/2003, de 10 de octubre, establecerá las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios donde se desarrollará dicha cartera de servicios, aportando entre otras su definición de Servicio Asistencial y de Actividad Sanitaria y determinando la necesidad de profesionales capacitados y con su titulación oficial o habilitación.

El SSPA se adapta a las normativas anteriores mediante su cartera de servicios, garantizando prestaciones comunes para la atención integral y en condiciones de equidad a los usuarios del sistema sanitario público, para lo que contiene programas, procedimientos, técnicas y tecnologías que suponen una mejora de la salud y están basadas en la mejor evidencia científica disponible. A su vez, también incluye la oferta que es propia de la sanidad pública de Andalucía y la que se realiza al Sistema Nacional de Salud a través de los Centros, Servicio y Unidades de Referencia (SAS, 2015d).

La cartera de servicios de la Especialidad de Medicina Preventiva se encuentra encuadrada en la cartera de servicios de atención especializada, la cual se define como el desarrollo de la oferta clínico-asistencial que el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, en concreto, el Servicio Andaluz de Salud pone, a

través de sus profesionales y centros, a disposición de los ciudadanos/usuarios, en este nivel asistencial (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2005).

Pretende establecer y unificar criterios para el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que realizan los diferentes proveedores de servicios, en este caso los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública en los distintos niveles de atención, de forma que el producto sea coherente con los objetivos de salud, en lo concerniente a cobertura y calidad de la prestación. Al igual que contribuye al conocimiento de las actividades que se pueden llevar a cabo en dichos servicios en relación a su ámbito de asistencia (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2005).

Durante el año 2005, el Servicio de Cartera de Servicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados publicó la Cartera de Servicios de Asistencia Especializada y Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales Integrados, este documento incluye la Cartera de Servicios/Unidades funcionales de asistencia especializada por centro.

Sin embargo, no se hizo referencia a las actividades concretas que la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública realizaba en el entorno del SSPA.

Previamente en 1987, Mozota *et al.*, en su artículo *Replanteamiento en las actividades de los Servicios de Medicina Preventiva*, investiga sobre las actividades realizadas en su Servicio con la idea de definir estas actividades y adaptarlas a las necesidades de su hospital.

Sin embargo, no será hasta el año 1999 cuando la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) publica su cartera de servicios desglosando los diferentes campos de acción y las actividades que se desarrollaban en cada uno de ellos. Esta cartera de servicios inicialmente sería la

base de las actividades que se han ido realizando en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública junto a las definidas en la C3/1980 del INSALUD.

Asumiendo lo anterior, la cartera de servicios de la Especialidad/Servicios Clínico-Asistenciales de Medicina Preventiva y Salud Pública (Gómez *et al.*, 1999), entendiendo la cartera de servicios como “el conjunto de productos o servicios que una Organización, en este caso los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, ponen a disposición de los clientes y posibles grupos de interés”, se despliega inicialmente en base a siete campos de acción:

- I. Higiene y Saneamiento.
- II. Área de Salud Laboral.
- III. Área de Epidemiología.
- IV. Actividades sobre la Comunidad.
- V. Área de Calidad Asistencial y de Apoyo a la Gestión.
- VI. Docencia.
- VII. Participación Institucional.

Un Servicio/Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (entendido como estructura funcional), existe para ofrecer servicios sanitarios (de prevención y promoción fundamentalmente) a sus clientes y otros grupos de interés y para ello realiza numerosas actividades que se traducen a veces directamente y otras mediante su realización secuencial y lógica en servicios para los clientes.

Es necesario precisar este tipo de terminología. Un Servicio (S) es una estructura funcional, en este estudio serían los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Las actividades, entendidas desde la perspectiva de un Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, serían aquellas actuaciones que realiza como estructura funcional. Sin embargo, el término servicios (s), se orienta desde la

perspectiva del cliente, como aquellos que un Servicio (S) de Medicina Preventiva y Salud Pública le ofrece a ese cliente. Una vez aclarada la diferencia entre Servicios (S), actividades y servicios (s), encontramos que en algunos documentos se trata de forma similar el concepto de servicio y de actividades, por tanto, aclaradas las diferencias, durante este estudio se utilizarán como sinónimos (INSALUD, 1995).

Independientemente de las áreas de actuación anteriormente enumeradas, cada Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública organiza sus áreas y actividades, en base a criterios propios no consensuados con el resto de los Servicios del SSPA, de ahí la variabilidad que puede existir entre ellos como se puede comprobar en las carteras disponibles para ser descargadas en las páginas web de los diferentes Hospitales y que han sido en parte base para la realización de esta propuesta.

Desde la publicación de la cartera de servicios de la SEMPSPH, se han producido cambios sustanciales no solo en el Sistema Sanitario Público y en los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, sino también a nivel hospitalario en relación a las necesidades y expectativas de sus clientes y posibles grupos de interés. Lo que en alguna Sociedades Científicas Autonómicas ha provocado la publicación de una cartera de servicios más amplia y renovada intentando adaptarse a las necesidades existentes (Aranaz *et al.*, 2003).

Una cartera de servicios debe seguir teniendo una estrategia participativa y consensuada, que corresponda al trabajo de los profesionales y debe convencer a los profesionales sanitarios, no por ser un listado perfecto sino por orientar el trabajo de éstos en su actividad cotidiana. A su vez es una herramienta para los gestores y una garantía para los derechos de los ciudadanos. Tiene por tanto una utilidad como herramienta de calidad de la atención y como herramienta de gestión, para así garantizar la oferta de servicios en cantidad y calidad, de acuerdo a las necesidades y demandas de la población siendo un instrumento dinámico y flexible, en tiempo y ámbito geográfico y también ante cambios funcionales como estructurales (INSALUD, 2001).

Con la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud y Pública dispondríamos de un inventariado de la oferta, teniendo en cuenta sus dos aspectos, la Salud Pública y la Medicina Preventiva, y de las necesidades de nuevas ofertas. A su vez sería una herramienta fundamental para el modelo de gestión clínica a la hora de la convergencia de Unidades y evaluación de las Unidades/Servicios al igual que contribuiría a la acreditación de estos Servicios y de sus profesionales y dirigida a cubrir las necesidades de sus clientes internos y externos (SAS, 2015b; ACSA, 2012; ACSA, 2015a).

Los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, en su concepto de Servicios Generales no solo obtienen resultados finales produciendo “Salud” directamente sino que también desde su posición de Servicio con capacidad de conocer la situación de salud, tener la capacidad de implicarse en el desarrollo de políticas para mejorar la salud y garantizar la prestación de los servicios necesarios para sus clientes, no solo de forma directa sino también en el asesoramiento a otros en la consecución de sus objetivos, obtiene también resultados en Salud como Servicios finalistas y desde la perspectiva de la misión de la organización como asesores y coordinadores.

En la actualidad el Servicio de Cartera de Servicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud se encuentra renovando las diferentes carteras de servicios editadas previamente en el año 2005, lo que pone de manifiesto un entorno facilitador que ofrece la oportunidad para desglosar un documento consensuado por los diferentes profesionales de esta Especialidad.

2.- JUSTIFICACIÓN



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Se plantea este trabajo de investigación ante:

1. El modelo de Gestión Clínica en la Sanidad Andaluza en relación a los nuevos criterios de convergencia para la formación de las nuevas UGC donde la cartera de servicios es parte importante de su plan de gestión máxime cuando pudiesen converger algunas especialidades de campos de acción que pudieran llegar a solaparse en sus actividades.
2. La necesidad de una reordenación de las actividades de higiene hospitalaria y medicina preventiva, así como las de gestión de la calidad total en los centros hospitalarios ante los cambios sustanciales producidos en los últimos años en lo que se consideraban los objetivos, contenidos y actividades de la especialidad.
3. La necesidad de conocer la cartera de servicios de la especialidad a la hora de determinar las competencias por las que un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública va a ser evaluado en el Programa de Acreditación del Sistema Sanitario de Andalucía.
4. Los cambios que se están produciendo en el campo de la formación de la especialidad, sobre todo tras la publicación del RD que regula la Trocalidad, donde la cartera de servicios debe vertebrar su ámbito de acción tanto en Salud Pública como en Medicina Preventiva.

Por tanto, todos estos aspectos aportan un campo de trabajo donde se pone de manifiesto el propósito de este estudio, que no sería otro que la necesidad de reflexionar y describir las actividades que se están realizando en los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalarios, de qué forma y qué espera la sociedad y el resto de Servicios dentro de la organización sanitaria en el desarrollo de un modelo de excelencia de las organizaciones de esta especialidad para así, poder realizar una propuesta de cartera de servicios para sus Servicios/Unidades.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

3.1.- Hipótesis

Los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía no se caracterizan por una sistematización uniforme en lo que se refiere a su cartera de servicios, por ello nos parece muy pertinente elaborar una propuesta de uniformidad en sus contenidos.

3.2.- Objetivos generales

1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.
2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3.3.- Objetivos específicos

1. Describir las actividades que se realizan en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.
2. Definir las áreas de conocimiento que puedan configurar la estructura de nuestra propuesta de cartera de servicios para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
3. Definir las líneas de trabajo y sus correspondientes especificaciones dentro de las diferentes áreas de conocimiento identificadas en nuestra propuesta de cartera de servicios.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

4.- MATERIAL Y MÉTODO



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Esta investigación consta de dos fases o periodos de estudio, con metodología diferente, que dan respuesta a los dos objetivos generales:

4.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.

4.1.1.- Tipo de estudio.

Estudio observacional descriptivo transversal.

4.1.2.- Ámbito de estudio.

El ámbito de estudio correspondió a los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.

4.1.3.- Unidades de Análisis.

Las unidades de análisis fueron los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública localizados en 34 hospitales públicos de Andalucía.

Criterio de exclusión: No se incluyeron los hospitales de alta resolución por no disponer de un Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública propio en el mismo hospital.

4.1.4.- Periodo de estudio.

La recogida de la información se realizó durante los meses de julio y agosto de 2012.

4.1.5.- Variables utilizadas.

Las variables se incluyeron en varios **bloques de análisis**.

1. Higiene Hospitalaria.
2. Infección Hospitalaria.

3. Vigilancia de la Salud.
4. Promoción de la Salud.
5. Apoyo Institucional a la Administración Sanitaria.
6. Calidad.
7. Otros aspectos en relación a los Servicios.
8. Otras actividades relevantes en relación a los Servicios.
9. Características de los hospitales entrevistados.

El conjunto de todas las variables se encuentra en el Anexo III

4.1.6.- Recogida de datos

- Se optó por la encuesta como técnica de recogida de datos, ya que permitía obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. La encuesta fue realizada de forma personalizada en 22 hospitales de los 34 hospitales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tras cita concertada vía telefónica con uno de los Facultativos Especialista de Área de los Servicios implicados en el trabajo de investigación, 12 entrevistas se realizaron vía telefónica por no coincidir en la planificación de trabajo establecida para los hospitales de las diferentes provincias con algunos profesionales debido a su periodo vacacional, sobre todo en los hospitales que solo disponían de un profesional.
- Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario previamente autoelaborado a propósito para este estudio y posteriormente revisado por expertos en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública y su contenido recogía los diferentes servicios y/o actividades que se realizan en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía. Los ítems de este cuestionario se agruparon dentro de las áreas de Higiene hospitalaria, Infección hospitalaria, Vigilancia de la

salud, Promoción de la salud, Apoyo institucional a la administración, Calidad, otros aspectos en relación a los servicios y otras actividades relevantes (en formato de pregunta con respuesta abierta) y características de los hospitales. Anexo III.

4.1.7.- Análisis estadístico.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables.

- Para las variables cualitativas se realizó una descripción mediante una tabla de frecuencias absolutas y relativas.
- Para las variables con respuesta abierta, se realizó inicialmente un análisis de forma cualitativa para crear grupos de contenido del discurso que pudieran ser posteriormente analizados como variables cualitativas dicotómicas mediante una tabla de frecuencias absolutas y relativas.

Para el análisis estadístico se utilizó el software R a través de la interfaz R-Commander.

4.1.8.- Aspectos éticos.

En lo relacionado con la recogida de datos y análisis de los objetivos específicos al manejarse información confidencial en relación a las actuaciones intrínsecas de los diferentes Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, se veló durante del desarrollo del trabajo por la confidencialidad de la información en base a la Ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las Administraciones Públicas.

4.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

4.2.1.- Fuente de datos

La fuente de datos inicial fueron los resultados obtenidos del Objetivo 1: Estudio de situación de la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.

4.2.2.- Procedimiento

A partir de los datos recogidos en el Objetivo 1, se realizó una revisión exhaustiva de diferentes documentos relacionados con el campo de acción de la Medicina Preventiva y Salud Pública.

- Cartera de Servicios de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Cartera de Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalarios de la Comunidad Valenciana. Sociedad Valenciana de Medicina Preventiva y Salud Pública (SVMSP).
- Carteras de Servicios publicadas o facilitadas por los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública del SSPA.
- Carteras de Servicios publicadas por Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalarios de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- Carteras de Servicios de Unidades de Calidad de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- Carteras de Servicios de Unidades de Investigación de los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

- Manual de competencias Profesionales del Médico/a Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (ME 1 56_03). Abril 1015. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Programa Formativo vigente de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- Programas Formativos de Servicios Hospitalarios y/o Unidades Docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Libro del residente de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía.
- Servicios y actividades ofertadas en materia de Salud Pública publicadas por la Consejería de Salud de Andalucía.
- Plan de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Andaluz de Salud.
- Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales para los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud.
- Planes, Programas y Estrategias del Servicio Andaluz del Salud relacionados con el ámbito de actuación de la Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Información relativa a las Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública: Unidades funcionales Dependientes. Procedimientos y protocolos publicados en hospitales del SSPA.
- Guías y Recomendaciones de organismos nacionales e internacionales relacionados con la Especialidad.

- Reglamentación relativa a aspectos relacionados con la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Partiendo del estudio inicial y de la revisión de la documentación posterior se elaboró un listado inicial en el que se definieron diferentes Áreas de conocimiento y posibles variantes en su titulación dentro del ámbito de la Medicina Preventiva y Salud Pública.

Posteriormente, se enumeraron un elevado número de actividades que se identificaron como realizables en los Servicios y/o Unidades dentro de esas áreas predefinidas.

Finalmente, se clasificaron estas actividades en líneas de trabajo, lo que constituiría la propuesta de cartera de servicios y en especificaciones, lo que incluyó tareas, herramientas y aclaraciones técnicas sobre las diferentes líneas de trabajo que pudiesen ser de interés y facilitar la organización del trabajo en los diferentes Servicios y/o Unidades y la formación a los Especialistas Internos Residentes.

Se contó con la colaboración de un grupo de trabajo (informadores clave para la especialidad del SSPA) formado por facultativos de la Especialidad a los que se solicitó una revisión de las áreas, líneas de trabajo y especificaciones.

- Facultativos Especialistas de Área (FEA) de Servicios/ Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública en hospitales de diferente nivel asistencial.
- Especialista en MPYSP en puesto de coordinación en Unidad de Calidad, Docencia e investigación.
- Especialista en MPYSP en puesto de Dirección Médica de hospital.
- Especialista en MPYSP en puesto de responsabilidad en la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía.

- Especialista en MPYSP en puesto de responsabilidad en la Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Todo el proceso anterior facilitó la elaboración del primer borrador o Versión 1 de la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en los centros del SSPA.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

5.- RESULTADOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

5.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía.

La población estudiada fueron los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los 34 hospitales públicos de Andalucía, entre los que encontramos, 5 hospitales regionales, 11 hospitales de especialidades y 18 hospitales comarcales, excluyéndose de la población a estudio los hospitales de alta resolución por ser hospitales dependientes de Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de hospitales de mayor nivel asistencial que ya estaban incluidos en este estudio.

5.1.1- HIGIENE HOSPITALARIA. Anexo IV (Tablas 1.1.-10; pág. 219-241)

5.1.1.1.- BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL

Tras el estudio de los 34 Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos de Andalucía se realizaba Control de Bioseguridad Aéreo en “Salas de Ambiente Controlado” en 33 hospitales ante incidencias, obras y de forma sistemática como parte de un programa de calidad de la bioseguridad hospitalaria o según el criterio de los Servicios de Medicina Preventiva. Dos de ellos, lo realizaban a través de una empresa externa. El Servicio que no realizaba control sistemático realizaba este control ante la realización de obras sin otras consideraciones y en quirófano.

Para la obtención de las muestras se utilizaba en 30 Servicios (90,91%), captador volumétrico para muestreo, mientras que en 3 Servicios (9,09%) se realizaba mediante sedimentación o precipitación mantenida durante una hora en los puntos de muestreo. El volumen total de aire muestreado por cada toma de muestra realizada cuando se utilizaba captador volumétrico era de 1000 litros en 14 Servicios (46,67%). Tabla 1.1.

Se realizaba recuento de hongos en los 34 hospitales. En los 33 Servicios que realizaban la toma de muestra de forma sistemática, el medio de cultivo

utilizado era mayoritariamente Saboureaud Cloranfenicol, Agar, en 29 de ellos (87,88%).

Se realizaba recuento de aerobios de forma sistemática en 20 hospitales (60,61%) y también realizaba este recuento el Servicio que tenía como criterio de muestreo la realización de obras. Dos de los Servicios indicaron que ellos solo realizaban este tipo de recuento en las cabinas de bioseguridad, siendo el medio de cultivo utilizado de forma mayoritaria Agar Sangre, en 10 de ellos (47,62%).
Tabla 1.2.

Las zonas muestreadas y la periodicidad del muestreo eran variables dependiendo de las consideraciones de cada Servicio. Los 34 Servicios muestreaban los quirófanos y la periodicidad sistemática para esta zona de muestreo era mensual en 16 hospitales (48,48%). En los 33 Servicios que realizaban muestreos sistemáticos el resto de zonas que muestreaban por orden de frecuencia eran, las cabinas de seguridad biológicas muestreadas por 18 Servicios (54,55%) de forma mensual en 7 hospitales (21,21%), las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) muestreadas por 17 Servicios (51,52%) trimestralmente en 6 hospitales (18,18%) y las Unidades de Reanimación muestreadas por 6 servicios con una periodicidad más frecuente mensual en 3 hospitales (9,09%).

El resto de zonas muestreadas dependían de su existencia o no en los diferentes hospitales, ya que no todas las unidades estaban presentes en ellos por ser de diferente nivel asistencial y por tener o no actividad asistencial maternoinfantil.

El área de Oncohematología se encontraba en 15 hospitales y era muestreada por 10 Servicios (66,67%) mensualmente en 5 hospitales (33,33%). Las habitaciones de trasplantados de órganos sólidos fuera de la UCI se encontraban en 6 hospitales siendo muestreadas en 4 de ellos, sin predominio en

la periodicidad. Tabla 1.3. El resto de unidades muestreadas se encuentran en la Tabla 1.4.

Se enviaba informe rutinario en 28 (88,85%) de los 33 Servicios de Medicina Preventiva donde se realizaba muestreo sistemático. El destino de estos informes por parte de los Servicios de Medicina Preventiva era por orden de frecuencia a los Jefes de Servicios de las zonas muestreadas en 29 hospitales (87,88%), Supervisión de enfermería de la zona muestreada en 24 hospitales (72,73%) y Dirección médica en 21 hospitales (63,64%).Tabla 1.5.

El medio de comunicación más habitual era el informe ordinario, en 21 Servicios (63,64%). La forma de comunicación verbal en 13 Servicios (39,39%) era el medio más frecuente para transmitir la información en 48-72 horas cuando los resultados del muestreo tenían incidencias o no conformidades. Tres hospitales contaban con una intranet donde comunicar la conformidad o no de los resultados. El tiempo que se tardaba entre la toma de muestra y el envío de la información de forma rutinaria cuando no existían incidencias o no conformidades era de 7 días en 15 Servicios (45,45%). Tabla 1.6.

5.1.1.2- BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES

Tras el estudio de los 34 Servicios de Medicina Preventiva realizaban Control de Bioseguridad de Superficies en “Salas de Ambiente Controlado” 14 Servicios (48,18%) de forma sistemática. Dos de ellos a través de una empresa externa. Los 20 Servicios restantes realizaban este muestreo en situaciones de incidencias o de brote epidemiológico. Tabla 2.1.

El método empleado para la obtención de muestras con mayor frecuencia eran Placas Rodac en 11 Servicios (78,57%). El medio de cultivo más frecuente utilizado en las Placas Rodac era Saboureaud Cloranfenicol, Agar por 8 Servicios (72,73%). Tabla 2.2.

Las zonas muestreadas por los Servicios y la periodicidad del muestreo era variable en cada hospital. De los 14 Servicios que realizaban control de superficies de forma sistemática, eran muestreadas por orden de frecuencia, UCI en 11 hospitales (78,57%) trimestralmente por 4 Servicios (28,57%), quirófanos en 10 hospitales (71,43%) con una periodicidad de muestreo más frecuente mensual, las cabinas de bioseguridad en 8 hospitales (57,14%), Unidades de Reanimación en 5 hospitales (35,71%), la cocina en 5 hospitales (35,71%) sin clara periodicidad en ninguno de ellos.

El resto de zonas que se muestreaban dependían de la existencia o no en los diferentes hospitales que realizaban muestreo de superficie de forma sistemática (14 Servicios) ya que no todas las unidades estaban presentes en ellos como sucedía en la toma de muestras ambientales. El área de Oncohematología se encontraba en 7 de estos hospitales y era muestreada por 3 Servicios (42,86%), las habitaciones de trasplantados de órganos sólidos donde de 3 hospitales se muestreaba en uno. Tabla 2.3. Otras zonas muestreadas de pueden consultar en la Tabla 2.4.

Enviaban informes rutinarios 13 Servicios (92,86%) de los 14 hospitales donde se realizaba muestreo sistemático. El destino de estos informes por orden de frecuencia era a los Jefes de Servicios de las zonas muestreadas por parte de 9 Servicios (69,23%), Supervisión de Enfermería de la zona muestreada enviado por 7 Servicios (53,85%) y Gerencia a la que era enviada por 6 Servicios (46,15%). Tabla 2.5.

El medio de comunicación más habitual era a través de correo electrónico en 9 Servicios (69,23%). Tres hospitales contaban con una intranet donde comunicaban la conformidad o no de los resultados. Tabla 2.6.

5.1.1.3- LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

En relación a la existencia de un “Protocolo de limpieza y desinfección de zonas críticas” los 34 hospitales (100%) que indicaron disponían de dicho protocolo. En 22 hospitales (67,65%) era controlado por el Servicio de Medicina Preventiva y en 16 Servicios (77,27%) el tipo de control era una vigilancia mediante inspecciones, auditorias, listas de comprobación, control de calidad de la limpieza realizados tanto por parte de los Servicios de Medicina Preventiva como con la colaboración de los supervisores de los servicios implicados. Tabla 3

En relación a la existencia de un “Protocolo de desinfección ambiental y de superficies”, 33 hospitales (97,06) refirieron que lo tenían, aunque tres de ellos indicaron que solo tenían Protocolo de desinfección de superficies como documento escrito. En un 72,73% (24 hospitales) era controlado por el Servicio de Medicina Preventiva, siendo la forma más frecuente mediante el control de muestras en 11 hospitales (45,83%) por la empresa externa de limpieza y/o los propios Servicios. Tabla 4

En 33 hospitales (97,06%) existía un “Protocolo de control de limpieza y desinfección de instrumental (endoscopios, broncoscopios, colonoscopios, etc.)”, siendo controlado por el Servicio de Medicina Preventiva en el 48,48% (16 hospitales) siendo ese control realizado a través de la toma de muestras de este tipo de instrumental por parte de los Servicios de Medicina Preventiva o por los Servicios implicados con comunicación y seguimiento de los resultados en 11 hospitales (68,75%). Tabla 6

El 91,18% de los Servicios (31 hospitales) participaba en el “Control de residuos biosanitarios” siendo la forma de participación más frecuente en 12 Servicios (38,71%), la asesoría ante dudas en el uso de contenedores y segregación de los residuos. Tabla 7

La participación en la “Gestión del programa de desinsectación/desratización” era del 88,23% de los Servicios (30 hospitales), siendo la forma más frecuente de participación en estos Servicios la relación de coordinación con la empresa externa ante sucesos ocurridos en el hospital en un 88,88% de ellos (27 hospitales), en ocasiones incluía la aceptación del pliego de condiciones de la empresa externa. Tabla 8

En relación a la participación en el “Programa de Prevención y Control de la Legionelosis”, los estudios microbiológicos se realizaban a través de un laboratorio externo en 29 hospitales (85,29%), recibiendo notificaciones de los resultados microbiológicos 25 Servicios de Medicina Preventiva (73,53%); 20 Servicios de Medicina Preventiva referían tomar decisiones conjuntas con el Servicio de Mantenimiento ante incidencias. Tabla 9

En relación a las “Centrales de Esterilización”, el 50% estaban adscritas al Servicio de Medicina Preventiva (17 centrales), 2 pertenecían a empresas externas. De todas ellas 20 Servicios de Medicina Preventiva eran responsables del control de calidad de la Central de Esterilización, inclusive de una de las Centrales que dependía de una empresa externa. Tabla 10

5.1.2- INFECCIÓN HOSPITALARIA Anexo IV (Tablas 11-22; pág. 242-251).

En relación al manejo de Infecciones hospitalarias, 32 hospitales (94,12%) habían participado durante este año en el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales de España (EPINE), habiendo solicitado su participación 22 hospitales (64,71%) en el estudio European Point Prevalence Survey (EPPS). Tabla 11.

Los 34 Servicios de Medicina Preventiva realizaban el Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (PVCIN) del Servicio Andaluz de Salud y 32 Servicios (94,12%) realizaban a su vez otros estudios de incidencia de infección ampliados a otras unidades como recoge el Anexo V.

En relación al Control de Microorganismos Multirresistentes (MMR), 33 Servicios de Medicina Preventiva (97,06 %) realizaban dicho control. En un hospital lo realizaba la Unidad de Infecciosos, aunque le hacía participe de la información al Servicio de Medicina Preventiva a través del Equipo de Control de Infecciones cada 15 días. Tabla 12.1.

Los Servicios que realizaban el control de MMR vigilaban todos los microorganismos que están considerados de especial vigilancia por el PVCIN, aunque algunos hospitales refirieron vigilar de forma especial aquellos microorganismos que en su hospital presentaban una mayor incidencia de casos. Anexo VI.

El estudio de colonización a pacientes ingresados con infección por algún MMR era realizado por 31 Servicios (93,94%), Tabla 13. Los lugares para tomar las muestras de colonización dependían del microorganismo que se estuviese investigando, aunque si se generalizaba la toma de muestras independientemente del microorganismo a estudio, muestreaban por orden de frecuencia en 27 Servicios (87,10%) axila, 26 Servicios (83,87%) orofaringe, 22 Servicios (70,97%) ingle, 20 Servicios (64,51%) rectal y 4 Servicios (12,90%) fómites. Tablas 14.1-14.2.

En esta actividad la función del especialista en Medicina Preventiva de forma mayoritaria en 19 hospitales (61,29%), consistía en la indicación de la toma de la muestras a la enfermería de los Servicios implicados, enviando dicha muestra al Servicio de Microbiología y con control y seguimiento de los resultados junto con la indicación de las actuaciones pertinentes si se precisasen. Un Servicio disponía de laboratorio donde realizaba cultivo y cribado de las muestras enviando a Microbiología solo aquellas en las que presentaba dudas y un hospital realizaba seguimiento de estos pacientes colonizados en consulta externa al alta hospitalaria. Tabla 15

En relación a estos pacientes el Servicio de Medicina Preventiva en 32 hospitales (96,97%) decidía el tipo de aislamiento de los enfermos y en 27 hospitales (81,82%) indicaba cuando se debía de levantar la condición de aislamiento. El criterio para levantar el aislamiento en aquellos pacientes que necesitaban continuar ingresados una vez que su situación clínica bacteriológica se había negativizado era con mayor frecuencia, en 9 hospitales (33,33%), la presencia de tres cultivos de colonización negativos en los lugares donde previamente los cultivos tomados habían sido positivos. En 4 Servicios de hospitales comarcales se optaba por mantener el aislamiento hasta el alta. Tabla 16

Se notificaba esta actividad fundamentalmente a la supervisión del Servicio implicado en 32 hospitales (96,97%) y al médico responsable del paciente en 31 hospitales (93,94%) siendo la forma de comunicación más frecuente entre ellos la verbal en 32 hospitales (96,97%). Tres hospitales disponían de una intranet donde comunicar los resultados. Tabla 17-18

Se realizaba por parte de los Servicios de Medicina Preventiva estudio de colonización en pacientes ingresados distintos al infectado o colonizado por germen multirresistente en 21 hospitales (69,07%). La función del preventivista era similar al caso anterior cuando se realizaba estudio de colonización en paciente infectado. Tabla 19

En 8 hospitales (23,53%) quedaba reflejada en la historia clínica una alerta de la condición de enfermo o portador de microorganismos multirresistentes de estos enfermos, siendo en 5 hospitales el informe escrito por parte del Servicio de Medicina Preventiva en la historia clínica la alarma más frecuente(62,50%), dos hospitales presentaban un símbolo de alarma en historia clínica digitalizada. Tabla 20

En 28 hospitales (82,35%), los Servicios de Medicina Preventiva controlaban la descontaminación de los enfermos y/o portadores de

microorganismos multirresistentes con algún biocida, siendo el más frecuente la Clorhexidina 4% en 21 hospitales (75%). En 4 hospitales se estaba introduciendo la Poliexanida como tratamiento descolonizador para *Estafilococo Aureus* Meticilin Resistente (MRSA). Tabla 21

De los 34 hospitales, 8 hospitales no disponían de habitaciones adaptadas para el aislamiento aéreo (presión negativa, filtros HEPA, etc.) existiendo un hospital que disponía de 14 habitaciones. Tabla 22

5.1.3.-VIGILANCIA DE LA SALUD. Anexo IV (Tablas 23-34; pág. 252-262).

En relación a la vigilancia de la salud era realizada en 29 hospitales (85,29%) de los 34 hospitales públicos por los Servicios de Medicina Preventiva, en el resto de los hospitales lo realizaba Salud Laboral mediante especialistas en Medicina del Trabajo. Tabla 23. Los hospitales pertenecientes a empresas públicas llevaban la vigilancia de la salud de los trabajadores de los hospitales de alta resolución adscritos a ellos.

El Procedimiento 22 (Vigilancia de la Salud) del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales del SAS era realizado totalmente por 19 Servicios de Medicina Preventiva (65,51%), siendo realizado mediante adaptación en los otros 10 Servicios (34,48%). Tabla 24-24.1.

El Procedimiento 15 (Adaptación de puesto de trabajo a trabajadores especialmente sensibles) era realizado por 28 Servicios. En un hospital lo hacía Medicina del trabajo. Tabla 25

El Procedimiento 30 (Protección en situación de embarazo y lactancia) lo realizaban los 29 Servicios que realizaban vigilancia de la salud. Tabla 26

En relación a la participación en el Informe de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (C.A.T.I.), las respuestas fueron ambiguas debido a la forma en que estaba formulada la pregunta. Los 29 Servicios reconocían como

competencia propia del Servicio la realización de la propuesta de enfermedad profesional, pero no reconocían como competencia la realización del informe de accidente laboral CATI, aunque si su participación en relación a la atención a los accidentes laborales de carácter biológico. Tabla 27

Los 34 Servicios de Medicina Preventiva tenían un Protocolo de actuación en caso de accidentes biológicos, en 3 hospitales era aplicado por Medicina del Trabajo. La atención a estos accidentes biológicos en las horas en las que no había un especialista en Medicina Preventiva en el hospital era realizado mayoritariamente por el Servicio de Urgencias en 28 hospitales (82,35%). Tabla 28

De los 34 hospitales públicos, 21 Servicios de Medicina Preventiva (61,76%) tenían un Protocolo de vacunación para el personal sanitario, se vacunaba a personal sanitario en 33 Servicios (97,03%). Las vacunas que se disponían para este fin en los Servicios dependían del protocolo de cada Servicio y se realizaba habitualmente una adecuación del calendario vacunal del trabajador a los riesgos a los que iba a estar expuesto laboralmente. Tabla 29

En 29 Servicios de Medicina Preventiva (85,30%) existía un Protocolo de vacunación para pacientes trasplantados, esplenectomizados, VIH, etc. administrándose vacunas para estos pacientes en 27 de los Servicios (79,41%).Tabla 30

La atención a los diferentes tipos de pacientes dependía del nivel asistencial del hospital. A su vez la vacunación de estos pacientes respondía al protocolo determinado en el Servicio siendo variable el tipo de vacunas administradas dependiendo de la patología atendida. Anexo VII

En relación a la existencia de una Consulta de viajero para personal del hospital o de fuera de ella, tres servicios de Medicina Preventiva (8,82%) tenían

integrados en su UGC un Centro de Vacunación Internacional. El resto de Servicios realizaba consulta a demanda en colaboración con Sanidad Exterior. Tabla 31

Todos los Servicios de Medicina Preventiva tenían algún programa de educación sanitaria establecido. Los 34 Servicios de Medicina Preventiva realizaban un Programa de Higiene de Manos junto con otros programas formativos, por orden de frecuencia, aislamientos, infección nosocomial, gestión de residuos biosanitarios, accidentes biológicos, riesgos laborales, tabaquismo, etc. Tablas 33.1-33.3.

Dos Servicios de Medicina Preventiva tenían responsabilidad en la Vigilancia de Productos Sanitarios, especialmente en lo referente a alerta de productos *sanitarios*. Tabla 34

5.1.4.- PROMOCIÓN DE LA SALUD. Anexo IV. (Tablas 35-36; pág.263-264)

En relación a la promoción de la salud, 27 Servicios (82,35%) realizaban Atención a los contactos de enfermos de algunas patologías infecciosas, siendo esta atención dirigida generalmente sobre los familiares íntimos que se encontrasen con el paciente en el hospital y sobre el cuidador principal. El resto de los contactos se atendían en Atención Primaria fundamentalmente a través de los profesionales de Epidemiología y/o Centros de Salud. Sin olvidar la atención a los trabajadores expuestos en todos los hospitales como parte de los servicios prestados en la consulta de vigilancia de la salud. Los contactos que se atendían, por orden de frecuencia, eran Meningitis en relación a la profilaxis en los 27 Servicios que realizaban atención a contactos, Tuberculosis en 19 Servicios (70,37%), seguidos de la Hepatitis B, C y VIH, junto con otros contactos, que se encontraban más en relación a exposición laboral, como eran Sarampión, Varicela y Tosferina. Tabla 35

De los 34 Servicios de Medicina Preventiva, 32 de ellos (94,12%) realizaban Promoción de la salud en el Lugar de Trabajo, aunque estas actividades iban dirigidas a recomendaciones de hábitos de vida saludable durante la consulta de

vigilancia de la salud. 6 servicios refirieron tener un programa específico de deshabituación tabáquica con consulta de deshabituación y/o grupos para trabajadores del hospital. 16 hospitales se encontraban incluidos en la Red de Hospitales libres de Humo y otros hospitales participaban del proyecto “Escaleras es Salud”, así como la existencia en algunos hospitales de una web de promoción de la salud. Tabla 36

De los 34 Hospitales, 5 Servicios (14,71%) a través de alguno de sus profesionales realizaban actividades de promoción de la salud en la comunidad.

5.1.5.- CALIDAD. Anexo IV. (Tablas 37-46; pág. 265-270)

Se interrogó sobre la existencia o no de una Unidad de Calidad en cada uno de los hospitales. Solo un hospital tenía integrada la Unidad de Calidad en el Servicio de Medicina Preventiva a través de su UGC. Los profesionales de Medicina Preventiva indicaron en 19 hospitales la existencia de Unidades de Calidad independientes de los Servicios de Medicina Preventiva. Tabla 37

Aún no teniendo en la mayoría de los hospitales Unidad de Calidad integrada en los Servicios de Medicina Preventiva ni dedicándose a esta actividad en exclusividad, a todos los profesionales entrevistados se les dio la opción de responder a las preguntas recogidas en el cuestionario en relación a calidad indicando las actividades que solían realizar tanto en ocasiones a demanda o de forma rutinaria.

En relación Seguridad del Paciente. Tabla 38

En 24 Servicios (70,59%), los profesionales entrevistados realizaban actividades de diseño, apoyo metodológico y/o aplicación de programas de seguridad del paciente específicos para Servicios, Unidades de Gestión Clínica y/o Procesos Asistenciales Integrados.

En 23 Servicios (67,65%) participaban directamente en la aplicación de planes globales de seguridad del paciente para todo el hospital, como por ejemplo, identificación inequívoca del paciente mediante pulseras, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, etc.

En 12 Servicios (35,29%) realizaban estudios de prevalencia y/o incidencia de eventos adversos en el hospital.

En relación a Gestión de Procesos. Tabla 39

En 10 Servicios (29,41%), los profesionales entrevistados realizaban actividades de coordinación, soporte metodológico y/o logístico de los Grupos de Implantación y Desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados, siguiendo las guías editadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En 3 Servicios (8,82%) realizaban evaluación de los resultados de los Procesos Asistenciales Integrados.

En 4 Servicios (11,76%) realizaba actividades de apoyo metodológico a la Comisión Mixta de Calidad Interniveles para el seguimiento del Plan de implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados acordados entre los Distritos de referencia y el Hospital.

En relación a Procesos de Acreditación y Certificación. Tabla 40

En 19 Servicios (55,88%), los profesionales entrevistados realizaban actividades de asesoría para el Proceso de Acreditación del Hospital por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y/o de las UGC.

En 6 Servicios (17,65%) realizaban actividades de apoyo en Auditorías del Ministerio de Sanidad y Política Social en relación a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.

En 1 Servicio (2,94%) realizaban actividades de apoyo en Auditorías del Programa Docente MIR del Ministerio.

En 11 Servicios (32,35%) realizaban actividades de asesoría en implantación y desarrollo de normas de certificación como las Normas ISO u otros modelos de calidad como los diseñados por Sociedades Científicas y Organizaciones Internacionales.

En relación a Certificación de competencias. Tabla 41

En 22 Servicios (64,71%) los profesionales entrevistados realizaban actividades de asesoría a los profesionales que querían acreditar su competencia profesional por el modelo de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

En relación a Gestión Clínica. Tabla 42

En 14 Servicios (41,18%) los profesionales entrevistados realizaban actividades de asesoramiento, apoyo metodológico y/o evaluación de las Unidades de Gestión Clínica según lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales vigente.

En 6 Servicios (17,65%) realizaban actividades de apoyo metodológico y logístico para el diseño y desarrollo de nuevas UGC.

En relación a Voz del Cliente. Tabla 43

Ninguno de los Servicios incluida la Unidad de Calidad integrada en el Servicio de Medicina Preventiva colaboraba en la recogida de la opinión de los ciudadanos sobre distintos aspectos de calidad mediante grupos focales.

Sin embargo, 6 Servicios (17,65%) colaboraban en la realización y/o evaluación de encuestas de satisfacción a pacientes.

En relación a Staff a la Dirección y Unidades Funcionales. Tabla 44

En 11 Servicios (32,35%) los profesionales entrevistados realizaban actividades de asesoramiento a Jefes de Servicio, Directores de Unidades y otros profesionales para el desarrollo de proyectos y memorias de gestión.

En 11 Servicios (32,35%) realizaban actividades de mantenimiento actualizado de la documentación y registros del sistema de calidad.

En relación a Docencia. Tabla 45

En 14 Servicios (41,18%) los profesionales entrevistados diseñaban y realizaban actividades formativas en temas de calidad, dirigidas a todo el personal del hospital, incluidos postgrados y pregrados.

En relación a la Evaluación de resultados y mejora continua. *Tabla 46*

En 15 Servicios (44,12%) los profesionales entrevistados colaboraban en la evaluación de resultados de efectividad clínica y/o calidad asistencial.

En 22 Servicios (64,71%) prestaban asesoramiento metodológico a los grupos de mejora activos en el Centro.

5.1.6.-APOYO INSTITUCIONAL A LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA. Anexo IV. (Tablas 47-49; pág. 271-274)

La pertenencia de los profesionales de los Servicios de Medicina Preventiva a las Comisiones Hospitalarias estaba condicionada por la existencia o no de ellas en los diferentes hospitales.

Los 34 Servicios pertenecían a la Comisión de Infecciones (Comisión de Infecciones y Política antimicrobiana) y por orden de frecuencia participaban a su vez en el Comité de Seguridad y Salud, la Comisión de Calidad (Comisión de Calidad y Seguridad del paciente), la Comisión de Adaptación Laboral (Comisión de Prestaciones), el Comité de Seguridad del Paciente (Comisión de Seguridad Clínica), la Comisión de Obras y la Comisión de Mortalidad (Morbimortalidad o

Comisión de Mortalidad, Tejidos y Tumores) junto al resto de comisiones minoritarias algunas específicas de un solo hospital. Tabla 47

En relación a Otras actividades desarrolladas a nivel institucional. Tabla 48

Los 34 Servicios participan en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) y mantenían conexión con Atención Primaria a través de Epidemiología. 10 Servicios (29,41%) mantenían conexión con Atención Primaria en relación a los Médicos de Atención Primaria de los centros de salud aunque esta relación era en cierto modo esporádica.

De los 34 Servicios, 33 realizaban las Encuestas epidemiológicas de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de su hospital, un Servicio recibía las encuestas realizadas por los profesionales de su hospital y las introducía en la aplicación informática del SVEA.

En relación a la Participación en Comisiones Institucionales o Grupos Asesores, 14 profesionales (41,18%) de los Servicios de Medicina Preventiva colaboraban a distintos niveles. De ellos, 10 participaban a nivel de Consejería de Salud, 4 a nivel del Servicio Andaluz de Salud y a nivel de Delegación Provincial. Tabla 49

5.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se estudiaron inicialmente las carteras de servicios publicadas por la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, y la Cartera de Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalarios de la Comunidad Valenciana. A su vez se consultaron las carteras de servicios que se encontraban disponibles para ser descargadas de las páginas web de los Hospitales de Andalucía. Se encontraron publicadas 3 de Hospitales Regionales, 3 de Hospitales Comarcales mientras que otro Hospital Comarcal aportó su cartera de forma escrita. Se completó el listado inicial con otras carteras de servicios a nivel nacional y documentación publicada y relacionada con los ámbitos de acción de la Medicina Preventiva y Salud Pública en Andalucía.

5.2.1.-Áreas de Conocimiento.

En base al número de actividades encontradas como realizables por los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública se identificaron 12 Áreas de Conocimientos,

- Área de Vigilancia prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
- Área de Bioseguridad en el medio hospitalario.
- Área de Esterilización.
- Área de Medicina preventiva clínica y vacunación.
- Área de promoción de la salud y educación sanitaria.
- Área de Salud Pública.
- Área de Seguridad clínica.

- Área de Calidad asistencial.
- Área de Epidemiología clínica.
- Área de Investigación.
- Área de Docencia.
- Área de Participación institucional y en organismos sanitarios.

5.2.2.- Líneas de trabajo y especificaciones.

Por cada Área de Conocimiento se diferenciaron diferentes líneas de trabajo, que constituirían la cartera de servicios y especificaciones (tareas, herramientas, aclaraciones técnicas) que pudiesen facilitar la organización del trabajo y la formación de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública.

ÁREA DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

1. Coordinación y dirección profesional de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Vigilancia, Prevención y Control de las IRAS en el Sistema Sanitario Público (SSP).
2. Diseño de Planes y/o Programas de Vigilancia, Prevención y Control de la IRAS en colaboración con la Consejería de Salud y/o adaptados al Centro.
3. Elaboración de guías, protocolos, instrucciones de trabajo y técnicas sobre las medidas de prevención y control de las IRAS en base a la evidencia científica disponible.
4. Coordinación y dirección técnica del Programa de Higiene de Manos.
5. Consultoría y asesoría general para la Dirección, Servicios y/o Unidades asistenciales en relación con la prevención y control de las IRAS.

6. Sistema de Vigilancia de las IRAS.
7. Vigilancia activa, prevención y control de la infección y/o colonización por microorganismos multirresistentes.
8. Prevención, detección precoz, investigación y control de brotes epidémicos relacionados con la asistencia sanitaria.
9. Asesoría, gestión y evaluación de las medidas de precauciones de contagio/aislamiento de pacientes.
10. Evaluación de los planes y/o programas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.
11. Realización de auditorías externas de los resultados de la vigilancia, prevención y control de la IRAS.
12. Participación y colaboración en Estudios de Vigilancia de las IRAS a nivel nacional e internacional.
13. Diseño y desarrollo de un Programa de formación al personal de los diferentes Servicios y/o Unidades asistenciales sobre las medidas de prevención y control de las IRAS.
14. Realización de documentos/manuales para la difusión del conocimiento sobre el control de las IRAS.
15. Realización de actividades para la prevención de las IRAS entre los colectivos de pacientes y visitantes a la Institución.
16. Participación en la Comisión de Infecciones* u otras Comisiones y grupos de trabajo relacionados (*Conforme al RD 521/1987 se denomina Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica).

ÁREA DE BIOSEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO

1. Gestión y supervisión de la Bioseguridad del aire.
2. Gestión y supervisión de la Bioseguridad de superficies.
3. Gestión y supervisión de la Bioseguridad sobre equipos, dispositivos y materiales.
4. Colaboración en la supervisión de los pliegos de condiciones técnicas para la adquisición y/o consumo de biocidas para la limpieza y desinfección de instrumental, superficies y ambiente.
5. Gestión y supervisión de la Bioseguridad en zona de obras.
6. Colaboración en la Gestión y supervisión de la Bioseguridad del agua.
7. Colaboración en la prevención y tratamiento de plagas.
8. Colaboración en la Gestión Interna de Residuos.
9. Colaboración con el Servicio de Hostelería en relación con la higiene alimentaria.
10. Colaboración en la elaboración de directrices locales en relación con la higiene de la ropa hospitalaria.

ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

1. Dirección facultativa de la central de esterilización.
2. Elaboración de protocolos de esterilización que se adecuen a la normativa.
3. Garantía de la gestión de los procesos de esterilización para permitir la liberación paramétrica del material según la normativa vigente.
4. Colaboración y supervisión de los pliegos de condiciones técnicas para la adquisición, contratación de sistemas y equipos de esterilización.

ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA Y VACUNACIÓN

I. MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA

1. Diseño, elaboración e implementación de un Programa de prevención, asistencia y seguimiento frente a exposiciones accidentales con material potencialmente infeccioso /agentes biológicos.
2. Evaluación del riesgo biológico en el ámbito sanitario.
3. Atención y seguimiento a los profesionales en lo relativo a exposiciones accidentales por agentes biológicos, físicos y/o químicos.
4. Atención a las consultas o interconsultas en relación con estudios de los contactos de los pacientes hospitalizados y valoración de profilaxis postexposición de enfermedades transmisibles (tuberculosis, hepatitis A, B, C, VIH, tosferina, varicela...) en coordinación con Atención Primaria.
5. Atención a las consultas e interconsultas para la atención a portadores y personas colonizados con gérmenes multirresistentes o gérmenes patógenos de riesgo en personas institucionalizadas y en programa de atención domiciliaria.
6. Consulta de deshabitación tabáquica en trabajadores.
7. Asesoramiento de medicina clínica preventiva a organizaciones sanitarias.

II. VACUNACIÓN

1. Asesoramiento y colaboración con la administración sanitaria en la elaboración de recomendaciones de vacunación conforme a la evidencia científica.
2. Asesoramiento a los diferentes Servicios y Unidades del centro en vacunación infantil y del adulto en la práctica asistencial.

3. Elaboración y desarrollo de Programas y actividades de vacunación en el hospital.
4. Asesoría en vacunación internacional y consejo al viajero (en el contexto de un Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública o como Centro de Vacunación Internacional por encomienda de gestión).
5. Colaboración con Sociedades Científicas en la elaboración de protocolos de consenso en el ámbito de la vacunación.

ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

1. Participación en la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT).
2. Consejos preventivos a los trabajadores en relación con patologías prevalentes o Programas de Salud.
3. Consejo médico a trabajadores con patologías subyacentes conforme a la aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia.
4. Educación sanitaria a pacientes y familiares.
5. Colaboración en la elaboración y difusión de material educativo sobre los diferentes programas de promoción de la salud con el resto de Servicios y Unidades asistenciales
6. Colaboración en la realización de talleres de formación para trabajadores, familiares y pacientes.
7. Participación en seminarios, charlas y actividades educativas en la comunidad.

ÁREA DE SALUD PÚBLICA

1. Colaboración con las autoridades sanitarias para el desarrollo de programas en materia de Salud Pública.
2. Participación en la Vigilancia de la Salud.
 - 2.1. Vigilancia de enfermedades transmisibles.
 - 2.2. Vigilancia de los efectos de los factores de riesgo ambientales sobre la salud (elevadas temperaturas, plaguicidas...).
 - 2.3. Vigilancia de los efectos de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.
 - 2.4. Atención y seguimiento de inoculaciones y otras exposiciones biológicas en personas del área de salud y pacientes externos.
 - 2.5. Implementación de Programas de enfermedades de especial vigilancia: cáncer, enfermedades crónicas, metabolopatías, enfermedades raras y otras.
 - 2.6. Colaboración con otros programas de vigilancia de la salud de ámbito comunitario.
3. Participación en la Promoción de la Salud (Promoción de la salud en el lugar del trabajo y en el ámbito comunitario).
4. Participación en la Protección de la Salud (Legionelosis).
5. Participación en la Prevención de la Salud (Programas y campañas de enfermedades vacunables, educación en prevención de VIH-sida e ITS...).
6. Cumplimentación de Sistemas de información y/o registros oficiales de Salud Pública.

ÁREA DE SEGURIDAD CLÍNICA

1. Aplicación de un Sistema de vigilancia, prevención, control y evaluación de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.
2. Investigación, asesoría y participación en la resolución de problemas de seguridad clínica.
3. Colaboración en la Gestión de Riesgos Clínicos del Hospital.
4. Colaboración en el diseño, apoyo metodológico, aplicación y evaluación de Programas de Mejora de Seguridad del Paciente.
5. Colaboración en la realización de auditorías sobre elementos clave en seguridad (listados de verificación quirúrgica, conciliación de medicación, etc.) y análisis de los resultados.
6. Colaboración en el diseño, implantación y desarrollo de Itinerarios Formativos en Seguridad del Paciente para el personal sanitario.
7. Colaboración en el desarrollo de líneas de investigación en Seguridad Clínica; investigación en Seguridad Clínica.
8. Participación en la Comisión de Seguridad, grupos de trabajo o equivalentes.
9. Participación en un entorno colaborativo relacionado con la seguridad clínica, observatorio para la seguridad del paciente o equivalentes.
10. Promoción de la cultura de calidad y seguridad en el entorno sanitario.

ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL

1. Seguridad Clínica (desarrollada en área propia por su entidad).
2. Asesoramiento y colaboración en actividades de evaluación y mejora continua de la calidad del Centro y Unidades.
3. Asesoramiento y colaboración en la certificación y/o acreditación de Centros, Unidades, profesionales y actividades.
4. Asesoramiento a las Unidades directivas en el desarrollo de la gestión clínica.
5. Asesoramiento, colaboración y participación en la implementación de la gestión por procesos.
6. Diseño y realización de actividades formativas en temas de calidad, dirigidas a todo el personal del hospital, incluidos postgrados y pregrados.
7. Consultoría en metodología de la calidad
8. Colaboración en la elaboración de la Memoria Anual de Calidad.
9. Participación en la Comisión de Calidad Asistencial y en comisiones o grupos dependientes de ellas.

ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

1. Apoyo metodológico (epidemiológico y estadístico) como Servicio consultor al resto de los Servicios y/o Unidades del Hospital y del Área de Salud.
2. Aplicación de la epidemiología clínica en el desarrollo y mejora de sistemas de información.
3. Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria.

4. Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la gestión sanitaria.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

1. Definición y consolidación del desarrollo de líneas de investigación en los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.

2. Diseño y realización de estudios de investigación propios o en colaboración con otros Servicios y Unidades, Sociedades Científicas, Redes de investigación, con financiación competitiva.

3. Colaboración con las Unidades de Investigación en el asesoramiento metodológico y soporte técnico al personal hospitalario para la realización de estudios de investigación.

4. Participación en la evaluación de tecnologías sanitarias y colaboración con agencias y redes de agencias de evaluación de tecnología sanitaria.

7. Solicitud de becas, ayudas y subvenciones para la realización de estudios de investigación.

8. Realización de publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales.

9. Participación en jornadas, congresos y reuniones científicas.

10. Participación en el Comité de Ética de la Investigación.

11. Participación en la Comisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

ÁREA DE DOCENCIA

1. Colaboración en formación mediante convenios con instituciones educativas.

2. Colaboración en la formación de grado en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud.

3. Colaboración en la formación de postgrado, másteres oficiales, doctorados y titulaciones propias en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud.
4. Tutorización y/o dirección de tesis, trabajos de campo de postgrado y fin de grado en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud.
5. Diseño y desarrollo del Plan de formación y mapa de competencias profesionales de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.
6. Colaboración en la formación continua (sesiones clínicas) y continuada (talleres, cursos, seminarios, charlas) de los profesionales en el ámbito sanitario.
7. Acreditación docente de los Servicios y Unidades para la formación MIR en la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.
8. Acreditación de los profesionales como tutores principales en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.
9. Colaboración docente en la formación de Especialistas Internos Residentes y de otros profesionales sanitarios de las diferentes especialidades y titulaciones acreditadas.
10. Colaboración y/o participación en los diferentes cargos representativos de la Comisión de Docencia de las Unidades Docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.
11. Colaboración docente con organismos e instituciones educativas sanitarias nacionales e internacionales.

ÁREA DE PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL Y EN ORGANISMOS SANITARIOS

1. Asesoramiento a la dirección del centro ante situaciones de alerta sanitaria.
2. Realización de estudios e informes en relación a reclamaciones patrimoniales relacionadas con el área de conocimiento de la Medicina Preventiva y Salud Pública.
3. Colaboración con la dirección gerencia en la definición de perfiles profesionales para los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.
4. Coordinación y/o participación en comisiones clínicas, comités o grupos de trabajo del hospital.
5. Desarrollo de canales informativos para divulgar las actividades o difundir las actuaciones de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.
6. Colaboración y asesoramiento a la Consejería competente en Salud, Delegaciones Territoriales y Organismos dependientes en la elaboración de Planes de Salud Autonómicos, Planes de Calidad, Planes de Seguridad del Paciente, Planes Integrales de Salud, Programas de Salud, Procesos Asistenciales Integrados y/o como comités de expertos o grupos de trabajo.
7. Colaboración y asesoramiento como Servicios y Unidades de apoyo, consultores expertos con el Servicio Salud de la Comunidad Autónoma en el área de conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública (estudios de necesidades de Especialistas Internos Residentes, Facultativos Especialistas de Área...).
8. Asesoría científica y organizativa en reuniones científicas organizadas por la Consejería responsable de Salud y el Servicio Salud de la Comunidad Autónoma.
9. Participación en el Comité Técnico Asesor para la elaboración del mapa de competencias de los Facultativos Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública.

10. Participación en Comisiones Evaluadoras de agencias financiadoras de investigación nacionales y autonómicas.

11. Colaboración con el Ministerio competente en educación en la elaboración del Plan de Formación de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública.

UNIDAD FUNCIONAL DEPENDIENTE DE SALUD LABORAL

ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

1. Vigilancia de la salud de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud. Procedimiento 22 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

2. Análisis epidemiológico de los resultados de la Vigilancia de la Salud (incluidos los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) con el objeto de participar en el control y planificación en su prevención.

3. Registro y gestión de los reconocimientos de vigilancia de la salud en la aplicación informática habilitada para ello y custodia de los historias de salud en formato papel.

4. Atención a consultas médicas y elaboración de informes de trabajadores que van a realizar periodos formativos o rotaciones externas tanto a nivel nacional como internacional y que precisen adecuación de calendario vacunal o requisitos exigidos por países extranjeros.

5. Evaluación del estado de salud para valoración de la prolongación de vida laboral.

6. Adaptación de puesto de trabajo a trabajadores especialmente sensibles (TES). Procedimiento 15 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

7. Protección en situación de embarazo y lactancia natural. Procedimiento 30 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.

8. Accidente de trabajo e incidentes. Procedimiento 04 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales, en lo relativo a la asistencia y seguimiento de exposiciones accidentales por agentes biológicos, físicos y/o químicos.
9. Participación en los procesos de formación del personal sanitario en materia de prevención de riesgos laborales.
10. Diseño y participación en actividades destinados a la introducción y evaluación de dispositivos o material de bioseguridad para la minimización del riesgo biológico.
11. Recomendaciones sobre las condiciones técnicas y supervisión de los pliegos de condiciones técnicas para la adquisición de los equipos de bioseguridad para la prevención de riesgos biológicos.
12. Comunicación de sospecha de enfermedad profesional. Procedimiento 29 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
13. Participación en el Procedimiento 37 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales. Prevención y protección frente al virus Ébola (EVE) de los profesionales de los centros asistenciales del SAS.
14. Colaboración con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales con cualquier otro procedimiento que se implante en el Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
15. Participación en el Comité de Seguridad y Salud del Centro.

5.2.2.1.-Especificaciones (tareas, herramientas, aclaraciones técnicas) en diferentes líneas de trabajo.

No en todas las Áreas y líneas de trabajo se realizaron especificaciones (tareas, herramientas, aclaraciones técnicas) que pudiesen facilitar la organización del trabajo y la formación de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. Estas especificaciones técnicas no constituyen en si la cartera de servicios, sino un complemento al desarrollo de las líneas de trabajo determinadas.

ÁREA DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

3. Elaboración de guías, protocolos, instrucciones de trabajo y técnicas sobre las medidas de prevención y control de las IRAS en base a la evidencia científica disponible.

- a. Higiene de manos.
- b. Precauciones estándar.
- c. Precauciones de contagio/aislamientos.
- d. Equipos de protección individual.
- e. Higiene general del paciente.
- f. Antisepsia y uso de antisépticos.
- g. Preparación pre-quirúrgica.
- h. Prácticas seguras en el manejo del paciente para la prevención de neumonías, bacteriemias, infección urinaria y quirúrgica...).
- i. Supervisar los pliegos de condiciones técnicas para la adquisición y/o consumo de biocidas para la higiene/antisepsia del paciente.

4. Coordinación y dirección técnica del Programa de Higiene de Manos

- a. Implementar la estrategia.
- b. Recomendaciones sobre la higiene de manos.
- c. Recomendaciones sobre el uso correcto de guantes.

- d. Disponer de soluciones hidroalcohólicas y recomendaciones de uso.
- e. Realizar programas educativos para los profesionales sanitarios e información al paciente.
- f. Facilitar apoyo metodológico impreso (cartelería), videos, guía de implementación.
- g. Evaluar las actividades de mejora de la frecuencia, lavado e higiene de manos.

5. Consultoría y asesoría general para la Dirección, Servicios y/o Unidades asistenciales en relación con la prevención y control de las IRAS.

- a. Precauciones estándar.
- b. Precauciones de contagio/aislamientos.
- c. Equipos de protección individual.
- d. Pacientes en situaciones especiales (inmunodeprimidos, transplantados...).
- e. Brotes.
- d. Otros.

6. Sistema de Vigilancia de las IRAS.

- a. Mantener de un sistema de vigilancia de la prevalencia.
- b. Mantener de un sistema de vigilancia prospectivo (cálculo de incidencia y densidad de incidencia) en Unidades de alto riesgo e infección de sitio quirúrgico.
- c. Realizar otros estudios de vigilancia conforme a las necesidades del entorno asistencial de cada centro.
- d. Evaluar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de las IRAS y brotes nosocomiales.
- e. Evaluar procesos relacionados con la Seguridad del paciente: Higiene de manos, Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, Infección quirúrgica Zero, Medidas de aislamientos/Precauciones de contagio, etc.

7. Vigilancia activa, prevención y control de la infección y/o colonización por MMR.

- a. Diseñar y mantener un sistema o alerta de detección precoz de pacientes infectados y/o colonizados por MMR.

8. Prevención, detección precoz, investigación y control de brotes epidémicos relacionados con la asistencia sanitaria.

- a. Crear grupos de mejora activa ante la aparición de brotes epidémicos nosocomiales.
- b. Realizar estudios de colonización a pacientes ingresados diferentes a los pacientes infectados, personal sanitario etc. en situaciones de brotes o cuando el Servicio de Medicina y Salud Pública lo estime oportuno.
- c. Comunicar los casos y brotes de MMR a la Dirección, Servicios asistenciales y/o Unidades del entorno hospitalario y Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

9. Asesoría, gestión y evaluación de las medidas de precauciones de contagio/aislamiento de pacientes.

- a. Aislamiento de contacto.
- b. Aislamiento respiratorio.
- c. Aislamiento aéreo.
- d. Medidas de protección para pacientes inmunocomprometidos.

10. Evaluación de los planes y/o programas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.

- a. Evaluar aplicando el ciclo de mejora continua de la calidad (PDCA).
- b. Elaborar y distribuir informes para la comunicación de resultados y conocimientos sobre los niveles de IRAS.

12. Participación y colaboración en Estudios de Vigilancia de las IRAS a nivel nacional e internacional.

- a. EPINE, EPPS, otros.

14. Realización de documentos/manuales para la difusión del conocimiento sobre el control de las IRAS.

- a. Editado en formato impreso en papel.
- b. En formato digital con acceso a través de redes sociales corporativas (intranet) para su descarga y consulta.
- c. Disponible mediante una aplicación versátil para los diferentes sistemas operativos (Android, IOS) con descarga restringida para profesionales del entorno sanitario.

15. Realización de actividades para la prevención de las IRAS entre los colectivos de pacientes y visitantes a la Institución.

- a. Informar, realizar y distribuir material divulgativo en relación a las precauciones de contagio e IRAS.

ÁREA DE BIOSEGURIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO

1. Gestión y supervisión de la Bioseguridad del aire.

- a. Elaborar protocolos de bioseguridad del aire basados en la normativa vigente y adaptados a las circunstancias locales.
- b. Realizar e interpretar los controles de bioseguridad del aire en zonas hospitalarias de ambiente controlado para determinar la contaminación por hongos y/o aerobios mesófilos totales.
- c. Aplicar medidas correctoras si fuesen necesarias y evaluar posteriormente.
- d. Elaborar informes periódicos para su notificación a las Direcciones, Servicios y /o Unidades asistenciales implicadas.

2. Gestión y supervisión de la Bioseguridad de superficies.

- a. Elaborar Protocolos de Limpieza adaptados al nivel de riesgo de cada Unidad Asistencial conforme a la evidencia científica.
- b. Elaborar Protocolos de desinfección y uso de desinfectantes para las diferentes áreas conforme a la evidencia científica.
- c. Vigilar activamente y/o a demanda los protocolos aplicados, evaluar la calidad de la limpieza y desinfección hospitalaria, aplicar y evaluar las medidas correctoras realizadas.
- d. Elaborar informes para su notificación a las Direcciones, Servicios y /o Unidades asistenciales implicadas.

3. Gestión y supervisión de la Bioseguridad sobre equipos, dispositivos y materiales.

- a. Elaborar protocolos para la aplicación de recomendaciones de consenso en base a la evidencia científica en la preparación y procesamiento de equipos, dispositivos y materiales.
- b. Vigilar y controlar la calidad del procesamiento de equipos, dispositivos y materiales e informar de los resultados.
- c. Colaborar en la supervisión la idoneidad de las especificaciones técnicas asociadas a los equipos, dispositivos y materiales.
- d. Colaborar en la supervisión de los pliegos de condiciones técnicas para la contratación de equipos, dispositivos y materiales.

5. Gestión y supervisión de la Bioseguridad en zona de obras.

- a. Asesorar en cuestiones de arquitectura e ingeniería que tengan relación con el mantenimiento de una higiene adecuada y medioambiente seguro.
- b. Vigilar y controlar las obras en el hospital para reducir el riesgo de infecciones derivadas de esta actividad.
- c. Recomendar y supervisar las medidas correctoras si fuesen necesarias e informar a la Dirección.

6. Colaboración en la Gestión y supervisión de la Bioseguridad del agua.

- a. Controlar la calidad del agua de suministro general de abastecimiento al hospital (medición y control de registros de los niveles de cloración y pH).
- b. Colaborar y asesorar en la vigilancia y control de la legionelosis nosocomial (muestreo, control microbiológico, asesorar en la aplicación de medidas de prevención y control e informar a las Direcciones implicadas).

7. Colaboración en la prevención y tratamiento de plagas.

- a. Colaborar en la elaboración del pliego de prescripciones técnicas/acuerdos marco para la contratación de la empresa externa encargada del proceso.
- b. Coordinar las actuaciones con la empresa encargada y recibir la documentación referente a los controles periódicos.
- c. Vigilar las actuaciones realizadas y evaluar su efectividad.
- d. Gestionar incidencias y planificar actuaciones.

8. Colaboración en la Gestión interna de residuos.

- a. Participar en la actualización del Plan de Residuos del Centro.
- b. Aplicar la normativa de segregación, envasado y eliminación de residuos del Centro y vigilar su cumplimiento.
- c. Consultoría y asesoría para el resto de los Servicios y Unidades en la aplicación de la normativa.
- d. Colaborar en la formación para el resto de los Servicios y Unidades asistenciales en materia de gestión de residuos sanitarios.
- e. Colaborar en la elaboración del pliego de prescripciones técnicas/acuerdos marco para la contratación de la empresa externa encargada de la gestión de residuos.

ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

3. Garantía de la gestión de los procesos de esterilización para permitir la liberación paramétrica del material según la normativa vigente.

- a. Controlar la trazabilidad del material esterilizado.
- b. Controlar la calidad de los procesos de esterilización.
- c. Elaborar y mantener un catálogo de compatibilidad de materiales.

ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA Y VACUNACIÓN

I. MEDICINA PREVENTIVA CLÍNICA

1. Diseño, elaboración e implementación de un Programa de prevención, asistencia y seguimiento frente a exposiciones accidentales con material potencialmente infeccioso/agentes biológicos.

- a. Elaborar protocolos de actuación para Servicios de Urgencias ante exposiciones accidentales con material potencialmente infeccioso/agentes biológicos.

2. Evaluación del riesgo biológico en el ámbito sanitario.

- a. Trabajadores propios del centro.
- b. Personal adscritos temporalmente (estudiantes...).

II. VACUNACIÓN

3. Elaboración y desarrollo de Programas y actividades de vacunación en el hospital.

- a. Programa de vacunación y profilaxis a pacientes de riesgo.
- b. Valoración de indicaciones de vacunación y profilaxis en situaciones especiales.
- c. Programa de vacunación para los trabajadores del hospital.
- d. Campaña anual de vacunación antigripal.

4. Asesoría en vacunación internacional y consejo al viajero (en el contexto de un Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública o como Centro de Vacunación Internacional por encomienda de gestión).

- a. Valoración individual del riesgo.
- b. Precauciones de higiene y consejos sanitarios.
- c. Inmunización activa y pasiva.
- d. Profilaxis antipalúdica.

ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

1. Participación en la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT).

- a. Participar en la estrategia de “Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable, el Control del Tabaquismo o el Abordaje del Estrés Laboral en el centro de trabajo”.
- b. Participar en el sistema de registro de PSLT.
- c. Participar en la Redes de PSLT.
- d. Colaborar en la creación de entornos saludables.

ÁREA DE SALUD PÚBLICA

1. Colaboración con las autoridades sanitarias para el desarrollo de programas en materia de Salud Pública.

- a. Actualizar protocolos, diseñar apoyo metodológico y desarrollo de sistemas de información.
- b. Colaborar en estudios para la Evaluación del impacto en Salud.

2. Participación en la Vigilancia de la salud

2.1. Vigilancia de enfermedades transmisibles

- a. Gestionar alertas epidemiológicas y situaciones de crisis en Salud Pública en coordinación con la Red de Vigilancia Epidemiológica.

- b. Notificar enfermedades de declaración obligatoria, alertas y brotes epidémicos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, realizar encuestas epidemiológicas e investigar alertas y brotes.
- c. Vigilar otras enfermedades transmisibles: VIH-sida, encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, enfermedades emergentes y re-emergentes.
- d. Colaborar con el Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en la vigilancia y declaración de casos graves confirmados y de la mortalidad.
- c. Atender y realizar el seguimiento de los estudio de contactos de riesgo de enfermos infecciosos y el cumplimiento de profilaxis si precisan.

ÁREA DE SEGURIDAD CLÍNICA

1. Aplicación de un Sistema de vigilancia, prevención, control y evaluación de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

- a. Implantar y/o participar en el sistema de notificación y registro de eventos adversos.

2. Investigación, asesoría y participación en la resolución de problemas de seguridad clínica.

- a. Colaborar en la investigación de eventos adversos relacionados con la medicación.
- b. Participar en la investigación y puesta en marcha de medidas ante alertas de productos sanitarios.

3. Colaboración en la Gestión de riesgos clínicos del hospital.

- a. Elaborar mapas de riesgos clínicos del Centro.
- b. Elaborar Planes de seguridad clínica del Centro.

4. Colaboración en el diseño, apoyo metodológico, aplicación y evaluación de Programas de mejora de Seguridad del Paciente.

- a. Vigilancia, prevención y control de IRAS, Bioseguridad de los centros, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Manos seguras, prevención del riesgo de

deterioro de la integridad cutánea y úlceras por decúbito, identificación inequívoca del paciente mediante pulseras, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, etc.

ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL

2. Asesoramiento y colaboración en actividades de evaluación y mejora continua de la calidad del Centro y Unidades.

- a. Colaborar en la evaluación de resultados de efectividad clínica y/o calidad asistencial de los Servicios y Unidades y del Centro.
- b. Asesorar metodológicamente a los grupos de mejora activos en el Centro.
- c. Elaborar informes de análisis y estudio de aquellos factores que puedan influir o modificar la actividad asistencial (análisis de los indicadores de Calidad Preventivos, de Seguridad y de Calidad de la asistencia sanitaria).

3. Asesoramiento y colaboración en la certificación y/o acreditación de Centros, Unidades, profesionales y actividades.

- a. Asesorar en el proceso de certificación/acreditación del Centro, Unidades y Servicios por los diferentes modelos de calidad y/o agencias acreditadoras.
- b. Asesorar y colaborar en la implantación y desarrollo de normas de certificación como las Normas ISO u otros modelos de calidad como los diseñados por Sociedades Científicas y Organizaciones Internacionales.
- c. Apoyar en Auditorías del Ministerio competente en Salud y Sanidad en relación con los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.
- c. Apoyar en Auditorías del Ministerio competente en Salud y Sanidad en relación con los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.
- d. Apoyar en Auditorías del Programa Docente MIR del Ministerio.

- e. Asesorar a los profesionales que quieran acreditar su competencia profesional por el modelo de acreditación de competencias profesionales conforme a la Agencia certificadora/acreditadora.
- f. Asesorar en la acreditación de actividades formativas.

4. Asesoramiento a las Unidades directivas en el desarrollo de la gestión clínica.

- a. Asesorar y colaborar en el diseño e implementación de planes estratégicos de calidad del Centro y/o Unidades
- b. Asesorar a los Jefes de Servicio, Directores de Unidades y otros profesionales para el desarrollo de proyectos y memorias de gestión.
- c. Asesorar, apoyar metodológicamente y/o evaluar a las Unidades de Gestión Clínica.
- d. Dar apoyo metodológico y logístico para el diseño y desarrollo de nuevas Unidades de Gestión Clínica.

5. Asesoramiento, colaboración y participación en la implementación de la gestión por procesos.

- a. Coordinar y realizar soporte metodológico y/o logístico a los Grupos de Implantación y Desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y comisiones de seguimiento o similares.
- b. Evaluar los resultados de los Procesos Asistenciales Integrados o similares.

ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

2. Aplicación de la epidemiología clínica en el desarrollo y mejora de sistemas de información.

- a. Epidemiológicos.
- b. Asistenciales.

3. Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria.

- a. Implementación y evaluación de buenas prácticas asistenciales.
- b. Prevención, diagnóstico y tratamiento según la Medicina basada en la evidencia.
- c. Evaluación de Tecnologías Sanitarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento.
- d. Variaciones en la práctica clínica, en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

4. Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la gestión sanitaria.

- a. Estudios predictivos y pronósticos en poblaciones.

5.2.3.-Revisión de expertos

Tras la revisión individual de la propuesta de cartera de servicios por los expertos, especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, se realizó una reunión de trabajo del grupo de expertos con el propósito de realizar una visión en conjunto y análisis de discrepancias sobre las áreas, líneas de trabajo y especificaciones presentadas en la propuesta. De esta forma, se revisaron las aportaciones individuales y se realizó un análisis de discrepancias y revisión consensuada para el desarrollo posterior del primer borrador o Versión 1 de la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en los centros del SSPA.

Se determinó una nueva estructura formada por bloques, áreas, líneas de trabajo y especificaciones. Los Bloques se constituyeron por Áreas consideradas con un cuerpo común de conocimiento, donde posteriormente se incluirían las líneas de trabajo y especificaciones en sucesivas revisiones del grupo de trabajo.

Los bloques definidos fueron:

Bloque 1: Vigilancia epidemiológica.

Bloque 2: Actividad asistencial.

Bloque 3: Bioseguridad e higiene en el medio hospitalario.

Bloque 4: Calidad asistencial y seguridad del paciente.

Bloque 5: Salud Pública.

Bloque 6: Investigación y epidemiología clínica.

Bloque 7: Docencia.

Bloque 8: Relaciones institucionales.

Posteriormente se definieron las áreas, líneas de trabajo y en algún bloque, como el de investigación, se pudo definir especificaciones.

El bloque de “Vigilancia epidemiológica” se constituyó por 4 áreas. Tabla 2

- Vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria.
- Asesoramiento, gestión y evaluación de precauciones estándar y basadas en mecanismos de transmisión.
- Alertas y enfermedades de declaración obligatoria.
- Vigilancia de enfermedades y factores de riesgo para la salud.

Con la creación de este bloque se integró la parte preestablecida en la propuesta del área de Salud Pública en relación a la vigilancia de enfermedades transmisibles con el área de la propuesta en relación a la vigilancia, prevención y control de las IRAS.

Tabla 2. Bloque 1. Vigilancia epidemiológica.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 1. Vigilancia epidemiológica	Vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria	Liderar y coordinar la vigilancia, prevención y control de las IRAS
		Vigilancia activa, prevención y control de la infección y/o colonización por microorganismos multirresistentes
		Coordinación, dirección técnica e implementación del Programa de Higiene de Manos
	Asesoramiento, gestión y evaluación de precauciones estándar y basadas en mecanismos de transmisión	
	Alertas y enfermedades de declaración obligatoria	Gestión de enfermedades de declaración obligatoria, brotes y alertas
	Vigilancia de enfermedades y factores de riesgo para la salud	Implementación de Programas de enfermedades de especial vigilancia: cáncer, enfermedades crónicas, metabopatías, enfermedades raras y otras
Vigilancia de los efectos de los factores de riesgo ambientales sobre la salud (elevadas temperaturas, plaguicidas...)		
Vigilancia de los efectos de los riesgos derivados de las condiciones de trabajo		

El bloque de “Actividad asistencial” se constituyó por 3 áreas. Tabla 3

- Medicina preventiva clínica.
- Vacunación.
- Salud laboral.

En relación a la Salud laboral, se asumiría inicialmente la cartera de servicios de la Unidad Funcional de Salud laboral.

Tabla 3. Bloque 2. Actividad asistencial.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 2. Actividad asistencial	Medicina preventiva clínica	Estudios de contactos
		Exposiciones biológicas
	Vacunación	Salud del viajero
		Profilaxis no ocupacional
Salud laboral		

El bloque de “Bioseguridad e higiene en el medio hospitalario” se constituyó por 5 áreas. Tabla 4

- Bioseguridad medioambiental.
- Bioseguridad en obras.
- Esterilización.
- Aseguramiento de la calidad de los servicios generales.
- Acreditación de la calidad y gestión medioambiental.

Se concretó que las especificaciones posteriores de cada línea de trabajo se organizarían conforme al ciclo de mejora continua de la calidad.

Tabla 4. Bloque 3. Bioseguridad e higiene en el medio hospitalario.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 3. Bioseguridad e higiene en el medio hospitalario	Bioseguridad medioambiental	Bioseguridad del aire
		Bioseguridad del agua
		Bioseguridad de superficies
		Bioseguridad sobre equipos, dispositivos y materiales
	Bioseguridad en obras	
	Esterilización	Dirección facultativa de la central de esterilización
		Garantía de la gestión de los procesos de esterilización para permitir la liberación paramétrica del material según la normativa vigente
	Aseguramiento de la calidad de los servicios generales	Gestión de plagas
		Gestión interna de residuos
		Hostelería (lencería, cocina, limpieza)
	Acreditación de la calidad y gestión medioambiental	

El bloque de “Calidad asistencial y seguridad del paciente” se constituyó por 2 áreas. Tabla 5

- Calidad asistencial.
- Seguridad del paciente.

En este bloque se fusionaron las áreas de Calidad asistencial y Seguridad clínica de la propuesta realizada. Se incluyeron como áreas la participación en la Comisión central de calidad y la en la Comisión de seguridad sacándolas del Bloque de Relaciones institucional en consideración a su entidad.

Tabla 5. Bloque 4. Calidad asistencial y seguridad del paciente.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 4. Calidad asistencial y seguridad del paciente	Calidad asistencial	Mejora continua de la calidad
		Gestión por procesos
		Acreditación y certificación
		Participación de la Comisión central de calidad
	Seguridad del paciente	Estrategia de seguridad del paciente
		Gestión de riesgos clínicos
		Gestión de eventos adversos
		Participación en la Comisión de seguridad

El bloque de “Salud Pública” se constituyó por 4 áreas. Tabla 6

- Protección.
- Promoción.
- Prevención.
- Sistemas de información.

En relación a la propuesta realizada se trasladó de este bloque la vigilancia de las enfermedades transmisibles hacia el bloque 1. Vigilancia epidemiológica.

Tabla 6. Bloque 5. Salud Pública.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 5. Salud Pública	Protección	Prevención y control de la legionelosis
	Promoción	Promoción de la salud en el lugar de trabajo
		Creación y fomento entornos saludables
		Educación para la salud en el entorno sanitario
		Educación para la salud: participación ciudadana
		Participación en actividades de promoción a nivel de la comunidad
	Prevención	Participación en la prevención de la salud (Programas y campañas de enfermedades vacunables, educación en prevención de VIH-sida e ITS...)
Sistemas de información		

El bloque de “Investigación y epidemiología clínica” se constituyó por dos áreas. Tabla 7

- Investigación.
- Epidemiología clínica.

Es el único de los bloques que actualmente tiene determinadas las especificaciones.

Tabla 7. Bloque 6. Investigación y epidemiología clínica.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS	ESPECIFICACIONES
Bloque 6. Investigación y epidemiología clínica	Investigación	Definición líneas de investigación	Definición y consolidación del desarrollo de líneas de investigación en los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública
		Participación en estudios	Diseño, realización y solicitud de proyectos y estudios de investigación propios o en colaboración con otros Servicios y Unidades, Sociedades Científicas, Redes de investigación, con financiación competitiva
		Apoyo metodológico	Apoyo metodológico (epidemiológico y estadístico) como Servicio consultor al resto de los Servicios y/o Unidades del Hospital y del Área de Salud
		Difusión de la investigación	Realización de publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales
			Participación en jornadas, congresos y reuniones científicas
		Participación en la Comisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	Participación en la evaluación de tecnologías sanitarias y colaboración con agencias y redes de evaluación de tecnología sanitaria
	Participación en el Comité de Ética de la Investigación		
	Epidemiología Clínica	Aplicación de la epidemiología clínica en el desarrollo y mejora de sistemas de información	
		Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria	
		Aplicación de la epidemiología clínica a cuestiones relacionadas con la gestión sanitaria	

Para el Bloque de “Docencia” se asumió la propuesta de la cartera de servicios como líneas de trabajo sin determinar áreas inicialmente. Tabla 8

Tabla 8. Bloque 7. Docencia.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 7. Docencia		Colaboración en formación mediante convenios con instituciones educativas
		Colaboración en la formación de grado en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud
		Colaboración en la formación de postgrado, másteres oficiales, doctorados y titulaciones propias en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud
		Tutorización y/o dirección de tesis, trabajos de campo de postgrado y fin de grado en Medicina y otras titulaciones en Ciencias de la Salud
		Diseño y desarrollo del Plan de formación y mapa de competencias profesionales de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública
		Colaboración en la formación continua (sesiones clínicas) y continuada (talleres, cursos, seminarios, charlas) de los profesionales en el ámbito sanitario
		Acreditación docente de los Servicios y Unidades para la formación MIR en la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública
		Acreditación de los profesionales como tutores principales en la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública
		Colaboración docente en la formación de Especialistas Internos Residentes y de otros profesionales sanitarios de las diferentes especialidades y titulaciones acreditadas
		Colaboración y/o participación en los diferentes cargos representativos de la Comisión de Docencia de las Unidades Docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública

El bloque de “Relaciones institucionales” se constituyó por 5 áreas. Tabla 9

- Asesoría a la dirección del centro.
- Asesoría en gestión clínica.
- Participación en comisiones hospitalarias.
- Colaboración con Consejería de Salud y Agencias Sanitarias.
- Colaboración con agentes externos.

En este bloque se agruparon como áreas algunas líneas de trabajo que se encontraban diseminadas en la propuesta como asesorías, comisiones, etc.

Tabla 9. Bloque 8. Relaciones institucionales.

BLOQUES	ÁREAS	LÍNEAS
Bloque 8. Relaciones institucionales	Asesoría a la dirección del centro	Participación en la memoria del centro
	Asesoría en gestión clínica	Apoyo metodológico y logístico para el diseño, desarrollo, evaluación y mejora de nuevas Unidades de Gestión Clínica
	Participación en comisiones hospitalarias	
	Colaboración con Consejería de Salud y Agencias Sanitarias	
	Colaboración con agentes externos	

5.2.4. Implementación

En la fase actual del proceso de trabajo, esta estructura de cartera de servicios es la que constituye el borrador inicial o versión 1 de la cartera de servicios de la especialidad del Medicina Preventiva y Salud Pública en los hospitales del SSPA.

En correspondencia con la metodología y proceso administrativo seguido en el SAS con las carteras de servicios de especialidades, la versión 1 debe ser revisada por los expertos que han colaborado en esta fase, de manera que puedan validar su contenido y estructura y comprobar que sus consideraciones ha sido correctamente plasmadas en dicho borrador.

Superada esta fase, comienza la evaluación externa del borrador, puesto que hasta el momento se ha mantenido en un ámbito restringido. En esta evaluación externa, el borrador de cartera es enviado a los responsables de las Unidades, en este caso de de las Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, a través de las direcciones gerencia de los centros; este trámite es importante puesto que las direcciones gerencia deben conocer que sus profesionales están trabajando en el proyecto y que es una demanda institucional.

En la fase de evaluación externa se solicita a las Unidades que revisen el contenido y estructura del borrador de cartera de servicios, realicen todas las consideraciones que vean oportunas, aporten nuevos procedimientos, señalen errores e identifiquen procedimientos obsoletos.

Se requiere también de las Unidades que marquen sobre el borrador la cartera que se realizan en sus propios centros y, cuando resulta oportuno, se solicita opinión razonada sobre el nivel hospitalario en el que debe realizarse un procedimiento (nivel I -hospitales regionales a nivel V-hospital de alta resolución).

Es posible que esta fase de revisión externa necesite más de una vuelta para decidir sobre las discrepancias detectadas en el análisis por los asesores técnicos del SAS.

Este borrador de cartera, previa autorización provisional de la Dirección General del SAS responsable de la asistencia sanitaria, es remitido a la Sociedad Científica andaluza concernida por la especialidad, a la que se pide igualmente que revise el contenido y estructura del borrador de cartera de servicios y realice todas las consideraciones que vean oportunas.

La fase final del proceso es la de autorización de la Dirección General, actualmente Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, y la difusión a la organización y a los actores interesados mediante los medios disponibles (publicación, página web, correo masivo...).



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

6.- DISCUSIÓN



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

6.1.- OBJETIVO 1. Estudiar la situación de la cartera de servicios de los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía

Los Servicios de Medicina Preventiva presentaron diferentes orientaciones en relación a las actividades que desarrollaban. Estas orientaciones iban de la mano de la procedencia u origen de estos Servicios. En el marco de los hospitales públicos de Andalucía se encontraron dos grupos de hospitales claramente diferenciados, por un lado los que pertenecían al SAS y por otro lado los que se encontraban en hospitales pertenecientes a empresas públicas o consorcios.

En los Servicios pertenecientes al SAS a su vez se encontró una nueva diferenciación de Servicios, por un lado, los Servicios que iniciaron la actividad en los hospitales públicos y que tradicionalmente y de la mano de la Microbiología habían seguido una línea predominante en higiene hospitalaria y por otro lado, habían ido surgiendo Servicios conforme habían ido apareciendo nuevas necesidades en los diferentes hospitales. En estos Servicios se objetivó que junto con la perpetuación en ellos de la higiene hospitalaria fueron ampliando sus áreas de trabajo a otra serie de actividades concentrándolas en un solo Servicio, tales como la calidad asistencial, la seguridad del paciente e incluso la documentación manteniendo registros de tumores, de enfermedades de declaración obligatoria, eventos adversos en el ámbito de seguridad del paciente, etc. Esta adquisición de nuevas áreas de trabajo en algunos hospitales puso de manifiesto una dispersión mayor de las tareas con una dedicación más selectiva de los profesionales a unas áreas que a otras.

A su vez, dependiendo del nivel asistencial, entre los hospitales del SAS se observó diferencia entre los Servicios. Los Hospitales Comarcales donde un único especialista atendía todas las actividades que estaban recogidas en su cartera de servicios teniéndola que adaptar a sus posibilidades y recursos. Los Hospitales de Especialidades donde en ocasiones un único facultativo realizaba todas las actividades de su cartera de servicios ayudado por profesionales de enfermería

mientras que en otros existía un mayor número de facultativos con un reparto de ciertas tareas dentro del Servicio. Este reparto de tareas se observó con más frecuencia en los Hospitales Regionales, donde existía un mayor número de profesionales y que tenían Especialistas Internos Residentes (EIR) de la Especialidad y en menor medida, en alguno de los Hospitales de Especialidades, con el aporte de parcela de trabajo que realizaban. En ellos se observó una especialización de los profesionales en las diferentes parcelas en las que dedicaban su labor asistencial sin olvidar por supuesto el resto de parcelas a las que dedicaban menor tiempo de su actividad.

Dentro de los hospitales del SAS se encontró otro tipo de orientaciones en base a la implantación de la Gestión Clínica, así se observaron diferentes UGC: las UGC de Atención Hospitalaria donde los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública estaban integrados con otros campos de acción de perfil similar como podrían ser Infecciosos y/o Microbiología y Parasitología; y otros integrados en UGC con campos de acción de perfiles no tan similares, como laboratorio, Farmacia o Medicina Interna. En estas UGC existía un concepto de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública más tradicional, donde una cartera de servicios tradicional de la especialidad podría tener algo de similitud con las actividades que se realizaban.

Por otro lado, encontramos las UGC Interniveles donde existía una más estrecha colaboración entre los profesionales que realizaban sus actividades en el ámbito de la Atención Primaria como Epidemiólogos o Técnicos de Promoción de la Salud, pareciendo existir un mayor control de los diferentes campos de acción de la Medicina Preventiva y Salud Pública. Las Macrounidades Intercentro-Interniveles donde se percibió la sensación de que se controla todo el amplio y diverso campo de la Medicina Preventiva y la Salud Pública en un único centro, perdiéndose el concepto aislado de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalario tradicional como un uno aislado. Aún así, aunque estas UGC compartían en todos sus Servicios hospitalarios de forma escrita la misma cartera

de servicios, su cumplimiento no era igual si nos detenemos, por ejemplo, en los Hospitales Comarcales que pertenecían a ellas, evidentemente, por la falta de recursos y las diferencias estructurales de los hospitales. En este tipo de UGC fue donde la defensa de la Gestión Clínica como un control de todo hacía difícil compartir una cartera de servicios tradicional y donde la necesidad de ampliar esa cartera de servicios se hizo evidente.

En relación con los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los hospitales pertenecientes a las empresas públicas o consorcio, sin duda el perfil fue muy diferente y respondían a los requerimientos establecidos por sus direcciones gerencias. Aún siendo todas empresas públicas, no todas estaban orientadas hacia las mismas actividades.

Se objetivó que existían empresas publicas y consorcios donde los Servicios, aunque no participaban de la Gestión Clínica, se encontraban estructurados en Servicios de Prevención acreditados o no, donde la vigilancia de la salud la realizaban especialistas en Medicina del Trabajo separando claramente el campo de la Medicina Preventiva y Salud Pública y el campo de la Medicina del Trabajo. Sin embargo, existía una colaboración mutua interdisciplinar, con participación en algunas parcelas, como podían ser campañas de promoción de la salud o en momentos de necesidad de apoyo por necesidades del Servicio.

Otra empresa pública, que refirió no participar en la vigilancia de la Salud, si dirigía en mayor o menor medida algunas de sus actividades a conexiones con la dirección y en el campo de la calidad asistencial, mientras que en otras empresas públicas ocurrió todo lo contrario, los facultativos de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública no sólo eran responsables de la vigilancia de la salud de sus trabajadores sino que a su vez realizaban la vigilancia de la salud de los Hospitales de Alta Resolución que pertenecían a la empresa pública, donde la colaboración de enfermería en este nivel periférico de Hospitales de Alta Resolución se hacía muy necesaria debido a la parcela de trabajo que se asumía de estos hospitales, no solo en relación a la vigilancia de la salud, sino también al

resto de actividades del ámbito de la especialidad que se tenían que desarrollar existiendo en estos hospitales solo un facultativo.

Ante este diverso campo de estudio, las carteras de servicios de la mayoría de los Servicios recogían prácticamente todas las actividades en mayor o en menor medida y con los recursos existentes, adaptadas para cada uno de ellos, que se encuentran publicadas por algunas Sociedades Científicas de Medicina Preventiva y Salud Pública· SEMPSPH (Gómez, *et al.*, 1999); SVMSP (Aranaz, *et al.*, 2003). A su vez, estas actividades se encuentran recogidas en el Plan Formativo de la Especialidad (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio) y en el Manual de Competencias del Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (ACSA, 2015a). El reto sería cómo integrarlas o estructurarlas en cada uno de estos campos de acción, de ahí, la pertinencia de este estudio.

Entre todos los Servicios había un nexo común en la cartera de servicios, la Higiene Hospitalaria, donde los controles de bioseguridad ambiental, legionella, etc. cubrían la parcela de Salud Ambiental de su cartera de servicios. Sin embargo, el nexo común más fuerte lo proporcionó la Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial, con una única excepción, ya que un Servicio no realizaba el control de los microorganismos multirresistentes por no tenerlo definido en su cartera de servicios. La realización de estas actividades concuerda con otras carteras de servicios publicadas (Gómez *et al.*, 1999; Aranaz *et al.* 2003) y con el Manual de Competencias (ACSA, 2015a).

A la vista de los resultados, la Vigilancia y Control de la Infección nosocomial es el ámbito más poderoso de la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública y hacia la que convergen en sus actuaciones la higiene hospitalaria mediante el control de la bioseguridad ambiental y de superficies, la esterilización, la limpieza y desinfección en un intento de controlar aquellos gérmenes patógenos que pudieran desencadenarla y el control de brotes hospitalarios recogidos en las directrices del ámbito de la Seguridad del Paciente (Consejería de Salud, 2006; Consejería de Salud. 2011) y de la Calidad Asistencial

como elemento clave en la excelencia de una organización y de un Servicio como el que ofrece la Medicina Preventiva y Salud Pública (Consejería de Salud, 2010).

La vigilancia y control de la infección nosocomial se encuentra a su vez recogida en el Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública siendo el único programa formativo de las especialidades médicas donde figura como parte de la formación en su modelo de residencia (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio). Por tanto, en base a su formación, los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública son los profesionales en el campo de la medicina más capacitados y que deberían desarrollar, sin lugar a dudas, esta labor asistencial, como a su vez reforzaba el Plan de Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales del Servicio Andaluz de Salud vigente en el momento de este estudio (SAS, 2002).

La parcela más clínica de la cartera de servicios es quizás, como también recogen otras carteras de servicios publicadas (Gómez *et al.*, 1999; Aranaz *et al.* 2003) el ámbito de la vacunación dentro de la Consulta de Medicina Preventiva. Se observó cómo había ido ampliando cada vez más sus campos de acción desde los inicios de los trasplantes de órganos sólidos, los trasplantes de progenitores hematopoyéticos, junto a la atención a pacientes inmunodeprimidos y la instauración en los últimos años de las nuevas terapias biológicas a pacientes así como, la vacunación a trabajadores con especial exposición y la vacunación a viajeros desde los Centros de Vacunación Internacional. En esta parcela, no todos los profesionales podían realizar esta actividad totalmente de una forma práctica, aunque su control teórico fuera el mismo, debido a la mayor concentración de estos pacientes en los hospitales de mayor nivel asistencial mientras que en los Hospitales Comarcales se realizaba la vacunación a pacientes esplenectomizados urgentes y algunos programados y en contadas ocasiones la atención a pacientes crónicos, ya que habitualmente son atendidos en Atención Primaria.

Sin embargo, no es menos cierto el deseo y la lucha de estos profesionales de los Hospitales Comarcales, aún teniendo una situación más precaria, por

atender solos a todas las actividades de su cartera de servicios, por introducir en ella el mayor número de pacientes de patologías muy diversas, como se comprobó que realizaban en el ámbito de los pacientes que iban a ser sometidos a las nuevas terapias biológicas.

El campo de la Vacunación Internacional, hasta ahora centralizada en Sanidad Exterior, se abre mediante encomienda de gestión (MSSSI, 2015a), a Centros de Vacunación Internacional como unidades funcionales de algunos Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, donde profesionales de estos Servicios desarrollaban su labor conforme a su formación y como indica el Programa Formativo de la Especialidad.

El proceso impulsado por la Consejería de Salud y otros organismos de integrar la Promoción de la Salud en el lugar de trabajo (Consejería de Salud, 2014) era quizás la parcela dentro de la cartera de servicios más abandonada por parte de estos profesionales. Aunque no era un abandono premeditado sino un abandono consecuencia de la falta de tiempo y de recursos que presentaban los Servicios. Sin duda, un campo por explorar en el ámbito hospitalario y al igual que en otros, dentro de la cartera de servicios, siendo los profesionales mejor dotados para realizarla. Muchos Servicios pusieron en marcha actuaciones de esta índole, creando por ejemplo consultas de deshabituación tabáquica pero tuvieron que ir suspendiéndolas por los motivos señalados. Tener un hospital dentro de la Red Andaluza de Servicios sanitarios libres de humo (RASSLH, 2013), no es solo un anagrama que lo distinga, sino un compromiso de facilitar que se promoció ese campo, se eduque al trabajador y se le facilite el acceso a una atención que permitiera a todos cumplir con ese objetivo. A nivel nacional existen hospitales, como el Hospital Vall d'Hebrón, donde el Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología tiene definida la deshabituación tabáquica como un área estratégica de atención de su cartera de servicios disponiendo de una consulta de deshabituación tabáquica, desde el año 1990, para pacientes del hospital, personal externo y trabajadores del hospital.

La promoción de la salud, sin duda está reflejada en otras carteras de servicios publicadas (Gómez *et al.*, 1999 y Aranaz *et al* 2003), en el Manual de Competencias (ACSA, 2015a) y en el Programa Formativo de la Especialidad pero se vio olvidada dentro del campo hospitalario de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalarios. Sin embargo, en las UGC Interniveles se reclamó esa parcela como una actuación propia del Servicio a través de su UGC, por tanto, de nuevo la dualidad UGC, Servicio tradicional de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalario. Como indica el plan formativo y recogen otras carteras de servicios no es de otros, sino de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, la obligación y la responsabilidad de llevarla a cabo (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio).

Es destacable como con la implantación de la Gestión Clínica en el SAS se encontró la integración de los profesionales de Promoción de la Salud, Educación para la Salud y Epidemiología en aquellas UGC Interniveles, sin duda valiosos en el desarrollo de estas actividades de la cartera de servicios a nivel de programas en la comunidad. Esta integración se observó como un brazo que unía en ambas direcciones estos dos niveles, la atención hospitalaria y la atención primaria y sus diversas actividades. Sin embargo, en aquellos Servicios que no se encontraban en estas UGC Interniveles, la integración entre ambos dispositivos no era tan evidente, aunque no podemos negar que siempre había una colaboración intensa y cordial entre estos profesionales siguiendo un modelo tradicional de participación.

No hay que olvidar el importante campo de la Vigilancia de la Salud, pero a su vez también complejo en su ejecución por parte de los Servicios, tras la publicación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995 de 8 de noviembre). En base a la Orden conjunta de las Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud (Orden de 11 de marzo de 2004), por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud y a su vez en el Procedimiento 22 (SAS, 2006b) queda determinada cual es la parcela que ocupa la Vigilancia de la Salud en la cartera de servicios de los

Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los hospitales pertenecientes al SAS, aunque no en todos los hospitales se cumplía esta Orden. Sin embargo, este ordenamiento no lo encontramos en otras Comunidades Autónomas. La SVMYPSP en su cartera de servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública en los centros hospitalarios establece la relación con el Área de prevención de riesgos laborales limitando sus actuaciones a “coordinación de las actividades de Medicina Preventiva con las del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en orden a conseguir una colaboración y actuación integrada e interdisciplinaria, asumiendo el ámbito competencial previsto en el ordenamiento jurídico” (Aranaz *et al.*, 2003).

Es cierto que entre los hospitales públicos de Andalucía se encontraban diferentes empresas públicas y consorcios, como se hizo referencia anteriormente, y estos aplicaban la gran mayoría de los Protocolos de Prevención de Riesgos Laborales del SAS o eran adaptados a las características de la empresa, pero todas ellas con orientaciones diferentes a la hora de mantener en su cartera de servicios esta actividad como ya se discutió con anterioridad. Como actividad específica de la consulta de medicina preventiva clínica se difuminó entre ambos, Medicina Preventiva y Medicina del Trabajo, la responsabilidad de la vacunación de los trabajadores expuestos a riesgos especiales junto con la atención a los accidentes biológicos en estas empresas y en algunos hospitales SAS.

En el ámbito de la Calidad participaba algún Servicio de empresa pública al igual que ocurría con aquellos Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública que pudieran tener integrada la Unidad de Calidad en su UGC. Sin embargo, aunque los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública son los únicos especialistas que tienen incluido en el Programa Formativo de la Especialidad en el ámbito de la administración sanitaria la gestión de la calidad asistencial, no todos los profesionales que realizan estas actividades son especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, aún así son muchos los profesionales de la Especialidad que realizan actividades de Calidad dentro de los hospitales, tanto en Unidades de

Calidad integradas o en Unidades de Calidad no integradas en las UGC e inclusive en los consorcios y empresas públicas.

A la vista de los resultados del estudio, aún no dedicándose a esa parcela de la calidad de forma exclusiva, aunque en el Manual de Competencias del especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados se encuentra incluida en este ámbito (ACSA, 2015a), los profesionales de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública realizaban actividades unas veces de forma sistemática y otras a demanda en el ámbito de la Calidad Asistencial y sobre todo en el campo de la Seguridad del Paciente, ya que eran los referentes en ese campo de acción para el resto de los profesionales del hospital.

En relación a la Participación Institucional, tanto en comisiones hospitalarias como asesoramiento a la dirección de los centros, SAS, Consejería de Salud, es un claro campo de colaboración en el ámbito de la administración sanitaria como recoge el Programa Formativo de la Especialidad y las carteras de servicios publicadas, que se desarrollaba por igual independientemente del nivel asistencial del hospital. Es quizás una de las parcelas de la cartera de servicios más desarrollada dentro de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalaria.

La Docencia e Investigación, quizás esta última no muy investigada en el cuestionario pero si declarada por los profesionales, se desarrollaba en todas las carteras de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública en mayor o menor medida, donde a su vez, se objetivó el apoyo tanto en docencia como en investigación del profesional de enfermería. La formación de los EIR de Medicina Preventiva y Salud Pública se encuadra como parte de la cartera de servicios. Se observó una falta de rotación de los alumnos de la Licenciatura de Medicina y Cirugía o de otros residentes, como serían los de Medicina de Familia y Comunitaria que durante tanto tiempo permanecían en el hospital en rotaciones por los diferentes Servicios y que en su día a día laboral desarrollaban abundantes

actividades de promoción, educación de la salud y prevención en sus consultas pero que sentían a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, como una gran desconocida. Los Servicios de Prevención de algunas empresas públicas hacían partícipes de formación en Medicina Preventiva a EIR de la especialidad de Medicina del Trabajo.

La Epidemiología, ya comentada anteriormente en relación a las conexiones con los epidemiólogos, tanto en el contexto de UGC como en el modelo tradicional, y la Salud Pública en el bloque de actuaciones sobre la comunidad también se concentró en las carteras de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios, algunos con el mantenimiento de los registros de tumores, de mortalidad, estudio de brotes con grupos de mejora activa o en el estudio de contactos de pacientes con enfermedades infecciosas y la declaración de enfermedades de declaración obligatoria entre otras actividades (Consejería de Salud, 2015). Es un campo que se encontró disperso en las carteras de servicios quizás porque convive mezclado con otros bloques más importantes como podrían ser la infección nosocomial, pero que realmente se realiza y sería necesario reorganizar dentro de la cartera de servicios.

Unificar todas estas actividades en un solo Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública era difícil pero fue posible, de hecho lo realizaban de forma habitual los profesionales que ejercían su labor en los Hospitales Comarcales o de Especialidades, evidentemente, con el esfuerzo de estos profesionales que se encontraban solos ante todos estos campos de acción ayudados por profesionales de enfermería y adaptándolas a sus posibilidades y recursos. Aún así, el cumplimiento de éstas actividades aportaba una visión más global y centralizada con un control pleno del profesional sobre todas sus actividades e incluso sintiéndose como el recurso al que el hospital acude en cuando surge un problema, independientemente de la índole que sea.

La integración de todas estas actividades en el Servicio Andaluz de Salud se vio, como comenté anteriormente, facilitado por la implantación de la Gestión

Clínica en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalarios que se identificaron especialmente con la Gestión Clínica y que se encontraban integrados en una UGC Interniveles o en lo que serían las macrounidades Intercentros-Interniveles con una dualidad de dispersión, pero a su vez, de centralización de las actividades.

La cuestión fundamental, después de realizar este estudio, es cómo definir la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales Públicos de Andalucía, si como una Macrounidad de Gestión Clínica, como algunos profesionales expusieron, o considerar que la estructura de UGC no debería influir a la hora de organizar la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública, como opinaban otros y continuar con el modelo de un Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalario tradicional al no encontrar modelos similares de Gestión Clínica en todos los Servicios y mucho menos en los hospitales de las empresas públicas o consorcios, donde ni si quiera participan de ese modelo y tenían sus propios modelos de gestión.

El solo hecho de constatar esta diversidad, no sólo en el desarrollo de sus actividades sino en las diferencias estructurales y de gestión de los Servicios junto a la necesidad de una toma de decisiones, entre los distintos profesionales, a la hora de definir cuál debe y de qué forma se debe estructurar una cartera de servicios tan diversa, no sólo en sus ámbitos de actuación sino también, en el contexto existente en el Servicio Andaluz de Salud, legitima y valida la realización de este estudio.

6.2.- OBJETIVO 2. Elaborar una propuesta de cartera de servicios para los Servicios y/o Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública para el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tomando como base la discusión anterior, a la hora de plantear el enfoque de cómo elaborar la propuesta de la cartera de servicios valoramos como señalamos las diferencias estructurales y de gestión de los diferentes Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Se contemplaron las demandas de los profesionales, por un lado los que consideraban como más adecuada la realización de la cartera de servicios de una UGC Interniveles de Medicina Preventiva Hospitalaria con Salud Pública en Atención Primaria y por otro lado los que consideraban como más adecuado realizar la cartera de servicios de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública enfocada al entorno hospitalario. Para ello se valoraron algunos de los datos contemplados en la Introducción en su punto 1.3.-Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Servicio Sanitario Público de Andalucía: Estructura funcional y modelo de gestión clínica, en el que se pone de manifiesto que los modelos de UGC son cambiantes en el tiempo y que pueden cambiar a cualquier modelo en relación con la convergencia con áreas de conocimiento diferentes o la convergencia en UGC Interniveles con similares áreas de conocimiento o áreas complementarias.

Se decidió la realización de la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública debido precisamente a esto, a la variabilidad, no solo en las UGC sino también, en los hospitales pertenecientes a la Agencia Sanitaria y al Consorcio Sanitario. Realizar la cartera de servicios desde este punto de vista, facilita la fusión de esta cartera de servicios con otras carteras de servicios de otras áreas de conocimiento diferentes y de áreas de conocimiento similares o complementarias en los modelos de convergencias de UGC y representa

a todos los modelos administrativos estructurales (SAS, 2015a; SAS 2015b; SAS, 2015c).

El criterio sería el mismo, en ambos casos, al realizar la cartera de servicios de una UGC Interniveles de Medicina Preventiva Hospitalaria con Salud Pública en Atención Primaria debería realizarse la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el entorno hospitalario y a su vez la cartera de servicios de todos los dispositivos de Atención Primaria, es decir Epidemiología, Promoción de la Salud y Protección de la Salud. De esta misma forma, si se contemplase una UGC en la que hubiese una convergencia de áreas de conocimientos diferentes, como por ejemplo, Infecciosas y Microbiología y Parasitología o Reumatología con Laboratorio, tendría que hacerse la cartera de cada una de las Especialidades por las que está conformada la UGC, lo que haría inalcanzable esta propuesta, y a demás porque la propuesta deja de tener validez en el momento en que el modelo de UGC cambia. De ahí que pareciera más dinámico, funcional, y duradero en el tiempo realizar la cartera de servicios de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, al igual que este modelo facilitaría un requisito fundamental de las carteras de servicios, la renovación conforme a las necesidades de sus clientes y los cambios que se producen en la Organización sanitaria (INSALUD, 2001).

Sin embargo, el hecho anterior abre un importante reto o campo de trabajo que debería implicar a los profesionales de otras especialidades como sería la oportunidad de poder recoger en sus carteras de servicios sus actividades y de verse reflejados en ellas. Como así también, en el caso de los dispositivos de Atención Primaria con sus carteras de servicios de Epidemiología, de Promoción de la Salud y lo que sería la última incorporación a las UGC Interniveles, la Protección de la Salud con la participación multidisciplinar de los Veterinarios, Farmacéuticos y Químicos.

En base a los resultados obtenidos en el Objetivo 1 se inició la elaboración de la propuesta de una cartera de servicios para la especialidad de Medicina

Preventiva y Salud Pública en el entorno del SSPA. Para ello se intentó inicialmente seguir la metodología que habitualmente se está realizando en el Servicio de cartera de servicios del SAS para la actualización de las carteras de servicios que hasta el momento del inicio del estudio se habían realizado, tales como, especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas.

Para este tipo de especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas el inicio del estudio comienza generalmente con una consulta de los datos obtenidos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) y utilizando la Codificación Internacional de Enfermedades CIE-9MC, por la que se seleccionan por Servicio de alta todos los procedimientos realizados en años previos.

La especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública se caracteriza desde su inicio por ser una especialidad amplia que capacita al profesional para la investigación, aplicación y fomento de políticas y actividades de promoción y protección de la salud, de vigilancia de la salud de la población, de identificación de sus necesidades sanitarias y de planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud como se define en su programa formativo (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio). Por tanto su campo de acción no se reduce solamente a la atención directa al paciente, mediante la realización de un procedimiento determinado o la atención a una patología concreta sino que va más allá del concepto de relación directa médico-paciente, como sería su preocupación por el entorno del paciente, el bienestar de la colectividad, o la asesoría a los organismos de gestión entre otras actividades. De ahí la dificultad de obtener indicadores de sus resultados en salud por los que guiarnos.

Reducir todas sus actividades a un registro de Procedimientos o Diagnósticos al alta sería un método inviable y pobre en sus resultados, ya que la mayoría de las actividades realizadas por un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública son difícilmente codificables mediante la Codificación Internacional de Enfermedades CIE 9-MC, de hecho, aunque se realizó esta búsqueda, solo se encontraron resultados como “vacunación” en el contexto de la acción en sí de

vacunar y en relación con sus efectos adversos; “aislamiento” entendido como ingreso para proteger al individuo de su medio ambiente o para el aislamiento de un individuo después de contacto con enfermedades infecciosas; “inmunoterapia profiláctica” como administración de antitoxina tetánica, antiveneno, inyección de inmunoglobulina Rho (D), sueros inmunes [gamma globulina]; “colonización” en relación con el estado de portador de *Estafilococo aureus* resistente o sensible a Meticilina...

La pregunta es ¿cómo se pueden codificar todas las amplias actividades que un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública realiza? o ¿cuáles pueden ser todos sus indicadores en resultados en salud? Para ello, poder disponer de las respuestas al cuestionario del Objetivo 1 sirvió como “codificación CIE 9-MC” en la medida supuesta de que “una herramienta pudiera ser comparada con la otra”. Al menos, en aquello preguntado en ese cuestionario, podíamos encontrar una serie de respuestas.

Posteriormente, se realizó una segunda fase en la que se revisaron las diferentes carteras de servicios publicadas y descargables del entorno web de los hospitales. Se observó una muy escasa publicación de las carteras de servicios de los distintos Servicios/Unidades en el entorno del SAS. Esto mismo se objetivó al consultar hospitales de otros Servicios de Salud de diferentes Comunidades Autónomas.

La duda que se plantea es la existencia o no de esas carteras escritas en los diferentes Servicios/Unidades, así como su actualización según las necesidades de sus clientes y los cambios continuos que se están produciendo en el entorno sanitario. La pregunta que lleva implícita es ¿los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública trabajan en base a sus competencias escritas, preestablecidas y conocidas por sus grupos de interés? o ¿trabajan en ocasiones, en base a peticiones sin sentido fuera de sus competencias que cualquier cliente interno y externo le propone?

Lo que sí es evidente, es la poca visualización en su contexto real y conocimiento que se tiene de las actividades que una especialidad tan preciada, completa y válida para cualquier Organización sanitaria, como es la Medicina Preventiva y Salud Pública junto a sus Servicios/Unidades y también tan desconocida hasta para aquellos EIR de la Especialidad que se acercan por primera vez a ella.

En realidad esta falta de conocimiento de los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública y sus especialistas hace que sea el Servicio/Unidad de la Organización Sanitaria al que todos acuden desde los diferentes estamentos cuando surge algún problema independientemente de la índole que sea sin contar la mayoría de las veces si se encuentra entre sus competencias.

Sin embargo, esta falta de conocimiento sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública va en contra de los propios orígenes de la Medicina y de la importancia y antigüedad de la Especialidad a lo largo de la historia, cuando era el área de conocimiento único, siendo la Especialidad más antigua de todas (Piédrola *et al.*, 2001).

Un acto de reivindicación, por parte de los profesionales, y de dignificación de la especialidad dentro de una Organización es visualizarse con claridad a sus clientes internos y externos para que conozcan qué hacen los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, y qué es en si la Especialidad, es decir posicionarnos en lo que es nuestro. Por tanto un medio adecuado, tan adecuado como cualquier otro, sería escribir nuestras carteras de servicios y publicitarlas en el entorno web de los hospitales o en cualquier tipo de medio de comunicación que se haga visible por todos aquellos que quieran o necesiten tener acceso.

No solo de esta forma se da información sobre nuestros Servicios/Unidades y orientación sobre las consultas que nos formulen o las asesorías que nos soliciten

ajustadas a nuestras competencias, sino que también se aporta calidad y transparencia a ellos.

Las Áreas de Conocimiento se definieron conforme a las áreas de trabajo de mayor entidad encontradas en el Objetivo 1 renovadas en terminología y con conceptos más actualizados que en el cuestionario realizado. De hecho, la Infección Hospitalaria pasó a llamarse en la siguiente fase como Vigilancia, Prevención y Control de las IRAS o Abordaje Integral de la Vigilancia, Prevención y Control de las IRAS y así fue sucediendo en cada una de las Áreas. Ninguna de las Áreas es casual en su terminología. Se sustenta en la evidencia de lo que hace un Servicio/Unidad y en una búsqueda de terminología en base a grandes Planes Integrales en el entorno del SAS o estrategias de Organismos Nacionales o Internacionales basados a su vez en la evidencia científica y junto en ocasiones unida a terminología relacionada con la gestión de Servicios.

Una de las discusiones que se pueden establecer sobre la definición de estas áreas de conocimiento es entre otras si procede unir el Área de Bioseguridad en el medio hospitalario con el Área de Esterilización. En este caso concreto se pueden observar dos puntos de vista.

Por un lado, algunos hospitales tienen su central de esterilización externalizada y solo en algunos Servicios/Unidades se realiza el control de calidad de los procesos de esterilización de estas centrales. En estos casos constituiría un área de trabajo que se podría obviar en su cartera de servicios siempre y cuando no recayera ninguna responsabilidad o consecuencia final sobre estos Servicios/Unidades, hecho complicado que no ocurra.

Sin embargo, en otros hospitales el personal que trabaja en ella puede tener vinculación o no con los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública pero aunque, no haya gestión directa de estos profesionales y puedan pertenecer a la Unidad de Bloque Quirúrgico o directamente de Enfermería, como se constató en el Objetivo 1, si se elaboran procedimientos, se implementan y se

evalúan. Al igual que se asume la gestión de las alertas que surjan. Precisamente es este motivo, el hecho de hacer actuaciones directas en relación con ellas lo que determina que sea un área de trabajo independiente y una competencia más independiente del modelo. Eso sí, sería muy necesario disponer de la dirección facultativa de la Central de Esterilización precisamente por ser los profesionales de la Medicina Preventiva los que asumen las alertas finalmente. Los profesionales deben ser responsables de lo que conocen, no de aquello que les llega sin avisar y sin conocer los procesos que se han aplicado para que no sucedan.

Enfrentada la propuesta a la valoración de los expertos, al crear un Bloque donde se integran Áreas consideradas con un cuerpo común de conocimientos, la Bioseguridad medioambiental y la Esterilización se tratan como Áreas al mismo nivel, por lo que concreta esta discusión anterior quedando similares a la propuesta y de forma independiente ambas.

Tras la obtención de un gran número de actividades en un listado único se fueron seleccionando lo que serían líneas de trabajo, es decir ¿qué queremos hacer o conseguir?, lo que sería la cartera de servicios en sí y especificaciones entendidas como tareas, herramientas que nos permiten conseguir lo que queremos realizar. Este modelo no es comparable a los modelos escritos de carteras de servicios de Sociedades Científicas publicados (Gómez, *et al.* 1999; Aranaz *et al.* 2003). Sin embargo, si se ha podido observar de forma aislada en alguna cartera de servicio consultadas. Lo que supone en cierta medida una innovación en la forma de estructurar la cartera de servicios de la Especialidad.

En relación con la valoración por los expertos, se crea otra innovación que sería la creación de Bloques, donde se agrupan Áreas de conocimiento realizadas en la propuesta, y en otros como es el caso de Salud Pública y Docencia las Áreas pasan a ser Bloques quedando, como ocurre con Docencia, sin Áreas de conocimiento.

Se han contemplado varias Áreas en la propuesta con una proyección de sus tareas de carácter transversal como serían Calidad, Seguridad del Paciente, Epidemiología clínica, Investigación. Como se comentó en el objetivo 1, los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública son los únicos especialistas que tienen incorporadas en su programa formativo estas competencias centradas fundamentalmente en los ámbitos de la Administración sanitaria e Investigación (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio).

El especialista recibe una importante formación en el diseño y planificación de programas, dirección de servicios sanitarios, evaluación, gestión, planificación y control, de flujos asistenciales, ética de la gestión, esto le aporta una serie de recursos metodológicos que son fundamentales a la hora de liderar grupos de mejora, comisiones asistenciales, realizar asesorías a las diferentes Unidades y a las Direcciones corporativas siendo un importante apoyo a la gestión.

Ante este desarrollo de la especialidad y a su vez de la cartera de servicios, se abre de nuevo la terminología de liderazgo como una función del especialista y el concepto de asesor o asesoría ambos incluidos en el programa formativo vigente (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio). Este concepto de la especialidad nos sitúa en un paso más allá dentro de la Organización sanitaria, que se contempla en la propuesta de cartera de servicios realizada y que parece dar oportunidad al especialista a salir de sus líneas de trabajo tradicionales, siempre y cuando se les diese participación. No solo es el especialista quien puede perder su capacitación, sino la propia Organización es la que pierde la oportunidad de disponer de su apoyo metodológico y de su capacitación en aras de conseguir la excelencia en la Organización.

Las líneas de trabajo se procuraron ordenar mediante un ciclo de mejora continuo, desde la planificación de lo que vamos a realizar, su implementación, evaluación posterior y mejora. De esta forma se pretende hacer una reevaluación continua de nuestras actividades para así obtener la excelencia en cada Área de conocimiento. Es importante a la hora de definir las valorar cuáles son los

resultados en salud que queremos obtener teniendo en cuenta la complejidad para definir sus indicadores derivada de sus campos de acción complejos y diversos, lo que requiere un análisis y reflexión profundos. .

Con respecto a la revisión de los expertos, se mantiene en un principio esta idea de utilizar el ciclo de mejora continua para el desarrollo de las líneas de trabajo en sus futuras especificaciones, ejemplo claro sería el desarrollo futuro propuesto para el Bloque de Vigilancia epidemiológica.

Establecida la propuesta de cartera de servicios existen varios aspectos a discutir, como sería su implicación en la Gestión Clínica en el entorno del SAS, los niveles asistenciales conforme a los recursos existentes, la situación en la que se ve inmersa la especialidad tras la aprobación del Proyecto de Troncalidad y la pertinencia o no de la Unidad Funcional de Salud Laboral.

En relación con la Gestión Clínica, a nivel nacional La Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias, alude expresamente a las funciones de gestión clínica en su artículo 10, que en su recientemente incorporado apartado 5, habilita al desarrollo reglamentario que, con carácter básico, permita la implantación de las unidades de gestión clínica. A su vez, se encuentra en trámites el futuro Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud (MSSSI, 2015b).

Para el Servicio Andaluz de Salud este proyecto de RD, en su redacción actual, haría libre a los profesionales de participar en la UGC con las implicaciones que podría tener la continuidad del desarrollo de la Gestión Clínica en el SAS, la cual está presente desde el trienio 1997-2000 cuando se diseñó el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y se eligió la gestión clínica como su esencia (SAS, 1999).

En los últimos años ha habido una tendencia a crearse un mayor número de UGC de los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva Hospitalaria con los dispositivos de Atención Primaria (Epidemiología, Promoción de la Salud y protección de la Salud) como se puso de manifiesto en el punto 1.3. de la Introducción, esta tendencia va de la mano del hecho de compartir campos de trabajo en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria donde los profesionales entre sí parecen sentirse más cómodos. Sin embargo, estas UGC son cada vez más complejas en sus interacciones como ocurre en las UGC Interniveles provinciales siendo la tendencia en la actualidad encaminarse hacia ellas dejando un poco aislados otros modelos como la convergencias por campos muy diversos de acción Reumatología, Hematología, en el entorno hospitalario persistiendo en algunos hospitales regionales el modelo de Medicina Preventiva con Infecciosas y Microbiología y Parasitología que parece ser el más habitual en la convergencia de dos o más unidades clínicas de diferentes áreas de conocimiento.

La importancia de tener definida una cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública queda clara cuando se vincula a la Gestión Clínica, sobre todo cuando nos introducimos en la convergencia de dos o más unidades clínicas de diferentes áreas de conocimiento en las que pueden confluír un número elevado de procesos asistenciales comunes, debiéndose producir una sinergia entre las carteras de servicios ofertadas por la unidades que forman parte de la nueva unidad donde la cartera de servicios debe vertebrar dicha convergencia (SAS, 2015b).

Una de las causas por las que en los últimos años no se están creando tantas Unidades de estas características puede ser la falta de afinidad entre los profesionales, en el sentido de que existe competencia por los pacientes o porque existe miedo a que una especialidad fagocite a la otra y los recursos vayan más para un área de conocimiento que para otro y todo esto ligado a quién vaya a ser el Director de la UGC.

Quizás una fórmula para evitar esto sería la aportada por el Informe Técnico Gestión Clínica 1. Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de UGC donde se determinan los pasos para la “Elaboración del Proyecto de Gestión para la constitución de Unidades de Intercentros o de varias Áreas de Conocimiento” donde la cartera de servicio de las unidades es el eje en el diseño de la convergencia (SAS, 2015a).

Ante la creación de estas unidades es preciso aportar por tanto transparencia en el proceso de constitución de la unidad convergente para evitar incertidumbres entre los profesionales. Es aquí, en la transparencia donde la cartera de servicios puede aportar valor a la creación de las unidades. De esta forma, dejando claro cuáles son los límites de las diferentes unidades convergentes y basados en el respeto de los profesionales por cada uno de los campos de acción de la unidad con la que convergen, de su cartera de servicios en definitiva, se disminuirían los recelos en relación con la absorción de parcelas propias en las diferentes unidades convergentes.

La fagocitación de líneas de trabajo se ha observado en algunas Unidades. En el objetivo 1 se puso de manifiesto cómo la vigilancia y control de los MMR había sido absorbida por una Unidad diferente al Servicio/Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, aunque en este caso concreto en aquel momento ambas unidades no constituían una UGC. De la misma forma, se puede entender que la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública está absorbiendo parcelas de otros profesionales como ocurre en el caso de la vigilancia de la salud de los trabajadores con los Médicos del Trabajo (Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud).

Lo que pretende la gestión clínica no es la lucha entre Unidades por sus diferentes líneas de trabajo, sino que la sinergia de sus carteras de servicios aporte valor en resultados clínicos, en eficiencia, en accesibilidad, en investigación y en desarrollo profesional (SAS, 2015b).

Por tanto, para la convergencia de las nuevas UGC es preciso disponer de una cartera de servicios bien definida, estructurada y aprobada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, de ahí la importancia entre otras de llegar a la meta de la definición concreta de la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, máxime cuando como veremos posteriormente el nuevo RD de troncalidad crea incertidumbre en la Especialidad en el momento actual.

También de esta forma, con la cartera de servicios, no solo se facilitaría el itinerario ya marcado por el Manual de Competencia de los Profesionales de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (ACSA, 2015a), sino que abriría la puerta a la iniciativa de una acreditación por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública con un manual específico para esta Especialidad, dando un paso más allá en la acreditación de estas unidades frente al Manual de Estándares de UGC actual (ACSA, 2012).

En relación con los niveles asistenciales en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, se observa que van de la mano de los recursos y de la formación de los profesionales. Para llevar a cabo la cartera de servicios propuesta no se necesita dotar a los Servicios de tecnología de alto coste, sino que lo que necesita son especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública que puedan desarrollar su programa formativo y que puedan desarrollar la cartera de servicios como se consensue entre los profesionales y se apruebe por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

En principio un profesional en un Hospital Comarcal formado en todos los ámbitos de acción de su programa formativo, tiene que realizar todas sus actividades solo con el apoyo de una o dos personas del ámbito de la enfermería. Por tanto, probablemente vaya a dedicarse a aquello que le exige como prioritario su Dirección asistencial que podrían ser programas relacionados con la vigilancia de las IRAS o estrategias como la seguridad del paciente, y sin duda tendrá que

realizar a fecha de hoy la vigilancia de la salud de los trabajadores, tan en discusión en los últimos tiempos. Sin embargo, también puede verse en la oportunidad de asesorar a la Dirección asistencial ya que está capacitado para ello. La cuestión es cuándo, cómo lo hace, porque el especialista en Medicina Preventiva lo que necesita, como hemos comentado anteriormente es tiempo y recursos humanos para poder desarrollar sus competencias, repartir tareas y poder ampliar su cartera de servicios.

De igual forma, si establecemos una cartera de servicios de máximos para los Hospitales Regionales, deberíamos dotarlo también de especialistas formados en los diferentes ámbitos de acción integrados en un mismo Servicio/Unidad y por Unidades Funcionales Dependientes dentro de ellos en cada una de sus Áreas. De nada serviría que la Dirección asistencial le solicitara asesoría en aspectos relacionados con la gestión o le pidiera apoyo metodológico si no le ha dotado previamente. De nuevo, por tanto, la dualidad formación y recursos en la cartera de servicios.

Hacia dónde va la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública con el nuevo RD 639/2014, por el que se regula la Troncalidad. En principio, de forma sencilla, a obtener una adecuada formación clínica, durante sus dos años en el tronco médico. Esto parece muy alejado de lo que precisa el desarrollo de sus competencias por parte del programa formativo vigente (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio). Recibirá una formación clínica amplia, sin conocer muy bien qué utilidad le va a aportar en relación con sus competencias establecidas, pero no recibirá la formación adecuada que le capacite para desempeñar lo que son sus actividades diarias en sus Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, por tanto, su desempeño será deficiente.

Se supone que al situar a esta especialidad en el tronco médico se debió haber realizado un mapa de sus competencias para ver las competencias compartidas con las otras especialidades de este tronco médico cuya similitud no encontramos en el programa formativo vigente. Sobre este programa formativo no

se ha realizado una evaluación que pudiera indicar la necesidad de reestructurar el mismo, quizás porque no se ha estimado necesaria. De ahí, la importancia no solo de, tener un completo Programa Formativo como el que se tiene actualmente, sino la necesidad de disponer de una cartera de servicios de la Especialidad no solo a nivel de los Servicios de Salud de la Comunidades Autónomas, sino también a nivel Nacional, que vertebre y oriente el desarrollo de sus competencias durante el tránsito del especialista por el tronco médico. Qué es lo que tengo que desarrollar en el futuro y después cómo lo voy a aprender.

A su vez los EIR de Medicina Preventiva y Salud Pública a fecha de hoy, ya abordan como comentamos en la Introducción en el punto 1.4., los problemas de salud de una manera integral a través de un modelo biopsicosocial más amplio que el modelo bioclínico. Al igual que, el objetivo que propone el nuevo RD en el que los EIR trabajen con un enfoque multidisciplinar y multiprofesional, se viene realizando desde hace bastantes años y a diario en una especialidad como esta, donde son valores intrínsecos en sí misma y se consideraría de hecho un objetivo ya superado (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio). Por tanto, el Modelo de Troncalidad supone para esta Especialidad un paso atrás y desde luego no aporta a día de hoy ninguna innovación en la adquisición de las competencias que un EIR de esta Especialidad debe adquirir para su labor futura.

La cuestión es cómo introducir en dos años un programa formativo que se desarrolla en buena parte fuera del entorno hospitalario. Hubiese sido más adecuado haber dejado a esta especialidad como no troncal y aprovechar la realización de estancias formativas o rotaciones en especialidades afines para el periodo establecido, en este caso rotar entonces por especialidades complementarias e importantes para la formación como la Microbiología y Parasitología o la Unidades de Enfermedades Infecciosas.

Si queremos responder a la cartera de servicios propuesta deberían los agentes implicados o responsables de la reordenación formativa conocerla y adaptar su planteamiento a ella. De hecho, una hipótesis de readaptación sería

realizar la formación de la primera etapa que habitualmente se realiza en una Escuela de Salud Pública como Curso Superior en Salud Pública en un formato online y semipresencial, en el que el EIR podría aprovechar sus horas de atención continuada en realizar las actividades concernientes a él durante su periodo en el tronco médico. En el caso de la Unidad Docente de Andalucía, dependiendo del hospital donde el EIR esté realizando su formación, la distancia existente con la Escuela Andaluza de Salud Pública, donde actualmente se realiza el Curso Superior en Salud Pública, puede ser importante, por lo que sería un formato adecuado para ellos. Sin embargo, solo conseguirían tener un título oficial sin más, pero se perdería la esencia del debate, el conocimiento de la Salud Pública desde uno de sus puntos neurálgicos con el consiguiente paso atrás en su visión multidisciplinar y multiprofesional, supuesto objetivo de la Troncalidad.

La segunda etapa, podría ser integrada una parte de ella en las rotaciones por el tronco médico, pero el resto del tiempo para qué necesitamos transitar por ejemplo, en Unidades de Enfermedades Infecciosas cuando posteriormente no vamos a ser habilitados para el acceso a esta área de capacitación específica. Sinceramente, podría considerarse una pérdida de tiempo cuando se están dejando de adquirir las competencias que marca el programa formativo de la Especialidad.

La tercera etapa con parte de la segunda debería concentrarse en dos años con reducciones en el tiempo de rotación por los dispositivos de Atención Primaria tan importantes y necesarios para estos especialistas, como el paso por Unidades de Investigación, Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria, y en Unidades de Administración y Gestión algo que a su vez de nuevo aportaría una formación deficiente.

La cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública debe ser una cartera de servicios por definición flexible y adaptable en el tiempo a las necesidades de sus clientes internos y externos, pero no debería cambiar en contra de lo que es la esencia de una cartera de servicios. Por tanto, habrá que reordenar la formación de los especialistas a ella y no ella a la formación

de los especialistas. De ahí la importancia de definirla y consensuarla a día de hoy por sus especialistas para poner una base sólida junto al programa formativo vigente en esa reordenación de esta formación (Orden SCO/1980/2005, 6 de junio).

La Unidad Funcional Dependiente de Salud Laboral en el SAS, en la actualidad se regula en base a la Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud, como ya especificamos en la Introducción en su punto 1.3. Como se comentó, en la actualidad es un tema a debate en relación con si estas actividades deben pertenecer o no a la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública ya que si nos comparamos con el resto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas este modelo no se encuentra en ellos (Aranaz *et al.*, 2003).

Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública con el paso de los años, y ante la oportunidad de desarrollarse en otras competencias de la especialidad más atractivas para ellos como sería la asesoría a las direcciones corporativas entre otras y ante la situación que se plantea con el RD 639/2014, por el que se regula la Troncalidad en la formación de los especialistas, con la pérdida de tiempo para formarse en sus diferentes ámbitos de acción son cada vez más partidarios de establecerla como una Unidad Funcional Dependiente de los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública pero a cargo de los especialistas en Medicina del Trabajo, los cuales si han recibido la formación para ello, de esta forma volveríamos al modelo multiprofesional y multidisciplinar que propone el Modelo de Troncalidad.

Se plantea como comentamos, mantener la estructura de Unidad Funcional Dependiente pero participando en labores de coordinación, asesoría, formación, gestión en la toma de decisiones y participación institucional pero dejando a un lado las labores específicas y directas relacionadas con la vigilancia de la salud del

trabajador. De esta forma se cederían competencias actuales derivadas de la Orden, se ganaría tiempo en la formación de los especialistas en el Modelo de Troncalidad y a su vez existiría más tiempo para dedicarse a sus competencias reales establecidas por su programa formativo. De esta forma, también se regularía la discordancia que existe entre los diferentes Servicios/Unidades SAS, la Agencia Sanitaria y Consorcio Sanitario junto a la unificación de criterios con otros Servicios de Salud Autonómicos (Aranaz *et al.*, 2003).

Esta propuesta se vería avalada por la estructura funcional del SAS, anterior a la constitución de las UGC, con la definición de Servicios/Unidades. Mediante ella se contempla el hecho que en ocasiones la Unidad no corresponde exactamente con el de la especialidad de manera que se puedan integrar otras como podría ser la Medicina del Trabajo (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2005).

Aún con todo esto, se mantiene en la propuesta de cartera de servicios como una parte de las actividades de los especialistas en las Unidades de Prevención 2 y 3, ya que realmente así es como está establecido mediante la Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud, independientemente del desacuerdo y debate que en la actualidad existe con respecto a estas competencias asignadas

La revisión de la propuesta por los expertos reafirma los puntos definidos anteriormente, siendo partidarios de funciones de coordinación y colaboración con Medicina del Trabajo en aquellos aspectos relacionados con la Medicina Preventiva y Salud Pública.

La propuesta de la revisión de expertos de introducir la salud laboral en el Bloque de actividad asistencial es coherente con la esencia de la asistencia sanitaria que se le proporciona al trabajador y en principio se asume, aunque aún queda por discutir, la cartera propuesta para la Unidad Funcional de Salud Laboral.

En este punto se observa la incoherencia de introducirnos como especialidad en el tronco médico en el nuevo Modelo de Troncalidad, cuando observamos cómo el Bloque de Actividad asistencial quedaría reducido a las Áreas de Medicina preventiva clínica y Vacunación una vez cedidas las competencias a Medicina del Trabajo.

Este trabajo en sus dos Objetivos Generales ha sido el primer estudio que se ha realizado en el entorno sanitario del Servicio Andaluz de Salud en relación a la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Lo que conlleva enfrentarse por primera vez a un número de actividades y servicios tan amplios como los que ofrece esta Especialidad con diversos y diferentes campos de acción y con Servicios/Unidades de diferente tipología. La reordenación de las Áreas en Bloques tras el consenso de expertos facilita una visión amplia y una reordenación coherente de las funciones y cumple con uno de los requisitos de una cartera de servicios, facilitar la evaluación de sus resultados.

Ante las diferentes implicaciones que hemos ido desglosando se estima la pertinencia de este estudio y la de definir por primera vez una propuesta de cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el entorno del SSPA y posteriormente llegando a un consenso entre los profesionales, hacerla firme y elevarla a la aprobación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, el cual es el fin último de este estudio. Al igual que poder ser la base para una cartera de servicios de la Especialidad a nivel Nacional.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

7. LIMITACIONES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

En relación al **Objetivo General 1**, para la realización de este estudio se elaboró un cuestionario (Anexo III), con el mejor criterio e implicación por parte de aquellas personas que participaron en su diseño. Posteriormente, revisado y ampliado por varios especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. El cuestionario que se obtuvo de este proceso de elaboración fue amplio en el número de preguntas, lo que conllevó que el profesional de Medicina Preventiva y Salud Pública entrevistado en los diferentes hospitales, en la gran mayoría de las veces, en su jornada laboral, se sometiera a una entrevista de aproximadamente una hora de duración. Esto pudo haber influido sobre todo en esa parte final, en alguna ocasión en la precisión de las respuestas.

La presencia de preguntas con respuesta abierta en un estudio que se estructuró con un diseño cuantitativo conllevó la dificultad de unificar el discurso de los profesionales con el mejor criterio posible. Inicialmente se realizó un análisis cualitativo, para poder realizar grupos con los diferentes contenidos de los discursos y posteriormente poder cuantificar cada uno de esos grupos, con los sesgos a la hora de interpretar los discursos que esto pudo llevar consigo. Inclusive algunas respuestas fueron imposibles de agrupar, ya que cada respuesta constituía una variable diferente. Esto llevó a que a la hora de presentarlas en los resultados se hiciera mediante un listado en los anexos. Preguntas con respuesta abierta del tipo "Indique el tipo de control", tras la consideración de un Servicio de que controlaba un determinado protocolo, algunos profesionales consideraron, por ejemplo, que con una vigilancia indirecta del protocolo lo controlaban, mientras que otros haciendo la misma vigilancia no consideraban que lo controlasen, de ahí la variabilidad de las opiniones de los profesionales en estas preguntas, eso sí, respetando en todo momento el sí o el no del profesional.

La pretensión del trabajo de intentar explorar las máximas actividades posibles recopiló un volumen muy importante de información y encontró para una misma pregunta infinidad de respuestas con diferentes detalles, lo que impidió recoger una respuesta dicotómica si/no debido a la variabilidad en la actuación

ante una misma actividad en los diferentes Servicios. Esto llevó a veces por la forma elegida para tratar los datos a decantarse por un sí o un no que a su vez tenían muchos detalles, variantes o salvedades con pérdida de información detallada pero recogida en la base de datos y tablas por si fuese necesario aclarar ciertas decisiones.

El cuestionario aunque fue revisado por expertos en Medicina Preventiva y Salud Pública, no se pilotó previamente antes del inicio del estudio. El pilotaje se realizó con las primeras entrevistas, objetivándose que algunas preguntas, ante comentarios de profesionales, no estaban bien estructuradas en su diseño o no referían realmente lo que querían preguntar. Esto obligó a modelar dichas preguntas o a introducir nuevas que ayudaran a continuar con el desarrollo del cuestionario.

En relación al bloque de preguntas sobre Vigilancia de la Salud, fue necesario preguntar si se realizaba o no esta actividad. Preguntar directamente si se realizaba el Protocolo 22 (Vigilancia de la Salud) conlleva muchas precisiones por parte de los profesionales y no un único sí o no.

En relación a PVCIN, la pregunta P.2.3.1. Realiza todo el plan o solo los indicadores básicos para muchos profesionales no fue del todo una pregunta clara en los conceptos.

La pregunta P.2.5.1 sobre que microorganismos multirresistentes vigilaban, tuvo una única respuesta, “todos los del plan”, solo que algunos profesionales indicaron “pero yo por las características de mi hospital, vigilo con especial interés...” Lo que hizo continuar preguntando este comentario.

La pregunta P.2.5.2 ¿Qué lugares de colonización se muestrea? Podría haber sido más completa o haber aportado más información si se hubiesen precisado los lugares muestreados dependiendo del microorganismo multirresistente que se estuviese vigilando.

La pregunta P.3.4 Participa en el informe de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales C.A.T.I., fue conflictiva a la hora de la respuesta ya que debería haber sido formulada mediante dos preguntas

- 1.- ¿Cuál es su participación en el Procedimiento 04 (Accidentes de trabajo o incidentes)?
- 2.- ¿Realiza el Procedimiento 29 (Comunicación de sospecha de enfermedad profesional)?

En este supuesto las respuestas que se derivaron de los comentarios de los profesionales fueron, en el Procedimiento 04, que participaban en la atención al accidente biológico y en relación al Procedimiento 29, que si lo realizaban.

En relación a la Consulta de Medicina Preventiva, en lo que se refería a los protocolos de vacunaciones, preguntar qué vacunas se dispone en el Servicio para pacientes y/o trabajadores, provocaba indicar el protocolo del hospital o recitar protocolos ya establecidos. Quizás saber que pacientes estaban vacunando en el Servicio o saber a qué vacunas se tiene acceso en el Servicio podría aportar más información sobre las actividades realizadas por los profesionales.

Ante las preguntas del Área de Calidad fue necesario inicialmente preguntar si tenían Unidad de Calidad en el hospital y si estaba o no integrada o vinculada en su Servicio. En un Servicio que tuviese integrada la calidad en su cartera de servicios, el profesional contestaría afirmativamente a casi todas las preguntas de calidad, teniendo un valor diferente aquella respuesta afirmativa a una pregunta de calidad por un profesional que no tuviese integrada esa actividad en su Servicio pero que, sin embargo, la realizaba o intenta realizarla, lo que aportó información sobre la capacitación para realizar estas actividades independientemente de las características del Servicio.

Algunas entrevistas se realizaron por teléfono, en ocasiones, ante la dificultad de conseguir coincidir con todos los profesionales en las rutas que se

establecieron de entrevistas por las diferentes provincias. Algunos profesionales estaban de vacaciones en esos momentos y esta fue la única forma de entrevista a veces posible para poder conseguir los 34 Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Esto sucedió, fundamentalmente, en aquellos hospitales que disponían de un solo profesional. Aún así, hubo una muy buena atención por parte de ellos, inclusive en horario fuera de la jornada laboral y en vacaciones, sin evidenciarse diferencia en los resultados obtenidos en este tipo de entrevista frente a la entrevista personalizada.

A la hora de reproducir este estudio, debería realizarse con un cuestionario reflexionado y consensuado durante un periodo de tiempo adecuado por expertos en los diferentes ámbitos de la Medicina Preventiva y Salud Pública. Validado y pilotado previamente antes del inicio de las entrevistas. El número de preguntas debería ser más reducido si se pretende reproducir a través de una entrevista personalizada por la duración de ella para el profesional entrevistado. Sin dejar preguntas con respuesta abiertas, excepto la última “Otras actividades realizadas”, que enriquecería la recogida de datos que el cuestionario por sí sólo no pudiese recoger.

Este trabajo recogió, en cierta medida, un gran número de actividades que se encuentran en la cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. No es sólo recoger lo que ya sabemos que existe, sino recoger algo más lo que va a permitir desarrollar y definir la cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los hospitales públicos de Andalucía.

En relación al **Objetivo General 2**, hay que tener en cuenta que se realizó 3 años después de haber finalizado el Objetivo General 1 pudiendo no ajustarse perfectamente a la realidad el número de actividades que unos u otros Servicios realizan.

Sin embargo, las actividades recogidas en el cuestionario siguen siendo validadas a día de hoy excepto en una de sus preguntas ya que a fecha de hoy no podría formularse de la siguiente forma.

P2.3 ¿Realiza el Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (PVCIN) del Servicio Andaluz de Salud? Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P2.3.1 ¿Realiza todo el plan?

¿Solamente los indicadores básicos?

En la actualidad el PVCIN ha sido sustituido por el Programa Integral de Prevención, Control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Uso Apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA), lo que supone una pérdida de información a este respecto ya que en el Objetivo General 1 uno de los hospitales no realizaba este plan, desconociendo si en la actualidad realiza el nuevo programa integral (SAS, 2014).

La propuesta de cartera de servicios se realiza inicialmente para el entorno del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con las peculiaridades que presenta como por ejemplo en relación a la salud laboral ya que esta parcela de trabajo no sería extrapolable a los Servicios Sanitarios de otras Comunidades Autónomas.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

8. CONCLUSIONES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

1.- Se ha constatado una gran variabilidad en los Servicios/Unidades de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el SSPA, no solo a nivel estructural administrativo (SAS; Agencia Sanitaria, Consorcio Sanitario) sino también por la poca uniformidad en las actividades que se realizan en hospitales de nivel similar.

2.- Las áreas de conocimiento que mayor peso tienen dentro de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en el SSPA son la Vigilancia, prevención y control de las IRAS, y la Vigilancia de la Salud, siendo la Promoción de la Salud la menos desarrollada en el entorno hospitalario. Como Área transversal proponemos posicionar la de Calidad Asistencial en relación a asesorías a la Dirección asistencial y UGC como área preferente.

3.- La Vigilancia de la Salud de los Trabajadores dentro de la Unidad Funcional de Salud Laboral en relación al control directo con el trabajador se considera por la gran mayoría de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública una competencia propia de la especialidad de Medicina del Trabajo aunque tradicionalmente viene siendo desarrollada por el especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

4.- La existencia de recursos deficientes y muy variables en los diferentes hospitales del SSPA dificulta la posibilidad de desempeñar todas las competencias para las que un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública está capacitado por su plan de formación MIR.

5.- La cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública es indispensable en la creación y funcionamiento de nuevas UGC, especialmente en aquellas en las que convergen Unidades de diferentes áreas de conocimiento ante la evidente competitividad de algunas de sus líneas de trabajo.

6.- La cartera de servicios de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública debe vertebrar el programa de formación del especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública en el nuevo modelo de troncalidad aunque nos parece muy difícil conseguir sus competencias en solo dos años de formación específica. Por ello nos mantenemos en la propuesta de defender nuestra especialidad como no troncal.

7.- Las numerosas y diversas líneas de trabajo que hemos recogido en nuestra propuesta de cartera, precisan que se estratifiquen dichas competencias de forma racional de acuerdo a los recursos disponibles.

9. BIBLIOGRAFÍA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

1. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Manual de estándares de Unidades de Gestión Clínica [Internet]. Andalucía: ACSA; 2012. [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/wp-content/uploads/2015/08/Manual_UGC_ME5_1_06.pdf
2. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Manual de competencias profesionales Médico/a especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública [Internet]. Andalucía: ACSA; 2015a [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/export/sites/acs/.content/galerias/documentos/documentos-certificacion/Profesionales/nuevos-manuales2015/Manual_Competicencias_Medico_Especialista_Medicina_Preventiva_Salud_Publica_ME156_03.pdf
3. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Manual de Estándares. Centros Hospitalarios [Internet]. Andalucía: ACSA; 2015b [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/wp-content/uploads/2015/11/Manual-de-Estandares-de-Hospitales.pdf>
4. American Board of Preventive Medicine (ABPM) [Internet]. Chicago: ABPM; enero 2015. Board Certification; [acceso 10 de noviembre de 2015]; [2 pantallas]. URL: <https://www.theabpm.org/certification.cfm>
5. Aranaz, J.M., Pérez, M.V., Mayordomo, C., Navarro, J.F., Tenías, J.M., Segarra, L., *et al.* La cartera de servicios de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospitalarios de la Comunidad Valenciana. *Medicina Preventiva* 2003; IX (4):20-24.
6. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del paciente 2006-2010 [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2006 [acceso 10 de Noviembre

- de 2015]. URL: http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf
7. Consejería de Salud. Un espacio compartido. Plan de Calidad 2010-2014. Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2010 [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL <http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddelSSPA2010-2014.pdf>
 8. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2011 [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriosseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf
 9. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Promoción de la Salud en el lugar de trabajo. Documento informativo para empresas y centros de la administración [Internet]. Andalucía: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [acceso 10 de Noviembre de 2015]. URL: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1998/1/PromocionSalud_LugarTrabajo_2014.pdf
 10. Consejería de Salud [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2015. Salud Pública; [acceso 10 de Noviembre de 2015]; [2 pantallas]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&menu=S
 11. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, (29-12-1978).

12. Decreto 2766/1967 de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 284, (28-11-1967).
13. Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales. Redactado según modificación llevada a cabo por Decreto 462/1996 de 8 de octubre Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 127, (05-11-1996).
14. Decreto 241/2004 de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 99, (21-05-2004).
15. Decreto 140/2013 de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 193, (02-10-2013).
16. Decreto 208/2015 de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud a la Consejería de Salud. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 136, (15-07-2015).
17. De Juanes, JR. y Domínguez Rojas, V. Los Servicios de Medicina Preventiva. Organización y funciones. Med Segur Trab.1990; 147: 18-23.
18. De la Lama, J. Panorama actual de la Medicina Preventiva y la Higiene Hospitalarias. Higiene y Prevención 1988; 7-11.
19. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Cartera de Servicios de Asistencia Especializada 2004 y Cartera de Servicios por Procesos Asistenciales Integrados (Mapa 1). Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2005.

20. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»). Diario Oficial de la Unión Europea, núm. 354, (28-12-2013).
21. Goiri F. El primer paso de la troncalidad suscita dudas y malestar en varias especialidades. Diario Medico. 2 de noviembre de 2015 [consultado 20/06/2012]. URL: <http://www.diariomedico.com/2015/11/02/area-profesional/profesion/el-primer-paso-de-la-troncalidad-suscita-dudas-y-malestar-en-varias-especialidades>
22. Gómez, L., González, C., del Rey, J., García-Caballero, J., Arribas, J.L., de Juanes, J., et al. Cartera de Servicios. Especialidad: Medicina Preventiva y Salud Pública. Medicina Preventiva 1999; 2(2): 20-22.
23. Hospital Vall d'Hebron [Internet]. Barcelona: Instituto Catalán de la Salud; 2015. Medicina Preventiva y Epidemiología; [acceso 10 de Noviembre de 2015]; [1 pantalla].URL: <http://www.vhebron.net/es/medicina-preventiva>
24. Instituto Nacional de Previsión (INP). Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid: INP; 1972.
25. Instituto Nacional de Previsión (INP). Medicina Preventiva de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social. Oficio Circular 5/1973. Madrid: INP; 1973.
26. Instituto Nacional de Previsión (INP). Medicina Preventiva de las Instituciones de la Seguridad Social para el personal dependiente del Instituto Nacional de Previsión. Circular 17/1976. Madrid: INP; 1976.

27. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Secretaría General. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: INSALUD; 1995.
28. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Supervisoras de Higiene Hospitalaria. Norma Circular 5-12-79. Madrid: INSALUD; 1979.
29. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Memoria año 1979. Madrid: INSALUD; 1980a.
30. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Actividades de higiene y medicina preventiva en los hospitales y normativa y competencias de los servicios generales clínicos de medicina preventiva. Circular 3/1980. Madrid: INSALUD; 1980b.
31. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Subdirección General de Coordinación administrativa. Evaluación de la Cartera de Servicios. Manual de procedimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
32. Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. Boletín Oficial del Estado, núm. 361, (27-12-1942).
33. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Oficial del Estado, núm. 331, (2-1-1944).
34. Ley de 20 de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas. Boletín Oficial del Estado, núm. 202, (21-07-1955).
35. Ley 193/1963 de 28 diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 312, (30-12-1963).
36. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. núm. 102, (29-04-1986).

37. Ley 12/1989 de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública. Boletín Oficial del Estado, núm.112, (11-05-1989).
38. Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Boletín Oficial del Estado, núm. 185, (04-08-1998).
39. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, (10-10-1995).
40. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, (15-11-2002).
41. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. núm. 128, (29-05-2003).
42. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, (22-11-2003).
43. Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm. 240, (05-10-2011).
44. Martínez Navarro, JF. Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX. Rev. San. HIN. Púb.1994; 68: 29-43.
45. Martínez Navarro, F., Antó, J.M., Castellanos, P.L., Gili, M., Marset, P., Navarro, V. Salud Pública. Madrid: Mc Graw-Hill – Interamericana de España, S.A.U.; 1998.
46. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI; 2015a. Centros de Vacunación Internacional; [acceso 10 de Noviembre de 2015]; [18 pantallas]. URL:

- <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm>
47. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015b [acceso 10 de noviembre de 2015]. URL: <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Rdgestionclinica.pdf>
 48. Modelo EFQM de excelencia 2010. Gestión E/i. EFQM; 2010.
 49. Mozota, E., Fernández, R., Hornas, P., Larrauri, N., Velasco, E., Salmón, A. et al. Replanteamiento en las actividades de los Servicios de Medicina Preventiva. *Todo Hospital* 1997; 42: 69-71.
 50. Murard, L. Atlantic crossings in the measurement of health. From US appraisals froms to the League of Nation´health indices. En: Berridge V, Loughilin K, eds. *Medicina, the market and the mass media. Producing health in the twentieth century*, London: Routledge; 2005.
 51. Orden de 11 de febrero de 1981, por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio y sus nuevas denominaciones, y se recoge el sistema transitorio de concesión del Título de Especialista a quienes hayan iniciado la formación antes del 1 de enero de 1980. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 43, (19-02-1981).
 52. Orden de 11 de marzo de 2004, conjunta de la Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico y de Salud, por la que se crean las Unidades de Prevención en los Centros Asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 57, (17-03-2004).

53. Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm. 152, (27-06-2005).
54. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. Boletín Oficial del Estado, núm. 56, (05-03-2008).
55. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1986 [acceso 10 de Noviembre de 2015].
URL:
http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf
56. Piédrola Gil, G., Domínguez Carmona, M., Cortina Creus, P., Gálvez Vargas, R., Sierra López, A. Saéñz González, M.C., Gómez López, L.I., et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ª ed. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1988.
57. Piédrola Gil, G., del Rey Calero, J., Domínguez Carmona, M., Cortina Creus, P., Gálvez Vargas, R., Sierra López, A., et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1991.
58. Pittaluga, G. La Constitución de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid. España: Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad 1930; núm.1.
59. Porras Gallo, M.I. Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 1998; 18: 81-105.

60. Real Decreto 2015/1978 de 15 julio de 1978, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. Boletín Oficial del Estado, núm. 206, (29-08-1978).
61. Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado, núm. 26, (31-01-1984).
62. Real Decreto 521/1987 de 15 de abril, por el que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 91, (16-04-1987).
63. Real Decreto 139/2003 de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. Boletín Oficial del Estado nº 39, (14-02-2003).
64. Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialidades en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 240, (07-10-2006).
65. Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm. 98, (24-04-2012).
66. Real Decreto 639/2014 de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y a otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Boletín Oficial del Estado, núm. 190, (06-08-2014).

67. Red Andaluza de Servicios sanitarios libres de humo (RASSLH). Manual de acogida de la Red andaluza de Servicios sanitarios libres de Humo [Internet]. Andalucía: RASSLH; 2013 [consultado 10/11/2015]. URL: [http://www.ensh.org/docs/38-2015%20\(Spanish\)_Wellcome%20Handbook%20to%20the%20RASSLH%20for%20hospitals%20and%20primary%20health%20care%20centres.pdf](http://www.ensh.org/docs/38-2015%20(Spanish)_Wellcome%20Handbook%20to%20the%20RASSLH%20for%20hospitals%20and%20primary%20health%20care%20centres.pdf)
68. Rodríguez Ocaña, E., Por la Salud de las Naciones, Higiene, Microbiología Y Medicina Social [Historia de la Ciencia y de la Técnica, nº 45] Madrid: Editorial Alka, 1992.
69. Rodríguez Ocaña, E., Bernabeu, J. Physicians and Statisticians. Two ways of creating the demographic health statistics in Spain, 1841-1936. *Continuity and Change*, 1997; 12 (2): 156-179.
70. Rodríguez Ocaña E, Molero Mesa J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo veinte en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel L, coord. La salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico. Madrid: Editorial Complutense, 1993.
71. Rodríguez Ocaña, E., Martínez Navarro, F. Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Nueva Salud Pública.1. España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008.
72. Rubia, F.J. (coord.), García, P., Segovia, J.M., Velarde, J., Baca, E. Cainzos, M. et al. Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español. Madrid: Academia Europea de Ciencias y Artes; 2011.
73. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plan Estratégico. Una propuesta de gestión clínica diferenciada [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 1999 [acceso 10 de noviembre de 2015]. URL:

- <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/10/pdf/plansas.pdf>
74. Servicio Andaluz de Salud. Plan de vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Andalucía: SAS; 2002 [acceso 10 de noviembre de 2015]. URL: <http://www.sampac.es/sites/default/files/docs/plan-in.pdf>
75. SAS. Resolución de la Dirección General de la Asistencia Sanitaria 1545/06, de 11 de diciembre, sobre Catálogo de Servicios/Equipos funcionales de Asistencia Especializada en el Servicio Andaluz de Salud [Internet] Andalucía: SAS; 2006a [consultado 10/11/2015]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/servicios/especializada_cartservicios.pdf
76. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Prevención de Riesgos Laborales. Vigilancia de la Salud. Procedimiento 22 [Internet]. Andalucía: SAS; 2006b [acceso 10 de noviembre de 2015]. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/profesionales/PrevencionRL/./SegLaboral/ProcAprobados/Documentos/P22/Procedimiento.pdf>
77. Servicio Andaluz de Salud. Borrador de Proyecto de Decreto de Ordenación y Regulación de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Andalucía: SAS; 2011 [acceso 20 de 06 de 2012]. URL: <http://www.smacor.com/decreto%20ugc/Borrador%20del%20Proyecto%20de%20Decreto%20de%20Ordenaci%C3%B3n%20y%20Regulaci%C3%B3n%20de%20la%20Gesti%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica%20en%20el%20SAS.pdf>
78. Servicio Andaluz de Salud. Programa integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, y uso apropiado de los

- antimicrobianos [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2014 [acceso 10 de noviembre de 2015]. URL: http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/pirasoa/ProgPIRASOA_20140404.pdf
79. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de UGC. Andalucía: SAS, CISPS; 2015a. Informe técnico de Gestión clínica 1.
80. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Marco actual de desarrollo de la gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Andalucía: SAS, CISPS; 2015b. Informe técnico de Gestión clínica 2.
81. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Gestión Clínica. Andalucía: SAS, CISPS; 2015c. Informe técnico de Gestión clínica 3.
82. Servicio Andaluz de Salud (SAS) [Internet]. Andalucía: SAS. Junta de Andalucía; 7 de Octubre 2015d. Cartera de Servicios; [acceso 10 de noviembre de 2015]; [1 pantalla]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_servicios
83. Sierra López, A., Saénz González, MC., Fernández-Crehuet Navajas, J., Salleras Sanmartín, LL., Cueto Espinar, A., Gestal Otero, J., et al. (Dirs). Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. España: Elsevier; 2008.
84. Torres, M., Arina, P., Escobar, E., López, A. y Palos, ML. (2000). Enfermería en los servicios de Medicina Preventiva: funciones, actividades, responsabilidades. ANALES Sis San Navarra.2000; 42 Supl. 2: 31-36.

85. Villalbí, J.R., Pérez-Albarracín, G, Delgado-Rodríguez, M. La formación en España de Médicos especialistas en Medicina Preventiva. Rev Esp Salud Pública 2011; 84: 507-512.
86. Weinding P. From Moral Exhaustion to the Public Health, 1918-45. En: Rodriguez Ocaña, E, Ed. The Politics of the healthy Life, an International Perspective. Sheffield: EAHMH Publications, 2002.
87. Weinding P. Interwar morbidity surveys: communities as health experiments. En: Borowy I, Grune WD, eds Facing illness in troubled times. Health in Europe in the interwar years 1918-1939. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

10.- ANEXOS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ANEXO I.

ESTRUCTURA ORGANICA. CENTROS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCIA POR PROVINCIAS.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ESTRUCTURA ORGÁNICA. CENTROS

Estructura organizativa	
Áreas de gestión sanitaria	14
Áreas hospitalarias	11
Agencias sanitarias y Consorcio hospitalario	5
Centros	
Hospitales regionales	9
Hospitales de especialidades	8
Hospitales comarcales	17
Hospitales de Alta Resolución	13

Fuente: La atención hospitalaria en el Servicio Andaluz de Salud. Centros. 2015. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

CENTROS DEL SSPA POR PROVINCIAS AÑO 2012.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Almería	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Torrecárdenas	Hospital de especialidades
Hospital de Poniente-El Ejido	Hospital comarcal
Hospital La Inmaculada (Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería)	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución El Toyo	HARE

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Cádiz	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Jerez de la Frontera	Hospital de especialidades
Hospital La Línea (Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar)	Hospital de especialidades
Hospital Puerta del Mar	Hospital de especialidades
Hospital Puerto Real	Hospital de especialidades
Hospital Punta de Europa (Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Córdoba	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Reina Sofía	Hospital regional
Hospital de Montilla	Hospital comarcal
Hospital Infanta Margarita	Hospital comarcal
Hospital Valle de los Pedroches (Área Sanitaria Norte de Córdoba)	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Puente Genil	HARE
Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato	HARE

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Huelva	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Juan Ramón Jiménez	Hospital de especialidades
Hospital Infanta Elena	Hospital comarcal
Hospital Riotinto (Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Jaén	
Nombre del centro	Tipo de centro
Complejo Hospitalario de Jaén	Hospital de especialidades
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar	Hospital comarcal
Hospital San Agustín	Hospital comarcal
Hospital San Juan de la Cruz	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Alcalá La Real	HARE
Hospital de Alta Resolución de Alcaudete	HARE
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura	HARE

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Málaga	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Regional de Málaga	Hospital regional
Hospital Costa del Sol	Hospital de especialidades
Hospital Virgen de la Victoria	Hospital de especialidades
Hospital Antequera (Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga)	Hospital comarcal
Hospital Axarquía (Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía)	Hospital comarcal
Hospital Serranía (Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga)	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Benalmádena	HARE

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Sevilla	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Virgen del Rocío	Hospital regional
Hospital Virgen Macarena	Hospital regional
Hospital Virgen de Valme	Hospital de especialidades
Consorcio Sanitario Público Aljarafe. Hospital San Juan de Dios	Hospital comarcal
Hospital La Merced (Área de Gestión Sanitaria de Osuna)	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Écija	HARE
Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera	HARE
Hospital de Alta Resolución de Utrera	HARE
Hospital de Alta Resolución Sierra Norte	HARE

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

CENTROS DEL SSPA POR PROVINCIAS AÑO 2015.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Almería	
Nombre del centro	Tipo de centro
Complejo hospitalario Torrecárdenas	Hospital de especialidades
Hospital de Alta Resolución El Toyo	Hospital de alta resolución
Hospital de Poniente-El Ejido	Hospital comarcal
Hospital La Inmaculada (AGS Norte de Almería)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Cádiz	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Jerez de la Frontera (AGS Norte de Cádiz)	Hospital de especialidades
Hospital La Línea (AGS Campo de Gibraltar)	Hospital de especialidades
Hospital Puerta del Mar	Hospital de especialidades
Hospital Puerto Real	Hospital de especialidades
Hospital Punta de Europa (AGS Campo de Gibraltar)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Córdoba	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital de Alta Resolución de Puente Genil	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato	Hospital de alta resolución
Hospital de Montilla	Hospital comarcal
Hospital Infanta Margarita (AGS Sur de Córdoba)	Hospital comarcal
Hospital Reina Sofía	Hospital regional
Hospital Valle de los Pedroches (AGS Norte de Córdoba)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Granada	
Nombre del centro	Tipo de centro
Complejo Hospitalario Universitario de Granada	Hospital regional
Hospital de Alta Resolución de Guadix	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución de Loja	Hospital de alta resolución
Hospital de Baza (AGS Nordeste Granada)	Hospital comarcal
Hospital Santa Ana (AGS Sur de Granada)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Huelva	
Nombre del centro	Tipo de centro
Complejo Hospitalario Universitario de Huelva	Hospital regional
Hospital Riotinto (AGS Norte de Huelva)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Jaén	
Nombre del centro	Tipo de centro
Complejo Hospitalario de Jaén	Hospital de especialidades
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Alcalá La Real	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución de Alcaudete	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura	Hospital de alta resolución
Hospital San Agustín (AGS Norte de Jaén)	Hospital comarcal
Hospital San Juan de la Cruz (AGS Norte de Jaén)	Hospital comarcal

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Málaga	
Nombre del centro	Tipo de centro
Hospital Antequera (AGS Norte de Málaga)	Hospital comarcal
Hospital Axarquía (AGS Este de Málaga-Axarquía)	Hospital comarcal
Hospital Costa del Sol	Hospital de especialidades
Hospital de Alta Resolución de Benalmádena	Hospital de alta resolución
Hospital Regional de Málaga	Hospital regional
Hospital Serranía (AGS Serranía de Málaga)	Hospital comarcal
Hospital Virgen de la Victoria	Hospital de especialidades

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía	
<i>Criterios de búsqueda:</i> Tipo de centro: Hospitales Provincia: Sevilla	
Nombre del centro	Tipo de centro
Consortio Sanitario Público Aljarafe. Hospital San Juan de Dios	Hospital comarcal
Hospital de Alta Resolución de Écija	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución de Morón de la Frontera	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución de Utrera	Hospital de alta resolución
Hospital de Alta Resolución Sierra Norte	Hospital de alta resolución
Hospital La Merced (AGS Osuna)	Hospital comarcal
Hospital Virgen de Valme (AGS Sur de Sevilla)	Hospital de especialidades
Hospital Virgen del Rocío	Hospital regional
Hospital Virgen Macarena	Hospital regional

Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ANEXO II

EQUIVALENCIA DE TÍTULOS EUROPEOS EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

País	Enfermedades contagiosas Duración mínima de formación: 4 años	Salud pública y medicina preventiva Duración mínima de formación: 4 años
	Denominación	Denominación
Belgique/België/ Belgien		
Česká republika	Infekční lékařství	Hygiena a epidemiologie
Danmark	Infektionsmedicin	Samfundsmedicin
Deutschland		Öffentliches Gesundheitswesen
Eesti	Infektsioonhaigused	
Ελλάς		Κοινωνική Ιατρική
España		Medicina preventiva y salud pública
France		Santé publique et médecine sociale
Ireland	Infectious diseases	Public health medicine
Italia	Malattie infettive	Igiene e medicina preventiva
Κύπρος	Λοιμώδη Νοσήματα	Υγειονομία/Κοινωνική Ιατρική
Latvija	Infektoloģija	
Lietuva	Infektologija	
Luxembourg	Maladies contagieuses	Santé publique
Magyarország	Infektológia	Megelőző orvostan és népegészségtan
Malta	Mard Infettiv	Saħħa Pubblika
Nederland		Maatschappij en gezondheid
Österreich		Sozialmedizin
Polska	Choroby zakaźne	Zdrowie publiczne, epidemiologia
Portugal	Infeciologia	Saúde pública
Slovenija	Infektologija	Javno zdravje
Slovensko	Infektológia	Verejné zdravotníctvo
Suomi/Finland	Infektiosairaudet/Infektionssjukdomar	Terveystiete/Ölsövård
Sverige	Infektionssjukdomar	Socialmedicin
United Kingdom	Infectious diseases	Public health medicine

Fuente: Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013
Equivalencia de títulos europeos en Medicina Preventiva y Salud Pública.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ANEXO III

CUESTIONARIO OBJETIVO GENERAL 1



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CUESTIONARIO SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Solicitamos su colaboración cumplimentando este cuestionario, la información recogida está protegida por la Ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada, para garantizar el anonimato de las personas encuestadas. Para cumplimentar el cuestionario, lea con atención cada una de las preguntas y marque con una X su respuesta. Gracias

1.- HIGIENE HOSPITALARIA

En vuestro servicio, en relación con el control de bioseguridad

BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL

P1.1 ¿Se realiza Control de Bioseguridad Aéreo en “Salas de ambiente controlado”?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa.

P1.1.1. Marque el método/s que emplea

- a. Captador volumétrico para muestreo
- b. Contador de partículas
- c. otra técnica. Indique cuál _____

Si su respuesta es afirmativa. P1.1.1.1 Indique el volumen total de aire muestreado por quirófano _____

P1.1.2 ¿Se realiza recuento de Aerobios?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.1.2.1 Seleccione el medio de cultivo que utiliza

- a. Mueller-Hinton
- b. Triptona Soja, Agar (TSA)
- c. Otros medios. Indique cuál _____

P1.1.3 ¿Se realiza recuento de Hongos?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.1.3.1. Seleccione el medio de cultivo que utiliza

- a. Sabouraud Cloranfenicol, Agar
- b. Rosa Bengala, Agar
- c. Otros medios. Indique cuál _____

P1.1.4 ¿Que zonas se muestrean? ¿Dispone en su hospital de estas Unidades?

- Quirófanos
- UCI
- Unidades de Reanimación
- UCI Pediátrica.
- RN patológico

- Onco-hematología
- Unidad de Quemados
- Habitaciones de trasplantados de órganos sólidos (fuera de UCI).
- Cabinas de Seguridad Biológica o Bioseguridad (farmacia, Unidades de Tratamiento de citostáticos, hemoderivados...)
- Otras. Indique cuáles _____

P1.1.5. ¿Cuál es la Periodicidad del muestreo?

- Semanal
- Mensual
- Bimensual
- Trimestral
- A demanda
- Otra. Indique cuál _____

En relación con el resultado del Control de Bioseguridad Aéreo en “Salas de ambiente controlado”:

P1.1.6 ¿Se envía Informe?

- Sí No NS NC

Si la respuesta es afirmativa.

P1.1.6.1 Indique cuál es el destino de esa información

- Gerencia
- Jefe de servicio de las zonas muestreadas
- Supervisor/a Enfermería de la zona responsable afectada
- Otro. Indique cuál _____

P1.1.6.2 ¿Cuál es la periodicidad con la que envía el informe de resultados?

- Semanal
- Mensual
- Bimensual
- Trimestral
- A demanda
- Otro. Indique cuál _____

P1.1.6.3 ¿Cuál es el medio que utiliza para comunicar la información contenida en el informe?

- Verbal
- Correo electrónico
- Informe ordinario
- Otros. Indique cual _____

P1.1.6.4 ¿Cuál es el tiempo transcurrido entre la toma de muestras y el envío del informe? _____

BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES

P1.2 ¿Se realiza Control de Bioseguridad de superficies en “Salas de ambiente controlado”?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa.

P1.2.1. Marque el método/s que emplea

a. Placas RODAC

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.2.1.1. Marque el medio de cultivo que emplea

Sabouraud Cloranfenicol, Agar
 Otros _____

b. Escobillón

c. ATP

d. otra técnica. Indique cuál _____

P1.2.2 ¿Que zonas de muestreo se utilizan? ¿Dispone en su hospital de estas Unidades?

- Quirófanos
- UCI
- Unidades de Reanimación
- UCI Pediátrica.
- RN patológico
- Onco-hematología
- Unidad de Quemados
- Habitaciones de trasplantados de órganos sólidos (fuera de UCI)
- Hemodiálisis.
- Radiología intervencionista.
- Hemodinámica.
- Cabinas de Seguridad Biológica o de Bioseguridad (farmacia, Unidades de tratamiento de citostáticos, hemoderivados...)
- Salas de curas.
- Carros de curas.
- Mostradores de preparación de medicación.
- Cocina
- Otras. Indique cuáles _____

P1.2.3. ¿Cuál es la Periodicidad del muestreo?

- Semanal
- Mensual
- Bimensual
- Trimestral
- A demanda
- Otra. Indique cuál _____

En relación con el resultado del Control de Bioseguridad de superficies en "Salas de ambiente controlado":

P1.2.4 ¿Se envía Informe?

Sí No NS NC

Si la respuesta es afirmativa.

P1.2.4.1 Indique cuál es el destino de esa información

- Gerencia
 Jefe de servicio de las zonas muestreadas
 Supervisor/a Enfermería de la zona responsable afectada
 Otro. Indique cuál _____

P1.2.4.2 ¿Cuál es la periodicidad con la que envía el informe de resultados?

- Semanal
 Mensual
 Bimensual
 Trimestral
 A demanda
 Otro. Indique cuál _____

P1.2.4.3 ¿Cuál es el medio que utiliza para comunicar la información contenida en el informe?

- Verbal
 Correo electrónico
 Informe ordinario
 Otros. Indique cuales _____

P1.2.4.4 ¿Cuál es el tiempo transcurrido entre la toma de muestras y el envío del informe? _____

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

P1.3 ¿Existe un protocolo de limpiezas desinfección de zonas críticas?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.3.1 ¿Es controlado por el Servicio de Medicina Preventiva?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.3.1.1 indique el tipo de control

P1.4 ¿Existe un protocolo de desinfección ambiental y de superficies?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P1.4.1 ¿Es controlado por el Servicio de Medicina Preventiva?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P1.4.1.1 Indique el tipo de control

P1.5 ¿Realiza un Programas de Higiene de manos determinado?

Sí No NS NC

P1.6 En su hospital ¿Existe un Protocolo de control de Limpieza y Desinfección de instrumental (endoscopios broncoscopios, colonoscopios, etc.)?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.6.1 ¿El protocolo es controlado por su Servicio?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.6.1.1 Indique el tipo de control

P1.7 ¿Participa en el control de residuos biosanitarios?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.7.1. Indique el tipo de participación_____

P1.8 ¿Participa en la gestión del programa de desinsectación /desratización?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P1.8.1 Indique el tipo de participación_____

P1.9 ¿Quién realiza estudio microbiológico del Programa de Prevención y Control de la legionelosis?

P1.9.1 ¿Recibe notificaciones en relación al Programa de Prevención y Control de la legionelosis?

Sí No NS NC

P1.10 ¿A qué Unidad está adscrita la Central de Esterilización?_____

P 1.10.1 ¿Es responsable del control de calidad de la central de esterilización?

Sí No NS NC

2.- INFECCIÓN HOSPITALARIA

En relación con el manejo de infecciones hospitalarias, su Servicio de Medicina Preventiva

P2.1 ¿Participa su servicio en el estudio de prevalencia EPINE?

Sí No NS NC

P2.2 ¿Ha participado en el estudio EPPS (European Point Prevalence Survey)?

Sí No NS NC

P2.3 ¿Realiza el Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (PVCIN) del Servicio Andaluz de Salud?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P2.3.1 ¿Realiza todo el plan?

¿Solamente los indicadores básicos?

P2.4 ¿Realiza otros estudios de incidencia de infección?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P2.4.1. Indique en qué unidades _____

En relación al Control de Microorganismos Multirresistentes

P2.5 ¿Realiza el control de microorganismos multirresistentes?.

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P2.5.1 Indique qué microorganismos _____

P2.5.2 ¿Qué lugares de colonización se muestrean?

- Orofaringe
- Axila
- Ingle
- Rectal
- Fómites

P2.5.3 Indique la función del preventivista en este control _____

P2.6 El Servicio de medicina Preventiva ¿Decide el tipo de aislamiento de un enfermo?

Sí No NS NC

P2.7 El Servicio de medicina Preventiva ¿Decide cuando se le levanta la condición de aislamiento?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P2.6.1 ¿Qué criterio sigue para levantar dicho aislamiento? _____

P2.8. ¿Se informa de esta actividad?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa, 2.8.1 Indique a quién

- Gerencia
 Jefe de servicio de la Unidad donde está ingresado el paciente
 Médico responsable del paciente.
 Supervisor/a Enfermería de la Unidad donde está ingresado el paciente
 Otro. Indique a quién _____

Si su respuesta es afirmativa, 2.8.2 ¿Cuál es el medio que utiliza para comunicar la información?

- Verbal
 Correo electrónico
 Informe ordinario
 Todos los anteriores
 Otros. Indique cual/es _____

P2.9 ¿Hace el Servicio de Medicina Preventiva algún estudio de colonización en pacientes ingresados distintos al enfermo infectado o colonizado por Microorganismos multirresistentes?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa.P2.9.1. Indique la función del preventivista en este control _____

P2.10 ¿Queda reflejada en la Historia clínica alguna alerta de la condición de enfermo o de portador de microorganismos multirresistentes de esos enfermos?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P2.10.1 Indique cual.

- Alarma en Historia clínica digitalizada.
 Informe escrito de Medicina Preventiva en la Historia Clínica
 Otros. Indique cual/es _____

P2.11 ¿Controla la descontaminación de los portadores/enfermos con microorganismos Multirresistentes con algún biocida?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa, P2.11.1. Indique cual

- Clorhexidina
 Peróxido D-Butanona
 Otros. Indique cual/es _____

P2.12. ¿Dispone su hospital de habitaciones adaptadas para aislamiento respiratorio (presión negativa, filtros HEPA,etc)?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P2.12.1 ¿de cuántas dispone? _____

3.- VIGILANCIA DE LA SALUD

En relación con las actividades de Vigilancia de la Salud, su Servicio de Medicina Preventiva

P3. Realiza Vigilancia de la Salud

Sí No NS NC

P3.1 ¿Realiza el Procedimiento 22 (Vigilancia de la salud) del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales del SAS?

Sí, totalmente Si, parcialmente No NS NC

En caso de cumplirlo parcialmente P3.1.1. ¿Cómo lo ha adaptado? _____

En caso de respuesta negativa P3.1.2. ¿Por qué motivo no lo realiza? _____

P3.2 ¿Realiza el Procedimiento 15 (Adaptación de puesto de trabajo a trabajadores especialmente sensibles)?

Sí No NS NC

P3.3.¿Realiza el Procedimiento 30 (Protección en situación de embarazo y lactancia)?

Sí No NS NC

P3.4.¿Participa en el informe de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (C.A.T.I.)? *

Sí No NS NC

P3.5 ¿Tiene el Servicio un protocolo de actuación en caso de accidentes biológicos?

Sí No NS NC

P3.6 En el caso de accidente biológico en horas que no hay presencia de un preventivista (fin de semana etc.). ¿Quién resuelve el problema? _____

P3.7 ¿Existe un Protocolo de Vacunación en personal sanitario?

Sí No NS NC

P3.8 ¿Se administran vacunas a personal sanitario?

Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa P3.8.1. Indicar las vacunas disponibles en el Servicio. ___

En relación a la Consulta de Medicina Preventiva

P3.9. ¿Existe un Protocolo de Vacunación para trasplantes, esplenectomizados, VIH, etc.?

- Sí No NS NC

P3.9.1 ¿Se administran vacunas a pacientes que van a ser trasplantados, esplenectomizados, VIH, etc. en el Servicio de M. Preventiva?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P3.9.1.1. Indique a qué pacientes_____

P3.10 ¿Disponéis de una consulta del viajero para personal del hospital o de fuera del hospital?

- Sí No NS NC

P3.11 ¿Tiene el Servicio algún programa de educación sanitaria establecido?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P3.11.1. Indique cuáles

- Higiene de manos
- Manipuladores de alimentos
- Riesgos Laborales
- Infección Nosocomial en Salas Quirúrgicas
- Otros, indique cuales_____

P3.12 ¿Tiene el Servicio de Medicina Preventiva responsabilidad en la Vigilancia de Productos sanitarios, especialmente en lo referente a alerta de productos sanitarios? (Ej. Prótesis cadera Sistema DePuy ASR seguimiento de implantados Cromo y Níquel)

- Sí No NS NC

4.- PROMOCIÓN DE LA SALUD

En relación con la atención a convivientes de enfermos con algunas patologías infecciosas, su Servicio de Medicina Preventiva

P4.1 ¿Realiza la atención a contactos de enfermos de algunas patologías infecciosas?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa, P4.1.1. Indique cuales

- Tuberculosis
- Meningitis
- VHB
- VHC
- VIH
- Otras, indique cuales_____

P4.2 ¿Realiza actividades de Promoción de la Salud en el lugar de trabajo?

- Sí No NS NC

P4.3 ¿Realiza actividades de Promoción de la Salud en la comunidad?

- Sí No NS NC

5.- CALIDAD

P.5. ¿Existe una Unidad de Calidad en su Hospital?

- Sí No NS NC

En relación con calidad el Servicio de Medicina Preventiva realiza actividades de:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. ¿Realiza actividades de diseño, apoyo metodológico y/o aplicación de programas de seguridad del paciente específicos para Servicios, Unidades de Gestión Clínica y/o Procesos asistenciales integrados?

- Sí No NS NC

2. ¿Participa directamente en la aplicación de planes globales de seguridad del paciente para todo el hospital, como por ejemplo: identificación inequívoca del paciente mediante pulseras, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, etc.?

- Sí No NS NC

3. ¿Realiza estudios de prevalencia y/o incidencia de eventos adversos en el hospital?

- Sí No NS NC

GESTIÓN DE PROCESOS

1. ¿Realiza actividades de coordinación, soporte metodológico y/o logístico de los Grupos de Implantación y Desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados, siguiendo las guías editadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía?

- Sí No NS NC

2. ¿Realiza evaluación de los resultados de los Procesos Asistenciales Integrados?

- Sí No NS NC

3. ¿Realiza actividades de apoyo metodológico a la Comisión Mixta de Calidad Interniveles para el seguimiento del Plan de implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados acordados entre los Distritos de referencia y el Hospital?

- Sí No NS NC

PROCESOS DE ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN

1. ¿Realiza actividades de asesoría para el Proceso de Acreditación del Hospital por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y/o de las Unidades de Gestión Clínica?

Sí No NS NC

2. ¿Realiza actividades de apoyo en Auditorías del Ministerio de Sanidad y Política Social en relación a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud?

Sí No NS NC

3. ¿Realiza actividades de apoyo en Auditorías del Programa Docente MIR del Ministerio?

Sí No NS NC

4. ¿Realiza actividades de asesoría en implantación y desarrollo de normas de certificación como las Normas ISO u otros modelos de calidad como los diseñados por Sociedades Científicas y Organizaciones Internacionales?

Sí No NS NC

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS

1. ¿Realiza actividades de asesoría a los profesionales que quieran acreditar su competencia profesional por el modelo de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía?

Sí No NS NC

GESTIÓN CLÍNICA

1. ¿Realiza actividades de asesoramiento, apoyo metodológico y/o evaluación de la Unidades de Gestión Clínica según lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales vigente?

Sí No NS NC

2. ¿Realiza actividades de apoyo metodológico y logístico para el diseño y desarrollo de nuevas Unidades de Gestión Clínica?

Sí No NS NC

VOZ DEL CLIENTE

1. ¿Colabora en la recogida de la opinión de los ciudadanos sobre distintos aspectos de calidad mediante grupos focales?

Sí No NS NC

2. ¿Colabora en la realización y/ o evaluación de encuestas de satisfacción a pacientes?

Sí No NS NC

STAFF A LA DIRECCIÓN Y UNIDADES FUNCIONALES

1. ¿Realiza actividades de asesoramiento a Jefes de Servicio, Directores de Unidades y otros profesionales para el desarrollo de proyectos y memorias de gestión?

Sí No NS NC

2. ¿Realiza actividades de mantenimiento actualizado de la documentación y registros del sistema de calidad?

Sí No NS NC

DOCENCIA

1. Diseña y realiza actividades formativas en temas de calidad, dirigidas a todo el personal del hospital, incluidos postgrados y pregrados.

Sí No NS NC

EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y MEJORA CONTINUA

1. ¿Colabora en la evaluación de resultados de efectividad clínica y/o calidad asistencial?

Sí No NS NC

2. ¿Presta asesoramiento metodológico a los grupos de mejora activos en el Centro?

Sí No NS NC

6.- APOYO INSTITUCIONAL A LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

P6.1 Marque las Comisiones intrahospitalarias en las que el Servicio de Medicina Preventiva participa y si dispone de ellas.

- Comisión de Adaptación Laboral
- Comisión de calidad
- Comité de catástrofes
- Comité de ética de la investigación
- Comité de ética asistencial
- Comisión de infecciones
- Comisión de Mortalidad
- Comisión de Salud laboral
- Comisión de Seguridad
- Comisión de suministros
- Comité de tumores
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores
- Otra(s). IndiqueCuál(es) _____

P6.2 Indique en que otras actividades participa

- Sistema de vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)
- Conexión con Atención Primaria-Epidemiología
- Conexión con Atención Primaria-Centros de salud
- Realiza las Encuestas epidemiológicas de las EDO de su hospital

P6.3 ¿Participa en otras Comisiones Institucionales o Grupos Asesores?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. Indique cuales

- Consejería de Salud.
- Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud
- Delegación Provincial de Salud
- Otros. Indique cuales_____

7.- OTROS ASPECTOS

P7.1 ¿Existe un laboratorio en el Servicio de Medicina Preventiva para realizar actividades básicas?

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. P7.1.1. Marque aquellas actividades que realiza el laboratorio de Medicina Preventiva.

- Recuentos bacterianos en controles ambientales
- Recuentos de hongos en controles ambientales
- Estudio de contaminación de superficies
- Estudio de Legionella en agua
- Estudio de Legionella en ambiente
- Controles biológicos de central de estéril
- Control de colonización de microorganismos multirresistentes
- Medicina Preventiva realiza un cribado de placas enviando solo aquellas con colonias sospechosas ya aisladas a Microbiología para su identificación.
- Otras. Indique cuáles_____

P7.2 En relación a la toma de muestras

- El Servicio de Medicina Preventiva realiza la toma de muestras y las envía todas a Microbiología.
- El Servicio de Medicina Preventiva realiza la toma de muestras, cultivo y cribado de placas sospechosas y las envía a microbiología para su confirmación.
- La toma de muestras e identificación la realiza infecciosas
- La toma de muestras e identificación la realiza microbiología.

P7.3 El personal de enfermería o facultativo del servicio de medicina preventiva organiza algún curso para el resto del personal sanitario del Hospital.

- Sí No NS NC

Si su respuesta es afirmativa. Indique cuales_____

8.-AÑADIR OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES QUE NO ESTÉN AQUÍ RECOGIDAS.
Se incluyen tanto del personal médico como de enfermería.

LE RECORDAMOS QUE ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO, SOLO SOLICITAMOS QUE INDIQUE LO SIGUIENTE:

- Tipo de Hospital
- Número aproximado de camas...
- Número de facultativos especialistas en Medicina Preventiva
- Número de enfermeros/as en el Servicio de Medicina Preventiva.
- Número de auxiliares en el Servicio de Medicina Preventiva
- Número de Residentes que cada año se incorporan....
- Número de Residentes que tiene en el Servicio en la actualidad.
- ¿Forma parte de una Unidad de Gestión Clínica (UGC)?

Sí No

- En caso afirmativo, indique el tipo de UGC_____

***COMENTARIO:**

**La pregunta P.3.4 Participa en el informe de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales C.A.T.I debería haber sido formulada mediante dos preguntas:*

1.- ¿Cuál es su participación en el Procedimiento 04 (Accidentes de trabajo o incidentes?)

2.- ¿Realiza el Procedimiento 29 (Comunicación de sospecha de enfermedad profesional?)

ANEXO IV

TABLAS OBJETIVO GENERAL 1



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

5.1.1- HIGIENE HOSPITALARIA

Tabla 1.1. Bioseguridad y control ambiental. Variables relacionadas con el método empleado.

VARIABLE	n	%
P 1.1 Control de bioseguridad aéreo en “Salas de ambiente controlado” de forma sistemática		
Si*	33	97,06
No#	1	2,89
P 1.1.1 Método/s empleado/s		
Captador volumétrico muestreo	30	90,91
Contador de partículas	0	0,00
Sedimentación durante 1 hora	3	9,09
P 1.1.1.1 Volumen muestreado		
100 litros	6	20,00
500 litros	9	30,00
1000 litros	14	46,67
No sabe, lo realiza Microbiología	1	3,33

*Dos hospitales lo realizaban a través de una empresa externa; # Solo lo realizaba tras la realización de obras.

Tabla 1.2. Bioseguridad y control ambiental. Variables relacionadas en el estudio microbiológico.

VARIABLE		n	%
P 1.1.2 Recuento de Aerobios*			
	Si	20	60,61
	No	13	39,39
P 1.1.2.1 Medio de cultivo de aerobios			
Mueller-Hinton		3	14,29
Tryptona Soja, Agar (TSA)		7	33,33
Otros medios	Agar sangre	10	47,62
	No sabe	1	4,76
P 1.1.3 Recuento de Hongos			
	Si	33	100,00
	No	0	0,00
P 1.1.3.1 Medio de cultivo de Hongos			
Saboureaud Cloranfenicol, Agar Rosa de Bengala, Agar		29	87,88
Otros medios	Saboureaud Dextrosa, Agar	2	6,06
	Czapeck, Agar	1	3,03
	No sabe, lo realiza Microbiología	1	3,03

* 2 Servicios refirieron realizarlo solo en Cabinas de Bioseguridad

Tabla 1.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Zonas Muestreadas y Periodicidad. (1)

VARIABLE		n	%
P 1.1.4 Zonas muestreadas de forma sistemática y P1.1.5 Periodicidad del muestreo			
Quirófanos			
Periodicidad	Si	33	100,00
	No	0	0,00
	Semanal	1	3,03
	Mensual	16	48,48
	Mes y medio	2	6,06
	Bimensual	4	12,12
	Trimestral	6	18,18
	Semestral	4	12,12
Unidad de cuidados intensivos			
Periodicidad	Si	17	51,52
	No	16	48,48
	Semanal	1	3,03
	Mensual	5	15,15
	Mes y medio	2	6,06
	Bimensual	2	6,06
	Trimestral	6	18,18
	Semestral	1	3,03
Unidades de reanimación			
Periodicidad	Si	6	18,18
	No	27	81,82
	Semanal	1	3,03
	Mensual	3	9,09
	Trimestral	2	6,06

Tabla 1.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Zonas Muestreadas y Periodicidad. (2)

VARIABLE		n	%
P 1.1.4 Zonas muestreadas de forma sistemática y P1.1.5 Periodicidad del muestreo			
Unidad de cuidados intensivos pediátrica *			
Periodicidad	Si	4	30,77
	No	9	69,23
	Mes y medio	2	15,38
	Bimensual	1	7,69
	Trimestral	1	7,69
Recién nacido patológico †			
Periodicidad	Si	3	23,08
	No	10	76,92
	Mes y medio	2	15,38
	Bimensual	1	7,69
Oncohematología‡			
Periodicidad	Si	10	66,67
	No	5	33,33
	Semanal	1	6,67
	Mensual	5	33,33
	Mes y medio	1	6,67
	Bimensual	1	6,67
	Trimestral	1	6,67
	Semestral	1	6,67
Unidad de Quemados §			
	Si, bimensual	1	50,00
	No	1	50,00

*Tenían Unidad 13 hospitales. No tenían Unidad 20 hospitales. †Tenían Unidad 13 hospitales. No tenían Unidad 20 hospitales. ‡Tenían Unidad 15 hospitales. No tenían Unidad 18 hospitales. §Tenían Unidad 2 hospitales. No tenían Unidad 31 hospitales.

Tabla 1.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Zonas Muestreadas y Periodicidad. (3)

VARIABLE		n	%
P 1.1.4 Zonas muestreadas de forma sistemática y P1.1.5 Periodicidad del muestreo			
Habitaciones de trasplantados de órganos sólidos fuera de la UCI*			
Periodicidad	Si	4	66,67
	No	2	33,33
	Mensual	1	16,67
	Mes y medio	1	16,67
	Bimensual	1	16,67
	Anual	1	16,67
Cabinas de seguridad biológica o Bioseguridad			
Periodicidad	Si	18	54,55
	No	15	45,45
	Mensual	7	21,21
	Mes y medio	2	6,06
	Bimensual	2	6,06
	Trimestral	2	6,06
	Semestral	1	3,03
Anual	4	12,12	

* Tenían la Unidad 6 hospitales. No tenían la Unidad 27 hospitales.

Tabla 1.4. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Otras Zonas Muestreadas.

Otras Zonas Muestreadas
<ul style="list-style-type: none">• Partorios (6 hospitales)• Neonatos (3 hospitales)• UCI neonatal, Habitaciones de trasplantados de progenitores hematopoyéticos (2 hospitales)• Sala de oncología pediátrica, Hemodinámica, sala de marcapasos, radiología intervencionista, hospital de día, salas de curas en centros de salud y central de esterilización (1 hospital)

TABLA 1.5. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Notificación de resultados. (1)

VARIABLE		n	%
P 1.1.6 ¿Se envía informe rutinario?			
	Si	28	88,85
	No*	5	15,15
P 1.1.6.1 Destino de la información			
Gerencia			
	Si	11	33,33
	No	22	66,67
Jefe de Servicio de la zona muestreada			
	Si	29	87,88
	No	4	12,12
Supervisor de Enfermería de la zona muestreada			
	Si	24	72,73
	No	9	27,27
Otros			
	Si	26	78,79
	No	7	21,21
Dirección Médica/ Subdirección Médica			
	Si†	21	63,64
	No	12	36,36
Dirección Enfermería			
	Si	4	12,12
	No	29	87,88
Dirección de Servicios Generales			
	Si	7	21,21
	No	26	78,79
Intranet			
	Si	1	3,03
	No	32	96,97

*Solo lo enviaban si había incidencias

† Dos hospitales a Subdirección Médica.

TABLA 1.6. BIOSEGURIDAD Y CONTROL AMBIENTAL. Medio de comunicación y tiempo transcurrido para el envío de informe rutinario.

VARIABLE	n	%
P 1.1.6.3. Medio de comunicación		
Verbal*		
Si	13	39,39
No	20	60,61
Correo electrónico		
Si	16	48,48
No	17	51,52
Informe ordinario		
Si	21	63,64
No	12	36,36
Otros (Intranet)		
Si	3	9,09
No	30	90,91
P 1.1.6.4. Tiempo transcurrido entre la toma de muestra y el envío de informe rutinario		
Menos de 7 días	12	36,36
7 días	15	45,45
Más de 7 días	6	18,18

*Si incidencias o no conformidades en 48-72 horas.

Tabla 2.1. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Método empleado.

VARIABLE		n	%
P 1.2 Control de Bioseguridad de superficies en "Salas de ambiente controlado" de forma sistemática			
	Si*	14	41,18
	No†	20	58,82
P 1.2.1 Método/s empleados			
Placas Rodac	Si	11	78,57
	No	3	21,43
Escobillón	Si	4	30,77
	No	9	69,23
ATP	Si	1	7,69
	No	12	92,31
Otros medios‡	Si	1	7,69
	No	12	92,31

*Dos hospitales lo realizaban a través de una empresa externa

†Si lo realizarían en caso de brote

‡Placas con Agar Soja y Trypticaseina, Placas con Agar Soja y Rojo Violeta con Glucosa.

Tabla 2.2. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Medios de Cultivo.

VARIABLE		n	%
P 1.2.1.1 Medio de cultivo de las Placas Rodac			
Saboureaud Cloranfenicol, Agar	Si	8	72,73
	No	3	27,27
Triptona Soja, Agar (TSA)	Si	2	18,18
	No	9	81,82
Agar Sangre	Si	1	9,09
	No	10	90,91
CLED	Si	1	9,09
	No	10	90,91

Tabla 2.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Zonas muestreadas y Periodicidad de muestreo. (1)

VARIABLE		n	%
P.1.2.2 Zonas muestreadas y P 1.2.3 Periodicidad del muestreo			
Quirófanos			
Periodicidad	Si	10	71,43
	No	4	28,57
	A demanda	1	7,14
	Semanal	1	7,14
	Mensual	3	21,43
	Mes y medio	1	7,14
	Trimestral	2	14,29
Semestral	2	14,29	
Unidades de Cuidados Intensivos			
Periodicidad	Si	11	78,57
	No	3	21,43
	A demanda	1	7,14
	Semanal	1	7,14
	Mensual	2	14,29
	Mes y medio	1	7,14
	Trimestral	4	28,57
Semestral	2	14,29	
Unidades de Reanimación			
Periodicidad	Si	5	35,71
	No	9	64,29
	Semanal	1	7,14
	Mes y medio	1	7,14
	Trimestral	2	14,29
	Semestral	1	7,14

Tabla 2.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Zonas muestreadas y Periodicidad de Muestreo. (2)

VARIABLE		n	%
P.1.2.2 Zonas muestreadas y P 1.2.3 Periodicidad del muestreo			
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica*			
Periodicidad	Si	2	33,33
	No	4	66,67
	Mes y medio	1	16,67
	Semestral	1	16,67
Recién Nacido Patológico†			
Periodicidad	Si	2	33,33
	No	4	66,67
	Mes y medio	1	16,67
	Semestral	1	16,67
Oncohematología‡			
Periodicidad	Si	3	42,86
	No	4	57,14
	A demanda	1	14,29
	Mensual	1	14,29
	Mes y medio	1	14,29
Unidad de Quemados§			
Periodicidad	Si	0	0,00
	No	2	100,00
Habitaciones de trasplantados de órganos sólidos fuera de la UCI#			
Periodicidad	Si (mes y medio)	1	33,33
	No	2	66,67
Hemodiálisis¶			
Periodicidad	Si	2	28,57
	No	5	71,43
	Trimestral	1	14,29
	Semestral	1	14,29

*Tenían la Unidad 6 hospitales. No tenían la Unidad 8 Hospitales, † Tenían la Unidad 6 hospitales. No tenían la Unidad 8 hospitales ‡ Tenían la Unidad 7 hospitales. No tenían la Unidad 6 hospitales. § Tenían la Unidad 2 hospitales. No tenían la Unidad 12 hospitales, #Tenían la Unidad 3 Hospitales. No tenían la Unidad 11 hospitales ¶Tenían la Unidad 7 hospitales. No tenían la Unidad 7 hospitales.

Tabla 2.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Zonas muestreadas y Periodicidad de Muestreo. (3)

VARIABLE		n	%
P.1.2.2 Zonas muestreadas y P 1.2.3 Periodicidad del muestreo			
Radiología Intervencionista*			
Periodicidad	Si	3	37,50
	No	5	62,50
	Trimestral	1	12,50
	Semestral	2	25,00
Hemodinámica†			
Periodicidad	Si	2	25,00
	No	6	75,00
	Mes y medio	1	12,50
	Semestral	1	12,50
Cabinas de Bioseguridad			
Periodicidad	Si	8	57,14
	No	6	42,86
	A demanda	1	7,14
	Mensual	2	14,29
	Bimensual	1	7,14
	Trimestral	2	14,29
	Semestral	2	14,29
Salas de curas			
Periodicidad	Si	2	14,29
	No	12	85,71
	Mensual	1	7,14
	Trimestral	1	7,14
	Semestral	1	7,14

*Tenían la Unidad 8 hospitales. No tenían la Unidad 6 hospitales, †Tenían la Unidad 8 hospitales. No tenían la Unidad 6 hospitales

Tabla 2.3. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Zonas muestreadas y Periodicidad de Muestreo. (4)

VARIABLE		n	%
P.1.2.2 Zonas muestreadas y P 1.2.3 Periodicidad del muestreo			
Carros de Curas			
Periodicidad	Si	4	28,57
	No	10	71,43
	Mensual	1	7,14
	Trimestral	2	14,29
	Semestral	1	7,14
Mostradores de preparación de Medicación			
Periodicidad	Si	4	28,57
	No	10	71,43
	A demanda	1	7,14
	Trimestral	2	14,29
	Semestral	1	7,14
Cocina			
Periodicidad	Si	5	35,71
	No	9	64,29
	Semanal	1	7,14
	Mensual	1	7,14
	Trimestral	2	14,29

Tabla 2.4. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Otras zonas muestreadas.

Otras Unidades Muestreadas
Banco de sangre, Habitaciones de trasplantados de progenitores hematopoyéticos. Neonatos, UCI neonatal, Frigoríficos de sangre de cordón umbilical y estufas de embriones de fecundación in vitro, unidades de hospitalización, urgencias, unidad de tratamiento al alta precoz, y dietética.

Tabla 2.5. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Notificación de resultados. (1)

VARIABLE	n	%
P 1.2.4 ¿Se envía informe rutinario?		
Si*	13	92,86
No†	1	7,14
P 1.2.4.1 Destino de la información		
Gerencia		
Si	6	46,15
No	7	53,85
Jefe de Servicio de la zona muestreada		
Si	9	69,23
No	4	30,77
Supervisor de Enfermería de la zona muestreada		
Si	7	53,85
No	6	46,15

*2 hospitales solo enviaban informe si incidencias; †Realizaban acciones correctivas sin informar

Tabla 2.5. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Notificación de resultados. (2)

VARIABLE		n	%
Otros			
	Si	9	69,23
	No	4	30,77
Dirección Médica/ Subdirección Médica			
	Si*	5	38,46
	No	8	61,54
Dirección Enfermería			
	Si	1	7,69
	No	12	92,31
Director de Servicios Generales/Jefe de mantenimiento/ Hostelería			
	Si†	6	46,15
	No	7	53,85
Intranet			
	Si	2	15,38
	No	11	84,62

*1 hospital a Subdirección Médica; †1 Hospital a Responsable de Hostelería.

Tabla 2.6. BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE SUPERFICIES. Medio de comunicación y Tiempo transcurrido para el envío de informe rutinario.

VARIABLE	n	%
P 1.2.4.3 Medio de comunicación		
Verbal		
Si	5	38,46
No	8	61,54
Correo electrónico		
Si	9	69,23
No	4	30,77
Informe ordinario		
Si	6	46,15
No	7	53,85
Otros (Intranet)		
Si	3	23,07
No	10	76,93
P 1.2.4.4 Tiempo transcurrido entre la toma de muestra y el envío de informe rutinario		
Menos de 7 días	5	38,46
7 días	6	46,15
Más de 7 días	2	15,38

5.1.1.3- LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.

Tabla 3. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. Protocolo de limpieza y desinfección.

VARIABLE	n	%
P 1.3 Protocolo limpieza y desinfección de zonas críticas		
Si	34	100,00
No	0	0,00
P 1.3.1 ¿Es controlado por el Servicio de Medicina Preventiva?		
Si	22	64,70
No	12	35,29
P1.3.1.1 Tipo de control*		
a.-Vigilancia del cumplimiento del protocolo	1	4,54
b.- Vigilancia mediante control de muestras*	5	22,72
c.- Vigilancia mediante inspecciones, auditorias, listados de comprobación, control de calidad de la limpieza†	16	77,27

*Por empresa externa y/o el propio servicio. †Por supervisores de planta, encargados de limpieza y/o el propio servicios

Tabla 4. Protocolo de desinfección ambiental y de superficies.

VARIABLE	n	%
P 1.4 Protocolo de desinfección ambiental y de superficies		
Si*	33	97,06
No	1	2,94
P 1.4.1. ¿Es controlado por el Servicio de Medicina Preventiva?		
Si	24	72,73
No	9	27,27
P 1.4.1.1 Tipo de control		
a.-Vigilancia del cumplimiento del protocolo	4	16,67
b.- Vigilancia mediante control de muestras†	11	45,83
c.- Vigilancia mediante inspecciones, auditorias, listados de comprobación, control de calidad de la limpieza‡	8	33,34
d.- Vigilancia mediante inspecciones, auditorias, listados de comprobación, control de calidad de la limpieza y control de muestras	1	4,17

*3 hospitales dijeron que no tenían protocolo de desinfección ambiental como documento escrito †Por empresa externa y/o el propio Servicio. ‡Por supervisores de planta, encargados de limpieza y/o el propio servicios

Tabla 5. Programa de Higiene de manos.

VARIABLE	n	%
P 1.5 Programa de Higiene de Manos		
Si	34	100,00
No	0	0,00

Tabla 6. Protocolo de control de limpieza y desinfección de instrumental (Endoscopios, broncoscopios, colonoscopios, etc.).

VARIABLE	n	%
P 1.6 Protocolo de control de limpieza y desinfección de instrumental (endoscopios, broncoscopios, colonoscopios, etc.)		
Si	33	97,06
No	1	2,94
P 1.6.1 ¿Es controlado por el Servicio de Medicina Preventiva?		
Si	16	48,48
No	17	51,52
p1.6.1.1 Indique el tipo de control		
a.- Toma de muestras por los servicios implicados y control de los resultados	5	31,25
b.- Toma de muestras por el Servicio de Medicina Preventiva y control de los resultados	11	68,75

Tabla 7. Participación en el control de Residuos Biosanitarios.

VARIABLE	n	%
P 1.7 ¿Participa en el control de Residuos biosanitarios?		
Si	31	91,18
No	3	8,82
P 1.7.1 Indique el tipo de participación		
a.- Formación	7	22,58
b.- Asesoría en el uso de contenedores y segregación	12	38,71
c.- Control del uso de contenedores y segregación	7	22,58
d.- Control del mapa de distribución de contenedores	3	9,68
e.-Control del pesaje	3	9,68
f.-Evolución del informe	2	6,45
g.- Vigilancia, inspecciones empresa externa	4	12,90
h.- Elaboración de la Guía de Gestión Medioambiental	5	16,13
i.-Comisión de Gestión Ambiental	1	3,23

Tabla 8. Programa de Desinsectación /Desratización.

VARIABLE	n	%
P 1.8. Participa en la gestión del programa de desinsectación / desratización		
Si	30	88,23
No	4	11,76
P 1.8.1 Indique el tipo de participación		
a.- Coordinación con la empresa externa	27	88,88
b.- Interviene en el circuito de comunicación con mantenimiento	3	11,11

Tabla 9. Participación en el Programa de Prevención y Control de la Legionelosis.

VARIABLE	n	%
P 1.9. ¿ Quién realiza el estudio microbiológico del Programa de Prevención y Control de la legionelosis?.		
a.- Está externalizado a un laboratorio externo	29	85,29
b.- Está externalizado a un laboratorio externo y se realiza contramuestra por parte del S ^o De Medicina Preventiva	4	11,76
c.- Lo realiza Microbiología del hospital al estar acreditado	1	2,94
P 1.9.1. ¿Recibe notificaciones el Servicio de Medicina Preventiva en relación al Programa de Prevención y Control de Legionelosis?		
Si*	25	73,53
No	9	26,47

*20 hospitales refirieron decisiones conjuntas con mantenimiento a la hora de tomar decisiones; 4 Hospitales refirieron no tomar decisiones conjuntas. El resto no se pronunció conforme a este aspecto.

Tabla 10. Central de Esterilización.

VARIABLE	n	%
P 1.10 ¿A qué Unidad está adscrita la Central de Esterilización?		
Medicina Preventiva	17	50,00
M. Preventiva y Bloque Quirúrgico	1	2,94
Bloque Quirúrgico	12	35,29
Enfermería	2	5,88
Empresa Externa	2	5,88
P 1.10.1 Responsable del control de calidad de la central de esterilización		
Si*	20	58,82
No	14	41,18

*Un Servicio era responsable del control de calidad de una central externalizada.

5.1.2- INFECCIÓN HOSPITALARIA

Tabla 11. Infección Nosocomial.

VARIABLE	n	%
P 2.1 Participa su servicio en el estudio de prevalencia EPINE		
Si	32	94,12
No*	2	5,88
P 2.2 Ha participado en el estudio EPPS		
Si	22	64,71
No	12	35,29
P 2.3 Realiza el Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (PVCIN) del Servicio Andaluz de Salud		
Si	34	100,00
No	0	0,00
Todo el plan	27	79,41
Solo los indicadores básicos	7	20,59
P 2.4 Realiza otros estudios de infección nosocomial		
Si	32	94,12
No	2	5,88
P 2.4.1 Indique en qué unidades u otros estudios de infección	ANEXO V	

*1 Hospital realizaba un estudio similar sin enviar resultados. 1 Hospital no lo había realizado este año.

Tabla 12.1. Control de Microorganismos Multirresistentes.

VARIABLE	n	%
P 2.5 Realiza el control de microorganismos multirresistentes		
Si*	33	97,06
No†	1	2,94

*En 1 hospital dependiendo de la Unidad de Hospitalización lo realizaba infecciosos.

†Lo realizaba infecciosos, se les notificaba cada 15 días mediante reunión del Equipo de Control de Infecciones.

Tabla 12.2. Control de Microorganismos Multirresistentes.

P 2.5. Indique que Microorganismos	Todos los del Plan
P2.5.1.1 ¿Con especial atención en su hospital?	ANEXO VI

Tabla 13. Estudios de Colonización.

VARIABLE	n	%
P 2.6 Realiza estudio de colonización en pacientes infectados con microorganismos multirresistentes		
Si*	31	93,94
No	2	6,06

*COMENTARIOS: 1 hospital realizaba también estudio de colonización a personal sanitario si el microorganismo era *Acinetobacter Baumannii*; 1 hospital realizaba estudio de colonización a pacientes que llevan más de un mes ingresados; 1 Hospital solo lo realizaba en UCI inicialmente y seguimiento posterior en planta si persistía colonización, no lo realizaba en plantas de hospitalización de inicio; 1 hospital solo en caso de brote; 1 Hospital realizaba estudios de colonización para levantar aislamiento en paciente que estaba en aislamiento de contacto por infección/colonización por MR pero solo ante demanda por alta presión de ingresos en la unidad donde estuviesen y necesitasen levantar el aislamiento; 1 Hospital lo realizaba en brotes en UCI; 1 hospital solo lo realizaba para MARSA; 1 Hospital lo realizaba de forma sistemática para MARSA y en el resto de microorganismo en caso de brote.

Tabla 14.1. Lugares de colonización que se muestrean.

VARIABLE		n	%
P 2.5.2 ¿Qué lugares de colonización se muestrean?			
a.- Orofaringe	Si	26	83,87
	No	5	16,13
b.- Axila	Si	27	87,10
	No	4	12,90
c.- Ingle	Si	22	70,97
	No	9	29,03
d.- Rectal*	Si	20	64,51
	No	11	35,48
e.- Fómites	Si†	4	12,90
	No‡	27	87,10

*1 Hospital solo lo realizaba en UCI pediátrica; 1 Hospital solo lo realizaba en UCI; 1 Hospital solo lo realizaba en Brotes de Klebsiella Pneumonie BLEE; †1 hospital lo realizaba al alta del pacientes; ‡5 hospitales dijeron que los realizarían en caso de brote y dos de ellos especificaron que especialmente si fuese Acinetobacter Baumannii.

Tabla 14.2. Otros lugares de muestreo de colonización.

VARIABLE		n	%
f.- Otros			
f.1.- Nasal	Si	13	41,94
	No	18	58,06
f.2.- Antecubital	Si	2	6,45
	No	29	93,55
f.3.- Perineal	Si	1	3,22
	No	30	96,78
f.- Manos	Si	1	3,22
	No	30	96,78

Tabla 15. Función del preventivista en el control de los estudios de colonización.

VARIABLE	n	%
P.2.6.2 Indique la función del preventivista en este control		
a.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.*	9	29,03
b.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	19	61,29
c.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva o la de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	1	3,22
d.- Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban. Realizaba seguimiento de los pacientes si estaban colonizados al alta del hospital en consultas externas.	1	3,22
e.- Indicaba la toma de la muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva; se realizaba cultivo, identificación y cribado en el laboratorio del Servicio de Medicina Preventiva, si dudas se enviaba a microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	1	3,22

*En un hospital a veces junto con enfermería de Medicina Preventiva tomaba las muestras el Servicio de Microbiología.

Tabla 16. Toma de decisiones en la instauración del aislamiento de un paciente con infección o colonización por un microorganismo multirresistente

VARIABLE		n	%
P.2.7 El Servicio de Medicina Preventiva ¿Decide el tipo de aislamiento de un enfermo?	Si*	32	96,97
	No†	1	3,03
*3 Hospitales lo realizaban junto con el clínico; 1 Hospital lo realizaba solo si el clínico no lo había instaurado. †Lo instauraba el clínico mediante protocolo.			
P.2.8 El Servicio de Medicina Preventiva ¿Decide cuando se le levanta la condición de aislamiento?	Si*	27	81,82
	No	6	18,18
* 2 Hospitales en alguna ocasión lo levantaba el clínico; 3 Hospitales intentaban mantener el aislamiento hasta el alta			
P.2.8.1 ¿Qué criterio sigue el Servicio para levantar dicho aislamiento?			
1 cultivo colonización negativo*		3	11,11
2 cultivos colonización negativos*		8	29,63
3 cultivos colonización negativos*		9	33,33
3 cultivos colonización negativos tras 5 días de tratamiento descolonizador†		2	7,41
3 cultivo colonización negativo y 2 cultivo clínico		1	3,70
No suelen levantarlos‡		4	14,82

*Clínica negativa. **En MARSa con Polihexanida. ‡Hospitales comarcales

Tabla 17. Se informa sobre la actividad realizada en relación a los gérmenes multirresistentes.

VARIABLE		n	%
P.2.9 ¿Se informa de esta actividad?	Si*	33	100,00
	No	0	0,00
*3 Servicios de Medicina Preventiva refirieron que informaban de forma sistemática a diario a dirección médica y otros, 1 Hospital realizaba esta información a diario la a través de Microbiología.			
2.9.1 Indique a quién informa*			
Gerencia	Si	5	15,15
	No	28	84,85
Jefe de Servicio de la Unidad donde esté ingresado el paciente	Si	8	24,24
	No	25	75,76
Medico responsable del paciente	Si	31	93,94
	No	2	6,06
Supervisor/a Enfermería de la Unidad donde esté ingresado el paciente	Si	32	96,97
	No	1	3,03
Dirección Médica	Si	13	39,39
	No	20	60,61
Admisión	Si	4	12,12
	No	29	87,88
Supervisor/a de Guardia	Si	2	6,06
	No	31	93,94

*En 1 Hospital informaba Microbiología a dirección médica; 1 Hospital disponía de enfermero de aislamientos; el hospital que no realizaba el control de MMR recibía información a través del Equipo de Control de Infecciones al que pertenecía cada 15 días; Otras figuras nombradas; Jefe de Unidad de Gestión Clínica, Grupo de mejora ante brotes, Comisión de Infecciones. Otros hospitales dependientes.

Tabla 18. Medio para comunicar la información.

VARIABLE		n	%
2.9.2. Medio para comunicar la información*			
Verbal	Si	32	96,97
	No	1	3,03
Correo electrónico	Si	7	21,21
	No	26	78,79
Informe ordinario	Si	6	18,75
	No	26	81,25
Intranet	Si	3	9,38
	No	29	90,62
Escrito en la Historia clínica	Si	10	30,30
	No	23	69,70

*Otras figuras nombradas: 1 Hospital mediante reunión informativa al grupo de mejora; Reuniones Comisión de Infecciones.

Tabla 19. Realización de estudio de colonización a pacientes ingresados diferentes al infectado por microorganismo multirresistente. Función del Preventivista.

VARIABLE	n	%
P.2.10 ¿ Se realiza estudio de colonización en pacientes ingresados distintos al infectado o colonizado por germen multirresistente		
Si*	23	69,07
No	10	30,30
P.2.10.1 Indique la función del preventivista en este control		
a.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	4	17,39
b.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	16	69,57
c.-Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva o la de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	1	4,35
d.- Indicaba la toma de muestra; la muestra la tomaba la enfermería de los servicios implicados, se enviaba a Microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban. Realizaba seguimiento de los pacientes si estaban colonizados al alta del hospital en consultas externas	1	4,35
e.- Indicaba la toma de la muestra; la muestra la tomaba la enfermería de Medicina Preventiva; se realizaba cultivo, identificación y cribado en el laboratorio del Servicio de Medicina Preventiva , si dudas se enviaba a microbiología; realizaba control y seguimiento de los resultados; indicaba las actuaciones pertinentes si se precisaban.	1	4,35

*Comentarios: 1 Hospital solo en neonatos; 2 hospitales solo en UCI; 1 Hospital solo si el paciente era quirúrgico; 2 Hospitales si compartieron habitación más de 48 horas; 1 hospital si compartieron habitación más 4 días; 2 Hospitales en pacientes sin sospecha pero que hubiesen podido estar expuestos (camas de al lado, mismo personal...) en caso de situación epidemiológica: brote, cluster.; 1 hospital lo realizaba también a personal sanitario si el microorganismo era *Acinetobacter Baumannii*.

Tabla 20. Alerta en la historia clínica del paciente de la condición de enfermo o portador por Microorganismo multirresistente.

VARIABLE	n	%
P.2.10 ¿Queda reflejada en la historia clínica alguna alerta de la condición de enfermo o portador de microorganismos multirresistentes de estos enfermos?		
Si	8	23,53
No*	26	76,47
P.2.10.1 Tipo de alarma		
Alarma en H ^a Clínica digitalizada	2	25,00
Informe escrito de Medicina Preventiva en la H ^a Clínica	5	62,00
Pegatinas indicando la condición en todas las hojas de la H ^a Clínica en papel	1	12,00

* Se sugería poner en el informe de alta al clínico.

Tabla 21. Descontaminación de los portadores/ enfermos con MMR con algún biocida.

VARIABLE	n	%
P.2.11 ¿Controla la descontaminación de los portadores/enfermos con microorganismos multirresistentes con algún biocida?		
Si	28	82,35
No	6	17,65
P.2.11.1 Indique el biocida utilizado		
Clorhexinida 4%	21	75,00
Peróxido de 2- butanona	3	10,71
Poliexanida	3	10,71
Poliexanida y Clorhexidina 4%*	1	3,57

*Poliexanida para MARSA; Clorhexidina 4% para Acinetobacter Baumannii.

Tabla 22. Habitaciones adaptadas para aislamiento aéreo en los Hospitales públicos.

VARIABLE	n	%
P.2.12 ¿Dispone su hospital de habitaciones adaptadas para aislamiento aéreo (Presión negativa, filtros HEPA, etc)?		
Si	26	76,41
No*	7	20,59
No sabe	1	2,94
P.2.12.1. Indique el número de habitaciones†		
No sabe	1	---
Ninguna	7	---
1 Habitación	5	19,23
2 Habitaciones	5	19,23
3 Habitaciones	4	15,38
4 Habitaciones	5	19,23
6 Habitaciones	3	11,54
7 Habitaciones	2	7,69
8 Habitaciones	1	3,85
14 Habitaciones	1	3,85

* 1 Hospital refería que su sistema de refrigeración impedía la recirculación del aire; †Un hospital con 4 habitaciones, estas pertenecían a Instituciones Penitenciarias. Para tener acceso a ellas había que solicitar permiso a dichas Instituciones.

5.1.3.-VIGILANCIA DE LA SALUD

Tabla 23. El servicio de Medicina Preventiva realiza Vigilancia de la salud.

VARIABLE	n	%
P.3. Realiza Vigilancia de la Salud		
Si	29	85,29
No*	5	14,71

*En 1 Hospital atendían accidentes biológicos de personal externo como estudiantes de enfermería, MIR, TEL o de contratadas externas pero sin aplicar el Procedimiento 22.

Tabla 24. Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL que se realizan en el Servicio. Procedimiento 22.

VARIABLE	n	%
P.3.1. ¿ Realiza el Procedimiento 22 (Vigilancia de la Salud) del Sistema de Prevención de riesgos Laborales del SAS		
Sí, totalmente	19	65,51
Sí, parcialmente	10	34,48

Tabla 24.1. Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL que se realizan en el Servicio. Procedimiento 22.

VARIABLE	n	%
P.3.1.1 ¿Cómo lo ha adaptado?		
a.- Adaptado a los requisitos de la empresa	2	20,00
b.- Modelo de citación propio	1	10,00
c.-Personal en contacto con Radiaciones ionizantes y citostáticos y accidentes biológicos (el resto de los trabajadores los realiza Medicina del Trabajo)	1	10,00
d.-Personal en contacto con Radiaciones ionizantes, citostáticos y M.I.R (el resto de los trabajadores los hace un especialista en Medicina Interna que a su vez es especialista en Medicina del trabajo)	1	10,00
e.-Se realiza a trabajadores con contratos superior a un mes	2	20,00
f.-No se realizan todos los exámenes iniciales que se deben a contratos de corta estancia	2	20,00
g.-No lo refiere	1	10,00
P.3.1.2 ¿Por qué no realiza el Procedimiento 22?		
a.- Lo realiza Medicina del Trabajo*	4	80,00
b.- Lo realiza un especialista en Medicina Interna	1	20,00

*En dos hospitales estaban integrados Salud Laboral y Medicina Preventiva como un Servicio de Prevención.

Tabla 25. Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL que se realizan en el Servicio. Procedimiento 15.

VARIABLE	n	%
P.3.2 ¿Realiza el Procedimiento 15 (Adaptación de puesto de trabajo a trabajadores especialmente sensibles)?		
Si	28	82,35
No*	6	17,65

*Lo realizaba Medicina del Trabajo aunque en uno de los hospitales la vigilancia de la salud la realizaba Medicina Preventiva.

Tabla 26. Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL que se realizan en el Servicio. Procedimiento 30.

VARIABLE	n	%
P.3.3 ¿Realiza el Procedimiento 30 (Protección en situación de embarazo y lactancia natural)?		
Si	29	85,29
No*	5	14,71

*Lo realizaba Medicina del Trabajo

Tabla 27. Procedimientos del Sistema de Gestión de PRL que se realizan en el Servicio. Participa en el informe de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (C.A.T.I.)

VARIABLE	n	%
P.3.4 ¿Participa en el informe de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (C.A.T.I.)?		
a.-No, lo realiza Medicina del Trabajo	5	14,71
b.-No, lo realiza Prevención de Riesgos Laborales	1	2,94
c.- No, adaptado a su empresa	2	5,88
d.-Si, en relación a accidente biológico y en la propuesta de declaración de enfermedad profesional	24	70,59
e.-Si, en relación a cualquier accidente laboral y en la propuesta de enfermedad profesional	1	2,94
f.-Si, relación a accidente biológico, en el seguimiento de otros accidentes laborales si conllevan baja laboral y en la propuesta de enfermedad profesional	1	2,94
P.3.4 ¿Realiza el Procedimiento 04 (Accidentes de trabajo o incidentes)?		
P.3.5 ¿Realiza el Procedimiento 29 (Comunicación de sospecha de enfermedad profesional)		

Tabla 28. Protocolo de actuación ante Accidentes Biológicos.

VARIABLE	n	%
P.3.5 ¿Tiene el Servicio un protocolo de actuación en caso de accidentes biológicos?		
Si*	34	100,00
No	0	0,00
P.3.6 En caso de accidente biológico en horas que no hay presencia de un preventivista (fin de semana, etc.) ¿Quién resuelve el problema?		
a.-Supervisor de Enfermería de Guardia	1	2,94
b.-Supervisor de Enfermería de Guardia, ante duda llama a Preventivista	1	2,94
c.-Servicio de Urgencias	28	82,35
d.-Medicina Interna de guardia	4	11,76

*En 1 hospital lo realizaba Medicina del Trabajo; en los 2 hospitales que estaban integrados como Servicios de Prevención lo realizaban en colaboración mutua con Medicina del Trabajo.

Tabla 29. Protocolo de vacunación para personal sanitario.

VARIABLE	n	%
P.3.7 ¿Existe un Protocolo de Vacunación en personal sanitario?		
Si*	21	61,76
No	13	38,29
P.3.8 ¿Se administran vacunas a personal sanitario en el Servicio de Medicina Preventiva?		
Si†	33	97,06
No‡	1	2,94

*En 3 Hospitales era compartido con Medicina del trabajo; † En 3 hospitales se administraban compartido con Medicina del Trabajo.; ‡Lo realizaba Salud Laboral.

Tabla 30. Protocolo de vacunación para pacientes.

VARIABLE	n	%
P.3.9 ¿Existe un Protocolo de vacunación para pacientes trasplantados, esplenectomizados, VIH, etc.?		
Si	29	85,30
No	5	14,70
P.3.9.1. ¿Se administran vacunas a pacientes que van a ser trasplantados, esplenectomizados, VIH, etc en el Servicio de Medicina Preventiva?		
Si	27	79,41
No	7	20,59
P 3.9.1.1.Tipo de pacientes	ANEXO VII	

Tabla 31. Vacunación del viajero.

VARIABLE	n	%
P.3.10 ¿Disponéis de una consulta de viajero para personal del hospital o de fuera del hospital?		
a.- Si, Centro de Vacunación Internacional integrado en la UGC	3	8,82
b.- Si, consulta con horario establecido en el Servicio de Medicina Preventiva aunque precisa complementarse con Sanidad Exterior*	1	2,94
c.- No, pero se atiende a demanda aunque precisa complementarse con Sanidad Exterior*	30	88,23

*Personal sanitario y familiares de personal sanitario.

Tabla 32.1. Vacunas disponibles en el Servicio.

VARIABLE		n	%
P.3.8.1 ¿Qué vacunas dispone en el Servicio?			
a.- Tétanos-Difteria (Td)	Si	34	100,00
	No	0	0,00
b.- Difteria-Tétanos-Pertussis (DTpa)	Si	17	50,00
	No	17	50,00
c.- Hepatitis A	Si	24	70,59
	No	10	29,41
d.- Hepatitis B	Si	34	100,00
	No	0	0,00
e.- Triple Vírica	Si	22	64,71
	No	12	35,29
f.- Varicela	Si	18	52,94
	No	16	47,06
g.- Gripe	Si	34	100,00
	No	0	0,00
h.- Poliomieltis	Si	8	23,53
	No	26	76,47
i.- Haemophilus Influenzae Tipo B	Si	18	52,94
	No	16	47,06
j.- Neumococo (23 Valente)	Si	20	58,52
	No	14	41,18
k.- Meningococo C Conjugada	Si	18	52,94
	No	16	47,06

Aquellas vacunas de las que nos disponían en sus servicios podían ser solicitadas a farmacia, como el caso de Haemophilus Influenzae B, Neumococo, Meningococo. En ocasiones el profesional no diferenciaba claramente que vacunas llegaban directamente al Servicio y cuales había que solicitar a Farmacia a la hora de declarar de qué vacunas disponía en el Servicio.

Tabla 32.2. Otras vacunas disponibles en el servicio.

Otras
Fiebre amarilla, Encefalitis Japonesa, Encefalitis Centroeuropea, en 1 solo centro (CVI).
Hepatitis A+B refirieron tenerla 7 Servicios.
Tifoidea, refirieron tenerla 2 Servicios; Rotavirus , refirieron tenerla 1 Servicio.
Rabia, 2 Servicios refirieron que tenían que ser solicitados a Delegación Provincial, el resto en su hospital.
Vacuna Polisacárida Conjugada de 13 Serotipos Neumocócicos, refirieron disponer de ella en el hospital 10 Servicios.
Vacuna Antimeningocócica Conjugada Tetravalente, refirieron disponer de ella 3 centros.
Inmunoglobulinas se disponía en farmacia

Tabla 33.1. Programas de Educación Sanitaria establecidos.

VARIABLE		n	%
P.3.11 ¿Tiene el Servicio algún programa de educación sanitaria establecido?			
	Si	34	100,00
	No	0	0,00
P.3.10.1 Indique cuáles			
a.- Higiene de manos	Si	34	100,00
	No	0	0,00
b.- Manipuladores de alimentos	Si	5	14,71
	No	29	85,29
c.- Riesgos laborales	Si	7	20,59
	No	27	79,41
d.- Infección nosocomial	Si	19	55,88
	No	15	44,12
e.- Aislamientos	Si*	22	64,71
	No	12	35,29
f.- Accidentes biológicos	Si	8	23,53
	No	26	76,47
g.- Gestión de residuos biosanitarios/ Gestión medioambiental	Si	10	29,41
	No	24	70,59

*En 1 hospital no se incluye el aislamiento de contacto

Tabla 33.2. Programas de Educación Sanitaria establecidos.

VARIABLE		N	%
f.-Higiene Hospitalaria (Limpieza y desinfección)	Si	5	14,71
	No	29	85,29
g.-Enfermedades transmisibles/ Enfermedades de declaración Obligatoria	Si	6	17,65
	No	28	82,35
h.- Vacunación	Si	4	11,76
	No	30	88,24
i.- Radiaciones ionizantes	Si	1	2,94
	No	33	97,06
j.- Taller de Mantoux	Si	3	8,82
	No	31	91,18
k.- Esterilización	Si	1	2,94
	No	33	97,06
l.- Uso Racional de Antibióticos	Si	2	5,88
	No	32	94,12
m.- Normas de quirófano/ uso de protecciones- guantes	Si	3	8,82
	No	31	91,18
n.- Seguridad del Paciente	Si	5	14,71
	No	29	85,29
ñ.- Tabaquismo	Si	6	17,65
	No	28	82,35

Otros: Plan de Multirresistentes. Participación ciudadana del hospital; Reacciones adversas al látex; Antisépticos, Bacteriemia Zero. Salud laboral. Seguridad de la salud.

Tabla 34. Responsabilidad en la Vigilancia de Productos Sanitarios.

VARIABLE	n	%
p.3.12 ¿Tiene el Servicio de Medicina Preventiva responsabilidad en la Vigilancia de Productos Sanitarios especialmente en lo referente a alerta de productos sanitarios? (EJ. Prótesis cadera Sistema DePuy ASR seguimiento de implantados de cromo y níquel?)		
Si	2	5,88
No	32	94,12

5.1.4.- PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla 35.1. Atención a contactos de enfermos con patología infecciosas.

VARIABLE	n	%
P.4.1 ¿Realiza la atención a contactos de enfermos de algunas patologías infecciosas?		
Si*	27	79,41
No	7	20,59
P 4.1.1 Indique cuáles		
a.- Tuberculosis		
Si†	19	70,37
No‡	8	29,63
b.- Meningitis		
Si§	27	100,00
No	0	0,00
c.- Hepatitis B		
Si	10	37,03
No	17	62,96
d.- Hepatitis C		
Si	9	33,33
No	18	66,67
e.- VIH		
Si	9	33,33
No	18	66,67

*7 (20.59%) Servicios atendían solo a familiares íntimos que estuviesen en el hospital; 3 (8.82%) Servicios atendían solo al cuidador principal; 1(2.94%) Servicio acuerda con el clínico la atención que se presta;

†En 1 hospital sólo se realizaba en edad pediátrica; ‡En 2 hospitales se derivan a Consulta de Tuberculosis (en uno de ellos se compartía la atención a los trabajadores)

§ Profilaxis

Tabla 35.2. Atención a contactos de enfermos con patología infecciosas.

VARIABLE		n	%
d.- Otras	Si*	13	50,00
	No	13	50,00
d.1 Sarampión	Si	9	33,33
	No	18	66,67
d.2 Varicela	Si	8	29,63
	No	19	70,37
d.3 Tosferina	Si	5	18,52
	No	22	81,48

* Mayoritariamente en profesionales

Tabla 36. Promoción de la Salud.

VARIABLE		n	%
P 4.2 ¿Realiza actividades de Promoción de la Salud en al lugar de trabajo?*/§	Si†	32	94,12
	No‡	2	5,88
P 4.2 ¿Realiza actividades de Promoción de la Salud en la comunidad?	Si#	5	14,71
	No	29	85,29

*Recomendaciones de hábitos de vida saludable; †2 hospitales en colaboración con Medicina del Trabajo; ‡1 hospital realizaban colaboraciones en algunas campañas con Medicina del Trabajo; § 6 hospitales realizaban actividades específicas, consulta de deshabituación tabáquica y/o grupos de deshabituación tabáquica. 19 Hospitales pertenecían a la Red de Hospitales Libres de Humo. Proyecto "Escaleras es Salud". Webs de promoción de la salud en el hospital; #1 Servicio en la Asociación contra el cáncer; 1 Servicio en charlas de proyectos organizados para la comunidad por el Comité de Participación Ciudadana. Los servicios con UGC internivel a través de los profesionales que forman parte de ella.

5.1.5.- CALIDAD

Tabla 37. Unidad de Calidad.

VARIABLE	n	%
P.5. ¿Existe una Unidad de Calidad en su Hospital?		
Si, integrada en el Servicio de Medicina Preventiva	1	2,94
Si, no integrada en el Servicio de Medicina Preventiva	19	55,88
No	13	38,24
No sabe	1	2,94

Tabla 38. Seguridad del Paciente.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de diseño, apoyo metodológico y/o aplicación de programas de seguridad del paciente específicos para Servicios, Unidades de Gestión Clínica y/o Procesos asistenciales integrados?		
Si	24	70,59
No	10	29,41
2. ¿Participa directamente en la aplicación de planes globales de seguridad del paciente para todo el hospital, como por ejemplo: identificación inequívoca del paciente mediante pulseras, listado de verificación de la seguridad quirúrgica, etc.?		
Si	23	67,65
No	11	32,35
3. ¿Realiza estudios de prevalencia y/o incidencia de eventos adversos en el hospital?		
Si	12	35,29
No	22	64,71

Tabla 39. Gestión de Procesos.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de coordinación, soporte metodológico y/o logístico de los Grupos de Implantación y Desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados, siguiendo las guías editadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía?		
Si	10	29,41
No	24	70,59
2. ¿Realiza evaluación de los resultados de los Procesos Asistenciales Integrados?		
Si	3	8,82
No	30	88,24
NS	1	2,94
3. ¿Realiza actividades de apoyo metodológico a la Comisión Mixta de Calidad Interniveles para el seguimiento del Plan de implantación y desarrollo de los Procesos Asistenciales Integrados acordados entre los Distritos de referencia y el Hospital?		
Si	4	11,76
No	29	85,29
NS	1	2,94

Tabla 40. Procesos de Acreditación y Certificación.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de asesoría para el Proceso de Acreditación del Hospital por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y/o de las Unidades de Gestión Clínica?		
Si	19	55,88
No	15	44,12
2. ¿Realiza actividades de apoyo en Auditorías del Ministerio de Sanidad y Política Social en relación a los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud?		
Si	6	17,65
No	28	82,35
3. ¿Realiza actividades de apoyo en Auditorías del Programa Docente MIR del Ministerio?		
Si	1	2,94
No	33	97,06
4. ¿Realiza actividades de asesoría en implantación y desarrollo de normas de certificación como las Normas ISO u otros modelos de calidad como los diseñados por Sociedades Científicas y Organizaciones Internacionales?		
Si	11	32,35
No	23	67,65

Tabla 41. Certificación de Competencias.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de asesoría a los profesionales que quieran acreditar su competencia profesional por el modelo de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía?		
Si	22	64,71
No	12	35,29

Tabla 42. Gestión Clínica.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de asesoramiento, apoyo metodológico y/o evaluación de la Unidades de Gestión Clínica según lo establecido en el Contrato Programa de Hospitales vigente?		
Si	14	41,18
No	20	58,82
2. ¿Realiza actividades de apoyo metodológico y logístico para el diseño y desarrollo de nuevas Unidades de Gestión Clínica?		
Si	6	17,65
No	28	82,35

Tabla 43. Voz del Cliente.

VARIABLE	n	%
1. ¿Colabora en la recogida de la opinión de los ciudadanos sobre distintos aspectos de calidad mediante grupos focales?		
Si	0	0,00
No	34	100,00
2. ¿Colabora en la realización y/ o evaluación de encuestas de satisfacción a pacientes?		
Si	6	17,65
No	28	82,35

Tabla 44. Staff a la Dirección y Unidades Funcionales.

VARIABLE	n	%
1. ¿Realiza actividades de asesoramiento a Jefes de Servicio, Directores de Unidades y otros profesionales para el desarrollo de proyectos y memorias de gestión?		
Si	11	32,35
No	23	67,65
2. ¿Realiza actividades de mantenimiento actualizado de la documentación y registros del sistema de calidad?		
Si	11	32,35
No	23	67,65

Tabla 45. Docencia.

VARIABLE	n	%
1. Diseña y realiza actividades formativas en temas de calidad, dirigidas a todo el personal del hospital, incluidos postgrados y pregrados.		
Si	14	41,18
No	20	58,82

Tabla 46. Evaluación de Resultados y Mejora Continua.

VARIABLE	n	%
1. Colabora en la evaluación de resultados de efectividad clínica y/o calidad asistencial?		
Si	15	44,12
No	19	55,88
2. ¿Presta asesoramiento metodológico a los grupos de mejora activos en el Centro?		
Si	22	64,71
No	12	35,29

5.1.6.- APOYO INSTITUCIONAL A LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Tabla 47.1. Comisiones Intrahospitalarias.

VARIABLE	n	%
6.1 Comisiones Intrahospitalarias en las que el Servicio de Medicina Preventiva participa		
a.- Comisión de Adaptación Laboral (Comisión de Prestaciones .de Prestaciones)*		
Si	16	80,00
No	4	20,00
b.- Comisión de Calidad (C. Calidad y Seguridad del paciente)†		
Si	22	70,97
No	9	29,03
c.- Comité de Catástrofes (C. Autoprotección.)‡		
Si	1	4,76
No	20	95,24
d.- Comité de ética de la investigación§		
Si	6	20,69
No	23	79,31
e.- Comité de ética asistencial#		
Si	2	8,70
No	21	91,30

* La tenían 20 Hospitales, no la tenían 14 Hospitales. . †La tenían 31 Hospitales, no la tenían 3 Hospitales. . ‡ No sabían si existía en 13 hospitales, lo tenían 21 Hospitales), §. Lo tenían 29 Hospitales, no lo tenían 4 Hospitales, 1 hospital no sabía si existía, #Lo tenían 23 Hospitales, no lo tenían 9 Hospitales, 1 hospital no sabía si existía.

Tabla 47.2. Comisiones Intrahospitalarias.

VARIABLE	n	%
f.- Comisión de infecciones (C. Infecciones y Política Antimicrobiana)		
Si	34	100,00
No	0	0,00
g.- Comisión de Mortalidad (C. Morbimortalidad /C. mortalidad, tejidos y tumores)*		
Si	8	28,57
No	20	71,43
h.- Comité de Seguridad y Salud		
Si	28	82,35
No	6	17,65
i.- Comisión de Suministros (Plataforma de compras única)†.		
Si	5	21,74
No	18	78,26
j.- Comité de Tumores‡.		
Si	3	10,00
No	27	90,00
k. Otras		
Si	8	23,53
No	26	76,47

*La tenían 28 Hospitales, no la tenían 6 Hospitales.)†. La tenían 18 Hospitales, no la tenían 7 Hospitales, 5 hospital no sabían si existía. ‡.La tenían 30 Hospitales, no la tenían 2 Hospitales, 2 Hospitales no sabían si existía,

Tabla 47.3. Comisiones Intrahospitalarias. Otras.

VARIABLE	n	%
K. Otras		
1.- Comité de Seguridad del Paciente/ Comisión de seguridad clínica	13	---
2.-Comité de Gestión medioambiental/ Comisión de residuos	5	---
3.- Comisión de obras	10	---
4.- Comisión de limpieza	3	---
5.- Comisión de Farmacia	2	---
6.- PROA	3	---
7.-Legionella y seguridad ambiental/ Comisión de control y seguimiento de la legionella/ Grupo de trabajo de legionella	3	---
8.- Comisión de historias clínicas	2	---
9.- Comisión de quirófanos/Comisión de área quirúrgica/ Comisión de higiene quirúrgica	3	---
10.- Comisión de esterilización	1	---
11.- Comité de instalaciones de riesgos	1	---
12.- Comisión de trasplantes	1	---
13.- Comisión de atención sanitaria basada en la evidencia	1	---
14.- Comisión de desarrollo y formación profesional	1	---
15.- Comisión de tecnologías sanitarias	1	---

Tabla 48. Otras actividades Institucionales.

VARIABLE		n	%
P 6.2 Indique en que otras actividades participas			
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)	Si	34	100,00
	No	0	0,00
Conexión con Atención Primaria-Epidemiología	Si	34	100,00
	No	0	0,00
Conexión con Atención Primaria-Centros de Salud	Si	10	29,41
	No	24	70,59
Realiza las Encuestas Epidemiológicas de las EDO de su hospital	Si	33	96,66
	No	1	3,33

Tabla 49. Comisiones Institucionales o Grupos Asesores.

VARIABLE		n	%
P 6.3 ¿ Participa en otras Comisiones Institucionales o Grupos Asesores?			
	Si	14	41,18
	No	20	58,82
P 6.3.1. Indique cuales			
a.- Consejería de Salud	Si	10	71,42
	No	4	28,57
b.- Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud	Si	4	28,57
	No	10	71,42
c.- Delegación Provincial de Salud	Si	6	42,88
	No	8	57,14

Consejería de Salud: Grupo de acreditación de competencias profesionales. Agencia de calidad sanitaria. Sistema de vigilancia epidemiológica. Comisión asesora de la especialidad. Abordaje de brotes nosocomiales Legionella. Grupos de seguridad del paciente. Tabaquismo. Grupo de expertos sobre uso adecuado de antibioterapia. Elaboración del Protocolo 22.

Servicio Andaluz de Salud; Plan de vigilancia de medicamentos. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Delegación Provincial de Salud Comité de ética de la Investigación provincial; Grupos de trabajo de procesos de TBC, ITS, legionella. Seguridad del paciente; Enfermedades de declaración obligatoria.

5.1.7.- OTROS ASPECTOS

Tabla 50.1. Actividades en un laboratorio de Microbiología en el Servicio de Medicina Preventiva.

VARIABLE	n	%
P.7.1 Existe un laboratorio en el Servicio de Medicina Preventiva para realizar actividades básicas		
Si	4	11,76
No	30	88,24
P 7.1.1 Actividades que realiza el laboratorio de Medicina Preventiva		
Recuentos bacterianos en controles ambientales		
Si	4	100,00
No	0	0,00
Recuentos de hongos en controles ambientales		
Si	4	100,00
No	0	0,00
Estudio de contaminación de superficies		
Si	4	100,00
No	0	0,00
Estudio de Legionella en agua		
Si	0	0,00
No	4	100,00

Tabla 50.2. Actividades en un laboratorio de Microbiología en el Servicio de Medicina Preventiva.

VARIABLE	n	%
Estudio de Legionella en ambiente		
Si	0	0,00
No	4	100,00
Controles biológicos de central de estéril		
Si	3	75,00
No	1	25,00
Control de colonización de microorganismos multirresistentes		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Medicina Preventiva realiza un cribado de placas enviando solo aquellas con colonias sospechosas ya aisladas a Microbiología para su identificación		
Si	1	25,00
No	3	75,00

5.1.7.- OTRAS ACTIVIDADES

Tabla 51.Otras Actividades relevantes no recogidas en el cuestionario. (1)

Docencia.

1. Tutorización a residentes de medicina del trabajo.
2. Tutorización de alumnos universitarios del máster de PRL y alumnos de Formación Profesional
3. Formación externa en bioseguridad y PRL
4. Docencia en Centros de Salud.

Vigilancia de la Salud.

1. Vigilancia de los trabajadores del Área Sanitaria (Centros de salud).
2. Vacunación de estudiantes, investigadores no SAS.
3. Salud laboral de los hospitales de alta resolución.
4. Estudio de seroconvertidores: Realización de Mantoux a personal sanitario de forma aleatoria sin aviso previo.
5. Realización de Informes de siniestralidad.
6. Evaluación de riesgos laborales a través de PRL.
7. Consulta de pacientes VIH de trabajadores de otro hospital
8. Control y recogida de Dosímetros y control de los usuarios.
9. Consulta e intervención en Tabaquismo/ red de hospitales libres de Humo/ Hospitales saludables

Bioseguridad.

1. Bioseguridad de los Hospitales de Alta resolución.
2. Utilización de ATP.
3. Incidencias a demanda en relación a seguridad.

Consulta de Medicina Preventiva.

1. Estudio de Mantoux en consultas externas de pacientes que van a iniciar tratamiento inmunosupresor en Dermatología.

Otras Unidades.

1. Unidad de Registro:
 - a. Registro de tumores hospitalarios.
 - b. Seguridad del paciente, efectos adversos.
 - c. VIH
 - d. EDO
2. Responsable de la Unidad de Investigación.
3. Unidad de Medicina Tropical.

Tabla 51. Otras Actividades relevantes no recogidas en el cuestionario. (2)

Publicaciones.

1. Manual de vacunación.
2. Guía de antisépticos y desinfectantes

Colaboraciones.

1. Colaboración con epidemiología en el resultado de informes de interrupción voluntaria del embarazo, cáncer de mama, píldora postcoital, salud escolar, Programa de vacunación Infantil.
2. Colaboración con la dirección en el seguimiento del contrato programa.
3. Participación en el comité asesor de vacunas.
4. Colaboración con Sanidad Exterior.
5. Coordinación de comisiones clínicas del hospital de la Junta Facultativa.
6. Elaboración de memoria y redacción de parte de la memoria del hospital.
7. Actualización del Plan de Emergencias del Hospital.
8. Grupos de mejora en brotes.
9. Evaluación de Productos Sanitarios.

Otros.

1. Reclamaciones Patrimoniales
2. Control de la vacunación, registro, mecanización de datos a la Consejería de Salud de la vacunación de RN de hepatitis B.
3. Declaración de parálisis flácida.
4. Sistema de vigilancia e incidencia de las úlceras por presión.

Integración de las Nuevas Tecnologías.

1. Pagina web con la cartera de servicios y protocolos publicados en ella.

ANEXO V

CUESTIONARIO OBJETIVO 1.

OTROS ESTUDIOS DE INFECCIÓN



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

P2.4.1 En ¿qué Unidades?

1. Densidad de incidencia de infección en sondas y vías centrales de todo el hospital excepto maternoinfantil durante todo el año.(bacteriemias).
2. Infección de todos los Servicios del hospital/mensual.
3. Ginecología (cesáreas e hysterectomías).
4. Vigilancia prospectiva en Servicios Quirúrgicos y UCI durante todo el año.
5. Control de la infección en Neurocirugía de columna y cráneo.
6. Estudio retrospectivo de infección en todo el hospital. ENVIN-UCI realizado por la UCI que le comunica los resultados.
7. Ginecología (cesáreas).
8. En hospitalización médica control de sondas, catéteres centrales y periféricos y se amplía el plan de vigilancia al resto de Servicios Quirúrgicos no contemplados en el PVCIN del SAS.
9. UCI de adultos y niños. En pacientes de todos los Servicios del hospital se realiza estudio prospectivo de infección durante todo el año.
10. Oncohematología Pediátrica, UCI de Traumatología, UCI Pediátrica, Unidad de Quemados, Oncohematología de adultos, Neurocirugía adultos e infantil.
11. INCLIMECC: UCI todo el año, Cirugía General y Traumatología 3-4 meses al año.
12. Medicina interna: infección de sondas urinarias a diario.
13. Todos los Servicios Quirúrgicos completos con informe trimestral.
14. INCLIMECC: Cirugía General, Traumatología, Medicina Interna.
15. INCLIMECC: en todas las unidades de hospitalización se realiza vigilancia pasiva mediante enfermería de enlace.
16. INCLIMECC: en todas las plantas de hospitalización a diario).
17. Vigilancia prospectiva en Cirugía General y Urología extendiendo los mínimos

del SAS

18. Neonatos, Neurocirugía (columna), Hematología. ENVIN-UCI (lo realiza la UCI).
19. Todo el hospital mensualmente. Cirugía General, Urología, Ginecología y Obstetricia (cesáreas), Traumatología, herida quirúrgica, infección en los Servicios Médicos.
20. Ginecología (cesáreas); Cirugía General (herniorrafias, colecistectomías); estudio retrospectivo en Unidades Médicas a través de CMBA.
21. INCLIMECC: Cirugía General; Traumatología; Urología y UCI, se envía informe mensual.
22. Traumatología solo las prótesis; Cirugía General (todos los procesos); Urología (todos los procesos), ORL (todos los procesos); Cirugía Cardíaca (todos los procesos); Cirugía Torácica (todos los procesos); UCI General, Pediátrica y Neonatal todo el año; Hematología.
23. Unidades Quirúrgicas, UCI (pediátrica y de adultos)
24. Cirugía General (todos los procesos), Ginecología, Neonatos y UCI
25. Sistema de vigilancia prospectivo de incidencia en todos los Servicios, revisión diaria de todos los pacientes, sondas vías, heridas.
26. Estudios de incidencia mensuales en todos los servicios durante todo el año
27. PREVINE; (Vigilancia de la infección a pacientes que llevan ingresados más de 48 horas en todos los Servicios y se hace seguimiento del paciente).
28. Impacto de la Infección Nosocomial sobre toda la infección. Mortalidad/infección 2 veces al año.
29. Revisión de todos los cultivos positivos de todo el hospital a diario; Vigilancia activa por enfermería en todos los Servicios.
30. Vigilancia retrospectiva especial atención a Cirugía General y UCI todo el año
31. Revisión de los cultivos de los hospital mensualmente. La enfermería hace vigilancia activa por las plantas.
32. 6 Hospitales indicaron que realizaban INCLIMECC.

ANEXO VI

CUESTIONARIO OBJETIVO 1.

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Microorganismos de especial atención por algunos Servicios de forma específica, aunque vigilan todos los del PVCIN.

1. <i>Staphylococcus aureus</i> Meticilin Resistente (MRSA)	31 hospitales
2. <i>Acinetobacter baumannii</i>	28 hospitales
3. <i>Kebsiella pneumoniae</i> BLEE	27 hospitales
4. <i>E. Coli</i> BLEE	20 hospitales
5. <i>Enterococcus</i> Vancomicina Resistente	14 hospitales
6. <i>Pseudomona</i> Resistente a Carbapenem	17 hospitales
7. <i>Clostridium difficile</i>	3 hospitales
8. <i>Stenotrophomona maltophilia</i>	6 hospitales
9. Otros	
a. <i>Staphylococcus aureus</i> con sensibilidad intermedia a Glicopéptidos,	1 hospital
b. <i>Proteus mirabilis</i> BLEE,	2 hospitales
c. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> R a Rifampicina, Isoniacida: <i>Mycobacterium tuberculosis</i> resistente a Quinolonas, Amikacina, Kanamicina y Capreo (Resistentes a fármacos de 1ª y 2ª línea),	1 hospital
d. <i>Serratia</i> multirresistente,	1 hospital



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ANEXO VII

CUESTIONARIO OBJETIVO 1

**ATENCIÓN EN CONSULTA DE VACUNACIÓN A PACIENTES DE
RIESGO O INMUNODEPRIMIDOS POR NIVEL ASISTENCIAL.**



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Tipología de pacientes vacunados en consulta de vacunación según protocolos (declarados por los facultativos)

1. **Esplenectomizados**, 30 hospitales. (15 Hospitales Comarcales, 10 Hospitales de Especialidades, 5 Hospitales Regionales).
2. **VIH**, 13 hospitales. (5 Hospitales Comarcales, 4 Hospitales de Especialidades, 4 Hospitales Regionales).
3. **Predialisis/Diálisis**, 12 hospitales. (3 Hospitales Comarcales, 5 Hospitales de Especialidades, 4 Hospitales Regionales).
4. **Pretransplante/Transplantados Órganos Sólidos**, 14 hospitales. (4 Hospitales Comarcales, 5 Hospitales de Especialidades, 5 Hospitales Regionales).
5. **Pretransplantados/Transplantados de Progenitores Hematopoyéticos**, 10 hospitales. (1 Hospitales Comarcales, 4 Hospitales de Especialidades, 5 Hospitales Regionales).
6. **Oncológicos**, 6 hospitales. (3 Hospitales de Especialidades, 3 Hospitales Regionales).
7. **Hematológicos**, 10 hospitales (1 de forma ocasional). (3 Hospitales Comarcales, 3 Hospitales de Especialidades, uno de forma ocasional; 4 Hospitales Regionales)
8. **Oncohematológicos**, 7 hospitales. (4 Hospitales de Especialidades, 3 Hospitales regionales).
9. **Pacientes sometidos a Terapia Biológica o Tratamiento Inmunosupresor en Consultas Externas**
 - a. **Enfermedad Inflamatoria Intestinal**, 17 hospitales. (6 Hospitales Comarcales, 6 Hospitales de Especialidades, 5 Hospitales Regionales).
 - b. **Patología Dermatológica**, 2 hospitales (Regionales)
 - c. **Patología Reumatológica**, 3 hospitales. (1 Hospitales de Especialidades, 2 Hospitales Regionales).

d. Hepatopatías (Hepatitis C en tratamiento con interferon), 1 hospital (Especialidades).

10. Pacientes Crónicos, 9 hospitales (4 de ellos a demanda). (5 Hospitales Comarcales, 2 de ellos a demanda; 2 Hospitales de Especialidades, uno de ellos a demanda; 2 Hospitales Regionales, uno de ellos a demanda).

11. Pacientes con Conductas de Riesgo, 1 hospital (Especialidades).

12. Pacientes con Fibrosis Quística, 3 hospitales (Regionales).

13. Niños con Cardiopatías Congénitas, 1 hospital (Regional).

14. Niños alérgicos al huevo (vacuna triple vírica), 1 hospital (Especialidades).