

### 3. Otras disposiciones

#### CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

*RESOLUCIÓN de 15 de octubre de 2013, por la que se ordena la publicación del Informe de fiscalización sobre Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria, ejercicio 2011.*

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 17 de julio de 2013,

#### R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de fiscalización sobre Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria, correspondiente al ejercicio 2011.

Sevilla, 15 de octubre de 2013.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria. Ejercicio 2011

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 17 de julio de 2013, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de fiscalización sobre Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria, correspondiente al ejercicio 2011.

#### Í N D I C E

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS Y ALCANCE
3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
  - 3.1. Aspectos Generales de los Distritos
  - 3.2. Recursos Disponibles
    - 3.2.1. Recursos Humanos
      - 3.2.1.1 Organización
      - 3.2.1.2 Efectivos disponibles
    - 3.2.2. Recursos Materiales
    - 3.2.3. Recursos Económicos
  - 3.3. Actividad Desarrollada
    - 3.3.1. Actividad ordinaria
    - 3.3.2. Actividad de la cartera de servicios en Atención Primaria
    - 3.3.3. Planes Integrales en Atención Primaria
    - 3.3.4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados
  - 3.4. Eficacia
    - 3.4.1. Coherencia del Contrato Programa
    - 3.4.2. Cumplimiento del Contrato Programa de los Distritos
      - 3.4.2.1. Perspectiva Financiera
      - 3.4.2.2. Perspectiva de la Delegación-Gestión Clínica
      - 3.4.2.3. Perspectiva de Formación y Crecimiento
      - 3.4.2.4. Perspectiva Cliente
      - 3.4.2.5. Perspectiva Interna
      - 3.4.2.6. Perspectiva de Desarrollo Crítico
      - 3.4.2.7. Evaluación global del Contrato Programa de Distritos
    - 3.4.3. Cumplimiento de objetivos de las Unidades de Gestión Clínicas
  - 3.5. Economía y Eficiencia
    - 3.5.1. Costes totales de Personal
    - 3.5.2. Número Profesionales
    - 3.5.3. Coste medio por profesional
    - 3.5.4. Absentismo
    - 3.5.5. Actividad media por profesional

- 3.5.6. Consumos
- 3.5.7. Gasto farmacéutico
- 3.5.8. Costes unitarios por consulta y habitante
- 3.6. Calidad
- 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- 5. ANEXOS
- 6. ALEGACIONES

## A B R E V I A T U R A S

BDU	Base de datos de Usuarios
COAN-D	Sistema de Contabilidad Analítica de Distritos de Atención Primaria
CP	Contrato Programa
CS	Centro de Salud
CSAP	Cartera de Servicios de Atención Primaria
DAP	Distrito de Atención Primaria
DPA	Distrito Poniente de Almería
DCCU	Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
DCS	Distrito Costa del Sol
DPAs	Distritos de Atención Primaria
EBAP	Equipo Básico de Atención Primaria
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
IECA	Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
PACPAL	Proceso Asistencial de Cuidados Paliativos
PAI	Proceso Asistenciales Integrados
PIAC	Plan Integral de Accidentabilidad
PICA	Plan Integral de Cardiopatías
PIDMA	Plan Integral de Diabetes Mellitus
PIOA	Plan Integral de Oncología
PIOBIN	Plan Integral de Obesidad Infantil
PISMA	Plan Integral de Salud Mental
PITA	Plan Integral de Tabaquismo
PVP	Precio Venta al Público
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIAGC	Sistema de Seguimiento de Objetivos de las Unidades de Gestión Clínica
SIGAP	Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria
SICPROI	Sistema de Seguimiento de Objetivos del Contrato Programa
SSP	Sector Sanitario Público
SSPA	Sector Sanitario Público Andaluz
TAES	Tarjetas Ajustadas a Edad
TAFE	Tarjeta Ajustada para Farmacia por Edad
TIS	Tarjetas Individuales Sanitarias
TS	Trabajo Social
UGC	Unidad de Gestión Clínica
ZNTS	Zonas Necesitadas de Transformación Social

## 1. INTRODUCCIÓN

1. El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía aprobó el Plan de Actuaciones del ejercicio 2012 en su sesión de fecha 23 de febrero de dicho ejercicio, en el que se incluyó por, iniciativa fiscalizadora propia, una fiscalización operativa denominada Análisis comparativo de dos Distritos de Atención Primaria, ejercicio 2011.
2. La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía establece que la Atención Primaria de Salud es el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora, así como la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.
3. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en **distritos** de atención primaria, que integran demarcaciones territoriales denominadas **zonas básicas de salud**.

Los distritos de atención primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia y la investigación.

La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Están constituidas por los municipios que para cada una de ellas determina el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía.

En los casos de las Áreas de Gestión Sanitaria, que integran en un solo centro gestor tanto la atención primaria como la especializada, la organización de la atención primaria quedará definida en la norma de creación del Área, sin menoscabo de que las zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organicen de acuerdo al Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en Andalucía.

4. A la fecha de finalización del ejercicio 2011, la atención primaria era atendida por 24 Distritos de Atención Primaria (DAP) y 9 Áreas de Gestión Sanitaria. De dichos órganos gestores dependen un total de 406 Centros de Salud, 696 Consultorios Locales y 415 Consultorios Auxiliares<sup>1</sup>.
5. Se han seleccionado para efectuar el análisis comparativo los DAPs Costa del Sol de Málaga, con sede en el municipio de Mijas, y Poniente de Almería, con sede en El Ejido. Dicha selección

---

<sup>1</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

ha sido acogida favorablemente desde el punto de vista técnico por los responsables del Servicio Andaluz de Salud.

6. En esos DAPs concurren algunas circunstancias similares:

- En ambos el hospital de referencia es una empresa pública. En 2011, y en cumplimiento de la Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía, las antiguas Empresas Públicas andaluzas se configuran como Agencias Públicas Empresariales -de las reguladas en el artículo 68.1 b) de la Ley 9/2007-, por lo que esta organización pasa a denominarse Agencia Pública Empresarial Sanitaria.
- Se trata de dos DAPs localizados en zona costera, lo que conlleva en principio una morbilidad similar.
- En ambos hay un componente relevante de población foránea (si bien con orígenes geográficos diferentes, como se verá más adelante).
- Los dos DAPs se sitúan en zonas rurales (si bien debido a la importancia de la población atendida, el DAP Costa del Sol se clasifica internamente por el SAS junto con los denominados DAPs metropolitanos).

Las Zonas Básicas que forman parte de cada Distrito se detallan en el Anexo 1, así como los Centros de Salud, Consultorios y Consultorios Auxiliares con que cuenta cada una de ellas.

## 2. OBJETIVOS Y ALCANCE

7. Los objetivos fijados en la presente fiscalización consisten en concluir sobre los dos Distritos seleccionados, después de efectuar un análisis comparativo entre ellos y de éstos con el conjunto de DAPs de Andalucía, acerca de:

- Los recursos disponibles tanto humanos, como materiales y económicos.
- La actividad desarrollada.
- La eficacia alcanzada en el cumplimiento de los objetivos fijados a los distintos niveles.
- La eficiencia lograda en la utilización de los recursos existentes.
- La calidad de la prestación sanitaria ofertada y percibida por los usuarios.

8. Para alcanzar dichos objetivos se han utilizado los resultados que ofrecen los distintos sistemas de información existentes, que han sido debidamente contrastados durante los trabajos de campo, particularmente, los siguientes:

- Sistema de Gestión Contable, Presupuestaria y Financiera de la Junta de Andalucía (Sistema JUPITER).

- COAN-D, Sistema de Contabilidad Analítica de Distritos de Atención Primaria.
  - DIRAYA, Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria, que tiene tres objetivos: integrar toda la información que se genere en relación con un usuario en una Historia de Salud única, con independencia del nivel asistencial que intervenga; facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario y lograr que toda la información relevante esté estructurada, tanto para el uso del ciudadano como del profesional sanitario. Consta de diversos módulos, destacando MTI, Módulo de Tratamiento de la Información, y DIÁBACO, Módulo de Extracción de información de la Historia de Salud Digital.
  - SICPRO, Sistema de Seguimiento de objetivos del Contrato Programa
  - SIAGC, Sistema de Seguimiento de objetivos de las Unidades de Gestión Clínica
  - SIGAP, Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria, que tiene un carácter residual, pues DIRAYA y DIABACO han asumido la práctica totalidad de la información que contenía.
  - MICROESTRATEGY FARMA, de Seguimiento del Programa de Uso Racional del Medicamento.
9. De dichos sistemas de información -así como de otros más específicos de determinadas materias- se han obtenido datos o se han formulado indicadores que permitan realizar un análisis comparativo desde distintos puntos de vista:
- De un Distrito concreto de los seleccionados con respecto a ejercicios anteriores.
  - Comparando directamente los datos de ambos DAPs.
  - Comparando los datos de dichos DAPs con la media de Andalucía o con el conjunto de DAPs andaluces.
10. El presente trabajo se ha llevado a cabo de conformidad con los principios y normas de auditoría del sector público, habiéndose realizado las pruebas y obtenido cuantos datos han resultado necesarios para soportar las conclusiones

La lectura adecuada de este informe requiere que se tenga en cuenta el contexto global del mismo. Cualquier conclusión sobre un epígrafe o párrafo determinado pudiera no tener sentido aisladamente considerado.

Los trabajos de campo finalizaron el 27 de febrero de 2013.

### 3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

#### 3.1. Aspectos Generales de los Distritos

11. A continuación se exponen una serie de datos o indicadores -tanto sanitarios como socioeconómicos- sobre los aspectos generales que se han considerado más representativos del conjunto de municipios que forman parte del mapa sanitario de cada distrito:

DATOS	D. Costa del Sol	D. Poniente de Almería
Extensión superficial 2010 (Km cuadrados)	989	1.306
Población total (Padrón a 1.1.2012)	519.005	255.526
Densidad de Población	525	196
Nº de Extranjeros	165.849	74.541
% Extranjeros/Población	31,96%	29,17%
Centros De Salud	12	14
Consultorios	12	32
Vehículos Turismo	241.564	106.942
Oficinas Bancarias	387	178
Paro Registrado 2011	55.115	27.269
% Paro/Población (*)	10,62%	10,67%
Nº de declaraciones 2010	165.793	85.652
Renta media declarada	16.003	11.141

Fuente: IECA

(\*) Sobre población total, no población activa.

Cuadro nº 1

12. Del mismo se pueden destacar las siguientes notas:

- La población del Distrito Costa del Sol (DCS) es aproximadamente el doble que la del Distrito Poniente de Almería (DPA).
- La dispersión de la población del DPA es muy superior, lo que tiene como consecuencia la necesidad de contar con un mayor número de centros sanitarios.
- El resto de indicadores no presenta diferencias significativas, salvo el de renta media declarada (IRPF) que es un 44% superior en el DCS. Este factor puede tener efectos sobre la tasa de captación de la población por el sistema sanitario público, esto es, el número de tarjetas individuales sanitarias (TIS) en relación con la población.

TARJETAS INDIVIDUALES SANITARIAS ADSCRITAS EN BASE DE DATOS DE USUARIOS (BDU) A 31-12-2010	Costa del Sol	% s/ Andalucía	Poniente de Almería	% s/ Andalucía	TOTAL ANDALUCIA
A. Población total (1-1-10 s/ Padrón INE)	507.674	6,06%	252.576	3,02%	<b>8.370.975</b>
B. TIS totales	455.968	5,59%	252.927	3,10%	<b>8.162.980</b>
% de captación: (B/A)*100	89,82%	92,10%	100,14%	102,69%	<b>97,52%</b>

Fuente: SAS

Cuadro nº 2

Nota.- La población atendida (Nº de TIS) es la variable utilizada como referencia para efectuar el presente análisis comparativo.

13. Como se puede observar, en el DCS el número de tarjetas individuales al final del ejercicio 2010 representa una proporción respecto al total de Andalucía inferior (5,59%) a la que supone la población del distrito (6,06%), lo que significa que la diferencia corresponde a que los usuarios hacen uso de medios alternativos al sistema sanitario público (aproximadamente un 10% de la población total no ha sido captado por el sistema).

Por el contrario, en el DPA se da una captación superior al 100% debido a varios factores: el crecimiento de la población superior al derivado del crecimiento vegetativo y la existencia de usuarios no registrados por los servicios de estadística, pero que sí disponen de tarjeta sanitaria individual.

Abundando en lo anterior, en el ámbito de la asistencia especializada se da el mismo hecho: en el mapa sanitario del DCS se ubican ocho centros sanitarios privados, mientras que en el mapa del DPA no se ubica ninguno.

### **3.2. Recursos Disponibles**

#### 3.2.1. Recursos Humanos

##### 3.2.1.1. Organización

14. El Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, es el que establece la ordenación de la estructura orgánica y funcional de los Distritos de Atención Primaria.

De acuerdo con su art. 7:

*“1. Cada distrito de atención primaria se estructura en los siguientes órganos directivos unipersonales:*

*a) Dirección Gerencia.*

*b) Dirección de Salud.*

*c) Dirección de Cuidados de Enfermería.*

*d) Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional.*

*2. Cada distrito de atención primaria contará, además, con los siguientes órganos de asesoramiento:*

*a) Comisión de Dirección.*

*b) Comisiones Técnicas.*

3. *En los distritos de atención primaria, cuya complejidad así lo exija y se determine por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, se constituirán separadamente una Dirección de Gestión Económica y una Dirección de Desarrollo Profesional”.*

15. Desde el punto de vista funcional, los DAPs contarán con las unidades de gestión clínicas que se configuren y con un dispositivo de apoyo. Las primeras están formadas por profesionales adscritos a las zonas básicas de salud y el segundo por los profesionales que desarrollan tareas administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales necesarias para asegurar la atención primaria de salud a la población y el funcionamiento de las unidades de gestión clínica.
16. Los organigramas facilitados por los dos Distritos objeto de fiscalización se adecúan, en general, al mencionado Decreto 197/2007. No obstante, se han observado determinados aspectos en los que se advierten algunas diferencias:
17. - En relación con el DAP Costa del Sol (Anexo 2):
  - Al mismo nivel jerárquico que las distintas direcciones indicadas en el art. 7.1 anterior, se sitúa al Responsable de los Sistemas de Información, figura no recogida por el Decreto 197/2007. Del mismo se hace depender, además de los técnicos informáticos, a los técnicos de rayos X, trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. No obstante, dicha consideración no lleva aparejada la percepción del complemento de productividad (o complemento de rendimiento personal) de personal directivo.
  - El Servicio de Atención a la Ciudadanía, ó Gestoría de Usuarios en la denominación del Distrito, depende orgánica y funcionalmente de la Dirección de Salud en lugar de depender directamente de la Dirección Gerencia.
  - Asimismo, están vinculados a la Dirección de Salud los técnicos que, dependientes del Servicio de Salud, desarrollan sus funciones en las áreas de Educación para la Salud y Epidemiología. La Dirección Gerencia sí mantiene en relación con este Servicio la dependencia de los técnicos de salud pública: veterinarios y farmacéuticos, que se adscriben a una denominada Unidad de Protección de la Salud.
  - El conjunto de Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) se hace depender del conjunto del equipo directivo (y también del responsable de sistemas de información). El Decreto establece sin embargo que la dirección de UGC tendrá consideración de cargo intermedio y dependerá jerárquica y funcionalmente de la Dirección Gerencia del DAP (art. 25).
18. - En relación con el DAP de Poniente de Almería (Anexo 3):
  - El puesto de Dirección de Salud está desempeñado por un facultativo del Distrito que no cuenta con nombramiento como directivo. El sistema de información de contabilidad analítica no lo computa como personal directivo sino como facultativo, lo que ocasiona distorsiones en los cálculos de actividad y costes medios. En este caso el titular de dicha dirección sí ha percibido el complemento de productividad como personal directivo<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> A efectos de los cálculos sobre eficiencia se ha corregido esta eventualidad.



- Las funciones del Servicio de Salud se encuentran repartidas entre la Dirección Gerencia (Protección de la Salud), Dirección de Salud (Epidemiología), Dirección de Cuidados (Promoción de la Salud) y dependiendo conjuntamente de ésta última y de la Dirección de Gestión Económica y Desarrollo Profesional, los técnicos de Salud Ambiental.
- Las Unidades de Gestión Clínica y los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias se hacen depender conjuntamente de las Direcciones de Salud y de Cuidados, en lugar de hacerlo directamente de la Dirección Gerencia.

3.2.1.2. Efectivos disponibles

19. En el cuadro que se expone a continuación se reflejan los profesionales que los dos DAP dedican a las actividades asistenciales:

PERSONAL AFECTO A LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL					
Nº PROFESIONALES	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
TIS Pobl. Adulta (1)	379.744	5,47%	208.255	3,00%	6.936.624
TIS Pobl. Infantil (2)	76.224	6,22%	44.672	3,64%	1.226.356
TIS Totales (3)	455.968	5,59%	252.927	3,10%	8.162.980
Medicina de Familia	222	4,59%	136	2,81%	4.836
Pediatría	55	4,88%	36	3,19%	1.128
Enfermería	182	4,04%	125	2,78%	4.504
Trabajo Social	9	3,16%	8	2,81%	285
Odontología	6	2,59%	5	2,16%	232
Radiología	10	5,92%	7	4,14%	169

Fuente.- Población: TIS a 31-12-2010. Profesionales: (1) Referencia para medicina de familia. (2) Referencia para pediatría. (3) Referencia para resto de actividades. SIGAP 2011 Cupos BDU para Medicina de Familia y Pediatría y Número de Profesionales que declaran actividad para el resto.

Cuadro nº 3

20. Del cuadro anterior se deduce que los efectivos que disponen ambos Distritos para la actividad asistencial se encuentran, en general, por debajo de lo que correspondería en función de la población atendida, medida en Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS). La única excepción la constituyen los Técnicos de Radiología, en los que hay unas diferencias porcentuales positivas respecto a la población de 0,33 y 1,04, para DCS y DPA respectivamente.
21. Las diferencias porcentuales negativas son muy acusadas en el DCS, oscilando desde los 0,88 de Medicina de Familia a los 3 puntos porcentuales de Odontología.
22. En el DPA las diferencias son menores: desde los 0,19 de Medicina de Familia a los 0,94 también de Odontología.
23. Los datos anteriores tienen coherencia interna siendo, por tanto, posible su comparación entre ellos. No obstante, el número de efectivos que se obtiene de otros sistemas de información, en particular del sistema de contabilidad analítica (COAN) no se pueden considerar homogéneos, al no contemplar determinadas situaciones, ya sean algunas funciones desarrolladas (dispositivos de urgencias, por ejemplo) como determinadas relaciones laborales (personal eventual).

## 3.2.2. Recursos Materiales

24. En cuanto a la estructura física de los recursos existentes para la atención primaria, se disponen de los siguientes centros:

ESTRUCTURA FISICA DE ATENCION PRIMARIA (31-12-11)	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Centros de Salud	12	2,96%	14	3,45%	406
Consultorios Locales	12	1,72%	22	3,16%	696
Consultorios Auxiliares	0	0,00%	10	2,41%	415
<b>Total Centros</b>	<b>24</b>	<b>1,58%</b>	<b>46</b>	<b>3,03%</b>	<b>1.517</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria SAS<sup>3</sup>

Cuadro nº 4

25. Del cuadro anterior se deduce que el número de centros sanitarios no depende de la población de cada Distrito sino de la dispersión de la misma. Con una población 45% inferior, el DPA cuenta con un 92 % más de centros que el DCS, lo que permite contrarrestar la dispersión.
26. En cuanto a Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) y equipos móviles se dispone de los siguientes:

Nº UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS Y EQUIPOS MOVILES(31-12-11)	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Unid. de Cuidados Críticos y Urgencias	6	1,64%	7	1,91%	366
Equipos Móviles de Urgencias	6	4,84%	6	4,84%	124
Equipos Mób. Cuidados Avanz. de Enferm.	0	0,00%	0	0,00%	4
Equipos Móviles Mixtos	0	0,00%	0	0,00%	5

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria SAS

Cuadro nº 5

27. La dotación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en ambos DAPs, teniendo en cuenta la proporción de población de referencia, se encuentra por debajo de la media, en particular en el DCS. En cuanto a Equipos Móviles de Urgencias ambos cuentan con los mismos medios, a pesar de que su población es inferior, pues la dispersión del DPA es superior<sup>4</sup>.
28. No hay dotación de Equipos Móviles de Cuidados Avanzados de Enfermería, ni de Equipos Móviles Mixtos (Médico y Enfermería), ambos escasos en la Comunidad Autónoma.

Finalmente, en cuanto a los Equipos de Apoyo en Atención Primaria, se cuenta con los siguientes elementos:

<sup>3</sup> En la actualidad Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

<sup>4</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

ESTRUCTURA DE LOS DISPOSITIVOS DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA (31-12-11)	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Unidad Radiología	8	5,52%	5	3,45%	145
Gabinete Odontológico	6	2,70%	5	2,25%	222
Salas Fisioterapia	6	2,97%	4	1,98%	202
Equipos Móviles Fisioterapia	0	0,00%	0	0,00%	18
Unidad Ecografía	0	0,00%	2	3,45%	58
Unidad Retinografía	6	8,45%	0	0,00%	71

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria SAS

Cuadro nº 6

29. Las dotaciones de Unidades de Radiología se encuentran en torno a la media de población. En el resto de dispositivos de apoyo se encuentran por debajo de la media de población, salvo en Unidad de Ecografía en el DPA (servicio no disponible en el DCS) y en Unidad de Retinografía en el DCS (en este caso, no disponible en el DPA). En ambos DAPs no hay disponibilidad de Equipos Móviles de Fisioterapia.

### 3.2.3. Recursos Económicos

30. La financiación disponible por los centros sanitarios dependientes del SAS se basa en un modelo de financiación al que el organismo autónomo atribuye las siguientes características<sup>5</sup>:
- Prospectivo y caputivo.
  - Reconoce los flujos reales de pacientes.
  - Permite contemplar las características particulares y estructurales de cada centro.
  - Introduce mecanismos de competencia interna.
  - Estimula el control de costes.
  - Plantea objetivos de gasto razonables.
  - Exige un esfuerzo de control del gasto a todos los centros pero mayor a aquellos que sistemáticamente se muestran ineficientes.
31. No obstante, durante el ejercicio fiscalizado 2011 -y también en el ejercicio precedente-, se han introducido criterios para permitir ajustar el gasto sanitario a las disponibilidades presupuestarias existentes en esta materia.

Se ha solicitado al SAS los criterios y los parámetros utilizados para calcular la financiación correspondiente a los dos Distritos fiscalizados, ya sea en aplicación del modelo de financiación caputivo utilizado por el organismo desde el ejercicio 2003, o bien mediante la aplicación de un modelo alternativo.

<sup>5</sup> Monografía "Modelo de financiación caputivo de Hospitales, Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria" del Servicio Andaluz de Salud (páginas 52 y 53).

32. El SAS, al respecto, ha manifestado literalmente lo siguiente:

*“En el ejercicio 2011 no se acudió al modelo de financiación capitativa para la financiación de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.*

*Desde el inicio de la crisis, se mantienen los Contratos Programas del ejercicio anterior, actualizados con el impacto determinado por los sucesivos Reales Decretos y Decretos orientados a la reducción del déficit público y al control del gasto.*

*De este modo, en el ejercicio 2011, la financiación de los Distritos de Atención Primaria respondió al siguiente esquema de cálculo:*

*- Capítulo I: Gastos de personal: Contrato Programa 2010 reducido en un 2.5% (efecto RD 8/2010 en 2011).*

*- Capítulo II: Compras de bienes corrientes y servicios:*

*o Gastos no ligados a “decisiones clínicas” (las que adopta el personal sanitario en relación con la atención directa a los pacientes) y conciertos: C.P. 2010 + 2.1% (IPC general interanual a septiembre 2010, última actualización INE 14 octubre).*

*o Gastos ligados a “decisiones clínicas” (excepto conciertos): C.P. 2010 + 2.1% - 5%.*

*o Consumos sanitarios: C.P. 2010 + 2.1% - 2%.*

*Los cálculos expresados supusieron el mantenimiento del C.P. 2010 y -2.5% sobre el gasto previsto 2010”*

33. Por otra parte, en el ejercicio 2011 se encontraba en proceso de implantación el nuevo modelo de compras (de bienes y servicios) en el que adquieren un papel protagonista las denominadas plataformas provinciales de logística integral. Estos organismos pasan a integrar la coordinación en almacenamiento, distribución y facturación con el objetivo de unificar esfuerzos. La experiencia en la gestión de las compras mediante plataformas únicas persigue la optimización de los recursos, al lograr una mayor eficiencia en el proceso de compra, almacenaje y distribución.

La constitución de las plataformas debería permitir mejorar los precios y las condiciones generales de la contratación y adquisición de productos y servicios, como consecuencia de la agregación de las operaciones. También existirá una mayor homogeneidad de productos adquiridos entre los diferentes centros para el mismo fin; se adecuará el volumen de existencias y por tanto de los recursos inmovilizados; y se disminuirá el número de procedimientos administrativos (número de expedientes de contratación administrativa, pedidos, albaranes, facturas, documentos de pago, entre otros).

- 34. La situación de ambos Distritos a este respecto era diametralmente opuesta a la finalización del ejercicio fiscalizado. Así, en la provincia de Almería el proceso de implantación se había concluido, y durante todo el ejercicio 2011 la práctica totalidad del gasto de los capítulos 2 y 4, compras de bienes y servicios y transferencias corrientes, respectivamente, se imputaban a la plataforma. Sin embargo, en el caso de la provincia de Málaga, durante la totalidad del ejercicio, el gasto se ha seguido imputando a los correspondientes centros y, en concreto, al DCS.
- 35. No obstante lo descrito en el párrafo anterior, la fuente de información ha continuado siendo la contabilidad presupuestaria a efectos de seguimiento de la ejecución del presupuesto y de cumplimiento del contrato programa anual suscrito por cada centro con los Servicios Centrales del SAS, en lugar de la contabilidad analítica (sistema COAN) debido a que la segunda opción supondría un retraso en la información de aproximadamente dos meses. Así pues, se opta por la contabilidad presupuestaria si bien añadiéndole extracontablemente los registros correspondientes de la plataforma provincial.
- 36. De dicha contabilidad presupuestaria (Cuenta de Gastos Públicos) se deduce la siguiente información sobre obligaciones reconocidas a nivel de capítulo:

			m€
CAPÍTULO	OBLIG. RECONOC. DCS	OBLIG. RECONOC. DPA	
1	44.524	30.182	
2	5.963	1.455	
4	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>50.487</b>	<b>31.637</b>	
Fuente: Cuenta General			Cuadro nº 7

- 37. No obstante, se debe indicar que en la contabilidad presupuestaria de estos centros de gasto no se imputan determinados conceptos relevantes, tales como el gasto farmacéutico prescrito por el personal facultativo dependiente de cada Distrito (recetas) o el transporte sanitario, que son registrados de forma agregada por provincias.
- 38. En cuanto al gasto farmacéutico por recetas, el seguimiento no se efectúa a este nivel de desagregación -Distritos- por el gasto efectivo, que depende del destinatario del medicamento (personal en activo o pensionista, enfermos crónicos, etc.), sino por el precio de venta al público (PVP) del mismo, importe que sí es homogéneo para las distintas situaciones descritas.
- 39. No obstante lo indicado en el párrafo anterior, el sistema de contabilidad analítica sí incluye una valoración de estos gastos. En cuanto a recetas serían 86.101 m€ en el DCS y 43.677 m€ en el DPA, y en cuanto al transporte sanitario 1.831 m€, el DCS, y 958 m€, el DPA.
- 40. Con las limitaciones expuestas y teniendo en cuenta que la ejecución presupuestaria (proporción de obligaciones reconocidas/créditos definitivos) es próxima al 100%, los recursos económicos asignados al DCS -en términos de contabilidad presupuestaria- son inferiores a los del DPA, tomando como referencia la población atendida, medida ésta por el número total de TIS. En concreto, la relación de recursos es 1,59 mientras que la de población es 1,80.

41. Por otra parte, a efectos de evaluación de contrato programa, que será desarrollado posteriormente, las cifras ofrecidas por el SAS no son coincidentes con las anteriores, pues el método consiste en calcular un gasto ajustado por determinados conceptos, que quedan fuera del ámbito de decisión de los responsables de los respectivos Distritos, tales como el gasto por dispersión geográfica de personal eventual y sustituto, los trienios del personal EBAP, la variación del personal cedido, la variación de la Atención Continuada pagada/recibida, Sentencias judiciales o variación de liberados sindicales, y además sin considerar el importe de productividad. Los importes totales ajustados son los siguientes:

			m€
CAPÍTULO	OBLIG. RECONOC. DCS	OBLIG. RECONOC. DPA	
1	40.085	26.884	
2	6.147	4.716	
4	18	0	
<b>TOTAL</b>	<b>46.250</b>	<b>31.600</b>	

Fuente: Evaluación Contrato Programa 2011 Cuadro nº 8

42. Tomando la misma referencia ya expuesta anteriormente, esto es, la población de referencia medida en número de TIS, el gasto ajustado del DCS sigue siendo inferior al del DPA: 1,46 la proporción del gasto por 1,80 la proporción de la población.

### 3.3. Actividad Desarrollada

#### 3.3.1. Actividad ordinaria.

43. Dentro de este apartado se va a distinguir la actividad desarrollada por cada tipo de profesional de Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, etc., teniendo en consideración que a estos efectos el número de profesionales se corresponde sólo con el "personal de plantilla" (fijo) e interino.
44. Por otro lado, se debe indicar que para la determinación de la actividad desarrollada se parte de la premisa de equiparar número de consultas con número de citas ofertadas. Esto tiene como consecuencia que se computan también como realizadas aquellas citas que no llegan a producir una consulta efectiva, por ejemplo, por ausencia del paciente. En los dos centros fiscalizados, los datos de citas no realizadas son los siguientes:

CONSULTAS MÉDICAS NO REALIZADAS (%)	Costa del Sol	Poniente de Almería
Consultas Médico Familia no realizadas	15,40%	11,16%
Consultas Pediatría no realizadas	12,25%	12,05%

Fuente: DCS y DPA Cuadro nº 9

45. Esta información no coincide con la facilitada por los Servicios Centrales del SAS, que se expone a continuación:

CONSULTAS MÉDICAS NO REALIZADAS (%)	Costa del Sol	Poniente de Almería	TOTAL ANDALUCÍA
Consultas Médico Familia no realizadas	11,38%	13,12%	<b>11,12%</b>
Consultas Pediatría no realizadas	12,25%	12,05%	<b>11,43%</b>

Fuente: Servicios Centrales SAS. Sistema MTI-CITAs Cuadro nº 10

46. Se ignora el motivo de dichas diferencias entre los datos ofrecidos por los Distritos objeto de comparación y los ofrecidos por los Servicios Centrales del SAS.
47. A efectos comparativos, para evaluar la actividad realizada se mantiene la consideración de citas ofertadas, puesto que el organismo debe atender la demanda expresada mediante las citas solicitadas, con independencia de que el paciente asista o no a la consulta.
48. No obstante, para la evaluación de la eficiencia se va a considerar el número de citas efectivas, a fin de determinar fielmente cuál es el número de consultas reales por profesional y día.
49. Partiendo por tanto del concepto de citas ofertadas y comenzando por medicina de familia, la actividad ha sido la siguiente en el ejercicio 2011:

MEDICINA DE FAMILIA	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Consultas Médico Familia Centro	1.930.503	4,50%	974.935	2,27%	<b>42.864.076</b>
Consultas Médico Familia Domicilio	10.918	1,38%	11.324	1,43%	<b>791.328</b>
Consultas Médico Familia Global	1.941.421	4,45%	986.259	2,26%	<b>43.655.404</b>
Frecuentación en centro	5.084	82,28%	4.681	75,76%	<b>6.179</b>
Frecuentación en domicilio	29	25,44%	54	47,37%	<b>114</b>
Frecuentación global	5.112	81,23%	4.735	75,24%	<b>6.293</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria Cuadro nº 11

50. Del cuadro anterior se desprende que la actividad realizada en el ámbito de medicina de familia (Nº consultas) es inferior a la media que le correspondería por la población atendida (Nº TIS). La frecuentación, que mide la demanda asistencial en consultas por cada 1.000 TIS, también se encuentra por debajo de la media andaluza. Por otra parte, la actividad domiciliaria es escasa tanto en relación con los datos de la comunidad autónoma como en relación con el total de consultas del respectivo Distrito.

PEDIATRÍA	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Consultas Pediatría Familia Centro	340.224	4,64%	214.293	2,92%	<b>7.336.547</b>
Consultas Pediatría Familia Domicilio	0	0,00%	92	1,68%	<b>5.477</b>
Consultas Pediatría Familia Global	340.224	4,63%	214.385	2,92%	<b>7.342.024</b>
Frecuentación en centro	4.463	74,61%	4.797	80,19%	<b>5.982</b>
Frecuentación en domicilio	0	0,00%	2	50,00%	<b>4</b>
Frecuentación global	4.463	75,68%	4.799	81,38%	<b>5.897</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria Cuadro nº 12

51. Se puede observar que la actividad de pediatría también se encuentra por debajo de la media en relación con la proporción de población atendida en ambos Distritos, en particular, en el DCS, así como la demanda asistencial. La actividad domiciliaria es mínima en ambos Distritos.

ENFERMERÍA	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Consultas Enfermería Familia Centro	1.092.102	5,32%	583.129	2,84%	<b>20.547.195</b>
Consultas Enfermería Familia Domicilio	166.578	4,59%	63.045	1,74%	<b>3.627.611</b>
Consultas Enfermería Familia Global	1.258.680	5,21%	646.174	2,67%	<b>24.174.806</b>
Frecuentación en centro	2.395	95,15%	2.306	91,62%	<b>2.517</b>
Frecuentación en domicilio	365	82,21%	249	56,08%	<b>444</b>
Frecuentación global	2.760	93,18%	2.555	86,26%	<b>2.962</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 13

52. Las consultas de enfermería en el centro se encuentran próximas a la media, no así la actividad domiciliaria, en particular el DPA, en las que es menor. La frecuentación es más alta que en las especialidades anteriores, pero sigue siendo inferior a la media.
53. La actividad domiciliaria representa un 13% en DCS y un 10% en DPA del total de consultas del respectivo Distrito, siendo la media de un 15%.
54. En cuanto a la actividad de urgencias atendidas tanto de medicina de familia como de enfermería:

URGENCIAS ATENDIDAS	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Urgencias médico familia global	403.341	6,48%	258.663	4,16%	<b>6.224.461</b>
Frec. global urgencias médicas	885	115,99%	1.023	134,08%	<b>763</b>
Urgencias enfermería global	392.808	13,47%	118.588	4,07%	<b>2.916.085</b>
Frec. global urgencias enferm.	861	154,58%	469	84,20%	<b>557</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 14

55. Las urgencias médicas atendidas son claramente superiores a la media en ambos Distritos. En cuanto a las urgencias de enfermería son muy superiores en el DCS.

TRABAJO SOCIAL/ ODONTOLOGÍA/RADIOLOGÍA	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Atención Global Trabajo Social	12.670	3,12%	14.999	3,69%	<b>406.563</b>
Frecuentación global T. Social	28	56,00%	59	118,00%	<b>50</b>
Atención Total Odontología	19.946	2,36%	24.017	2,84%	<b>844.578</b>
Frecuentación Odontología	44	42,72%	95	92,23%	<b>103</b>
Total Placas Radiológicas	137.064	8,99%	41.794	2,74%	<b>1.524.603</b>
Frecuentación Radiología	301	152,02%	165	83,33%	<b>198</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 15



56. La actividad y la demanda de trabajo social se encuentra por debajo de la media en el DCS y por encima en el DPA. Probablemente ello se debe a las diferencias socioeconómicas de las poblaciones de ambos Distritos. En odontología la actividad del DCS es inferior en más de un 50% al DPA. Por el contrario, la actividad en Radiología (placas) del DCS es superior a la media y notablemente superior al DPA.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Ecoginecológicas	1.986	9,49%	0	0,00%	<b>20.926</b>
Resto ecografías	0	0,00%	0	0,00%	<b>10.499</b>
Mamografías	9.773	4,52%	0	0,00%	<b>215.982</b>
Retinografía	2.991	3,42%	3.280	3,75%	<b>87.418</b>
Doppler	0	0,00%	0	0,00%	<b>5.580</b>
Holter	0	0,00%	0	0,00%	<b>1.290</b>
Espirometría	1.995	2,27%	2.062	2,35%	<b>87.813</b>

Fuente: D.G. de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 16

57. El DCS tiene una actividad superior a la media de DAPs en función de la población en las pruebas diagnósticas ecoginecológicas y se encuentra por debajo de la media en mamografías, retinografías y espirometrías. El DAP supera la media en retinografías y, por el contrario, se sitúa por debajo de la media en espirometrías. En ambos DAPs no se prestan los servicios de las siguientes pruebas diagnósticas: ecografías no ginecológicas, Doppler y Holter. Además el DPA no dispone de ecografías ginecológicas ni mamografías.

CIRUGÍA MENOR	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	TOTAL ANDALUCÍA
Cirugía Menor	9.815	3,79%	3.915	1,51%	<b>258.758</b>
Tasa/ 100.000 TIS	2.153	67,92%	1.548	48,83%	<b>3.170</b>

Fuente: .G. de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 17

58. Ambos Distritos desarrollan una actividad en cirugía menor por debajo de la media de la comunidad autónoma en relación con la población atendida.

### 3.3.2. Actividad de la cartera de servicios en Atención Primaria

59. En el contexto de la Atención Primaria en España el término CSAP no alude a un catálogo de prestaciones, esto es, al conjunto exhaustivo de las prestaciones ofertadas en una zona o área de salud. La CSAP es una selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde a necesidades y a demandas de la población, y que se sustenta en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria y tiene base poblacional.
60. La unidad básica o elemental de la CSAP es el “servicio”. Se conoce como “servicio” a un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados.

61. En el Anexo 4 se detallan una serie de indicadores seleccionados de los resultados de la CSAP del ejercicio. Del mismo se pueden destacar las siguientes notas:

- *Vacunación infantil*. El porcentaje de recién nacidos a los que se ha realizado la toma de muestra de metabopatías (“prueba del talón”), los dos Distritos se encuentran en la media de Andalucía, esto es, próximos al 100% de la población infantil. En el DPA los niños de dos años que han recibido la vacunación completa son ligeramente inferiores a la media.

- *Salud infantil*. En ambos DAPs el porcentaje de niños de cuatro años que han realizado 6 o más visitas, se encuentran notablemente inferior a la media andaluza.

- *Salud escolar*. Los porcentajes de vacunación de varicela y la triple de difteria, tos ferina y tétanos, se encuentran ligeramente por encima y por debajo de la media, respectivamente.

- *Programas de la mujer*. El porcentaje de mujeres en seguimiento de planificación familiar triplica la media andaluza en el DPA.

- *Atención a problemas específicos*. En la atención a inmobilizados se está en ambos DAPs lejos de los valores medios. En hipertensos, los porcentajes de pacientes valorados son inferiores a la media, en particular en el DPA.

- *Inmunización de adultos*. El DCS tiene tasas de vacunación de gripe inferiores a las de la comunidad autónoma. El DPA está en la misma situación en vacunación de hepatitis B.

- *Tabaquismo*. El DPA queda lejos de la media en porcentaje de personas que abandonan el hábito tabáquico.

- *Examen de Salud a mayores de 65 años*. En el indicador porcentaje de personas dependientes incluidas en el programa, el DCS está en valores inferiores a la media y el DPA ligeramente inferior.

- *Trabajo Social*. Las tasas de ambos DAPs son divergentes: bajas en el DCS y altas en el DPA. En éste destacan las tasas de atención a inmigrantes, colectivos especiales y a personas en riesgo social.

### 3.3.3. Planes Integrales en Atención Primaria

62. Un Plan Integral de Salud es una metodología para el abordaje de problemas de salud relevantes, debido a que, aunque son enfermedades o problemas de salud individual, afectan a un número elevado de personas en una determinada sociedad; sus causas no son meramente biológicas o genéticas, sino que tienen un componente social importante; su prevención se debe realizar desde estamentos distintos del sanitario; y su asistencia requiere de la coordinación de diversas organizaciones sanitarias y extra-sanitarias.

Por todo ello, se plantea un enfoque global, que contemple las intervenciones y estrategias más recomendables, incluyendo por supuesto los aspectos sanitarios, además de la formación de profesionales y la necesaria investigación y evaluación. Pero un aspecto importante e innovador es el planteamiento intersectorial que permitirá optimizar recursos y alcanzar a un mayor sector poblacional.

Los Planes Integrales de salud se plantean por primera vez en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo) y en Andalucía se desarrollan a través del III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 y el II Plan de Calidad del SSP de Andalucía.

63. A continuación se exponen las actividades desarrolladas, ya sean de carácter obligatorio u optativo<sup>6</sup>, en ejecución de los distintos Planes Integrales que estaban en ejecución durante el ejercicio 2011:

PLAN INTEGRAL	ACTIVIDAD DESARROLLADA	DCS	DPA
<b>Actividad Física y Alimentación Equilibrada</b>	<b>Implantación y desarrollo de Consejo Dietético Intensivo en las Unidades de Gestión clínica de Atención Primaria</b>	X	X
	Registro en la historia clínica de la situación de terminalidad	X	
<b>Cuidados Paliativos</b>	Acreditación de Profesionales sanitarios AP con formación básica en Cuidados Paliativos por la Agencia de Calidad Sanitaria		X
	<b>Unidades de Gestión Clínica AP con referentes en Cuidados Paliativos (médicos y enfermeras) y actividad de los mismos</b>	X	X
	Pacientes con determinación de Hemoglobina glucosilada al menos una vez al año	X	
<b>Diabetes</b>	<b>Pacientes con exploración periódica del fondo de ojo</b>	X	X
	Centros con actividades estructuradas de Educación Diabetológica (individual o grupal)		X
<b>Accidentabilidad</b>	<b>Incorporación de Atención Primaria/Comités de Área de Cuidados a los Comités Locales de Trauma Grave</b>	X	X
	<b>Intervención avanzada individual o grupal</b>	X	X
<b>Tabaquismo</b>	Formación básica acreditada a profesionales de medicina y enfermería		X
	Formación avanzada acreditada a profesionales de medicina y enfermería	X	
<b>Obesidad Infantil</b>	<b>Intervención avanzada individual Obesidad Infantil</b>	X	X
	<b>Intervención avanzada grupal Obesidad Infantil</b>	X	X
	<b>Aumentar el número de mujeres entre 40 y 50 años incluidas en el Proceso Asistencial Integrado cáncer de cérvix</b>	X	X
<b>Oncología</b>	<b>Aumentar la tasa de captación del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (datos no acumulados)</b>	X	X
	Implantación Plan de Parada Cardiorrespiratoria	X	
<b>Cardiopatías</b>	Plan de Reperusión Precoz		X
	<b>Plan de Prevención Primaria de Enfermedad Vascolar</b>	X	X

Fuente: DG de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 18

Nota.- En negrita, los de carácter obligatorio. No se incluye el Plan de Salud Mental, por no ser exclusivo de atención primaria.

<sup>6</sup> Se establecen unos objetivos o actividades con carácter obligatorio y otros que son elegidos por los propios DAPs.

64. Las diferencias en las tareas desarrolladas en dichos Planes obedecen al carácter optativo de algunas de ellas.

#### 3.3.4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados

65. Finalmente, a continuación se expone la actividad desarrollada en los DAPs mediante Procesos Asistenciales Integrados (PAI).
66. La gestión por procesos puede definirse como un enfoque del trabajo -en este caso sanitario- donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y, como tal, hay que gestionarlo.
67. Al respecto, el SAS señala lo siguiente: *“la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye una estrategia central para la mejora de la calidad. El Proceso Asistencial es el nexo entre profesionales y ciudadanos. La correcta integración del conocimiento, el desarrollo de modelos organizativos flexibles y la gestión adecuada de los procesos son tres elementos básicos para la innovación y mejora de servicios”*.
68. En el Anexo 5 se detallan los PAIs, del que se destacan las siguientes notas tras su comparación con el resto de DAPs:
- El DCS sólo destaca, respecto a la media andaluza, en la proporción de inclusión en procesos de insuficiencia cardíaca, embarazo y asma.
  - El DPA presenta tasas de inclusión en procesos asistenciales superiores a la media en la mayoría de supuestos, con las excepciones de los referentes a cuidados paliativos, asma y diabetes.

### 3.4. Eficacia

69. Antes de iniciar el análisis de eficacia, es necesario precisar que, si bien en este apartado se va a analizar la eficacia -entendida como relación entre los objetivos marcados y los logros alcanzados-, el Contrato Programa SAS-Distritos es de tal amplitud que en el mismo se incluyen aspectos relacionados con otros criterios, tales como eficiencia, economía, calidad, equidad (o accesibilidad), etc., algunos de los cuales se tratan en otros epígrafes de forma diferenciada.

#### 3.4.1. Coherencia del Contrato Programa.

70. Los servicios sanitarios dependientes del SAS evalúan su eficacia mediante el instrumento del Contrato Programa con la Consejería de Salud (hoy día Consejería de Salud y Bienestar Social), en el que se marcan las líneas estratégicas de la organización para un período cuatrienal, así como los objetivos operativos o anuales, y los recursos disponibles.

Dichos objetivos operativos y recursos son actualizados con carácter anual, mediante la suscripción del correspondiente documento.

71. En relación con el ejercicio fiscalizado, la Consejería de Salud suscribió con el SAS el Contrato Programa 2010-2013. Dicho documento, sin embargo, no tenía como antecedente un Plan de Salud de Andalucía (como sí ocurrió en el período 2003-2008 de vigencia del III Plan Andaluz de Salud), cumpliendo así las previsiones contenidas al respecto en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. En dicho Plan se exponen las políticas generales de salud y la metodología para su posterior evaluación pública.
72. El Contrato Programa reseñado incluye un amplio número de objetivos que van dirigidos a los DAPs, que se pueden clasificar en los siguientes apartados: satisfacción, accesibilidad, prevención, promoción y protección de la salud, resultados en provisión de servicios, participación ciudadana y profesional, acreditación profesional, gestión por competencias y gestión compartida, medicamentos, gestión clínica, sostenibilidad económica y ambiental, procesos asistenciales y planes integrales, acreditación de la calidad de los centros y sistemas y tecnologías de información.
73. En el Contrato Programa que, posteriormente, se suscribe con cada centro de gestión sanitario, en este caso DAPs, el modelo de documento refleja más detalladamente los objetivos del ámbito superior. Así pues, se ha observado que hay coherencia interna entre las metas fijadas para esos dos niveles organizativos. En el epígrafe siguiente, 3.4.2., se hace una enumeración de los objetivos formulados a cada Distrito y su cumplimiento.
74. Por otra parte, los objetivos fijados a los DAPs, son desagregados total o parcialmente para cada una de las Unidades de Gestión Clínica, manteniendo la coherencia de esta manera, si bien adaptándolos a las necesidades de cada unidad. En el apartado 3.4.3. se hace una evaluación de los objetivos alcanzados por las unidades existentes en los dos Distritos fiscalizados.

#### 3.4.2. Cumplimiento del Contrato Programa de los Distritos

75. El Contrato Programa de ambos Distritos obedece a un modelo estándar con alguna matización en atención al tamaño o carácter del mismo, metropolitano o rural, estando clasificados los objetivos en cinco áreas. Los distintos objetivos han sido objeto de ponderación a fin de orientar la gestión hacia las metas que la organización considera de mayor interés. A continuación se detallan las notas más relevantes del cumplimiento de objetivos de cada área, de acuerdo con los datos obtenidos del Sistema de Información del Contrato Programa facilitados por los Servicios Centrales del SAS, que tienen la siguiente ponderación: perspectiva financiera, 25%; p. de delegación, 4%; p. de formación y crecimiento, 6%; p. de cliente, 31%; p. interna, 9% y p. desarrollo crítico, 25%.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

## 3.4.2.1. Perspectiva Financiera

76. Los objetivos estratégicos de este apartado son “limitar los gastos a las cantidades presupuestadas”, a través de “consolidar la reducción de la estructura de los costes de personal” y de “completar la contención del gasto en Capítulo II iniciada en 2009”.
77. Los dos primeros objetivos hacen referencia al cumplimiento del presupuesto asignado de gastos de personal (Capítulo I del presupuesto de gastos), en valores porcentuales y absolutos, respectivamente.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Valor actual	Objetivo CP 2011	Desviación actual versus objetivo
Cumplimiento del presupuesto asignado Cap.I	Distancia en puntos al objetivo de C.P. definido como incremento de gasto máximo autorizado sobre el gasto del año anterior	D. Costa del Sol	-2,27	-0,98	1,29
		D. Poniente Almería	-0,96	-0,83	0,13
		Media Distritos	-2,04	-1,70	0,34

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 19

Los dos Distritos han logrado el objetivo, obteniendo un ahorro respectivo de 527 y 34 m€. Un tercio de los DAPs no ha alcanzado el objetivo, si bien en conjunto el ahorro en este concepto ha sido mayor del previsto.

78. En cuanto al control de consumos, los resultados han sido:

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Valor actual	Objetivo CP 2011	Diferencia
Cumplim. ppto para consumos (Cap. II incluy. Transpor sanitario y Cap. IV excepto recetas)	Desviación porcentual entre el gasto periodificado (criterio de devengo) y el objetivo de C.P.	D. Costa del Sol	-8,11	0,00	8,11
		D. Poniente Almería	-0,12	0,00	0,12
		Media Distritos	-4,04	0,00	4,04

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 20

El DCS ha logrado una reducción muy significativa del gasto devengado en consumos en el ejercicio. El DPA ha logrado el objetivo (crecimiento 0) con una ligera desviación positiva. Este objetivo no ha sido alcanzado por tres de los DAPs (13%).

79. En lo relativo a reclamaciones de carácter económico, el DCS no ha cumplido el objetivo de número de reclamaciones patrimoniales, ni de plazo para comunicarlas al Servicio de Aseguramiento y Riesgos de Servicios Centrales del SAS. El 63% y el 50% de los DAPs, respectivamente, han incumplido ambos objetivos.

80. El DCS no ha cumplido el objetivo de plazo de recepción de facturas, aunque sí el de proporción de facturas con una recepción superior a 30 días. Los dos no son aplicables al DPA al estar en funcionamiento la plataforma logística provincial. El 50% de los DAPs no ha cumplido el objetivo de demora media en recepción de facturas.
81. En lo referente a derechos reconocidos por liquidaciones a terceros obligados al pago, ambos DAPs han logrado el objetivo obteniendo unas diferencias positivas del 42 y 171%, respectivamente. Sólo uno de los DAPs no ha alcanzado este objetivo, lo que podría ser interpretado como excesivamente laxo (la referencia del objetivo es el dato del ejercicio 2009, por lo que podría estar desactualizado).
82. En el desarrollo de las plataformas logísticas, ambos DAPs han alcanzado el nivel IV (y último) de integración (aunque en la provincia de Málaga no se puso en funcionamiento hasta el ejercicio siguiente).
83. Finalmente, en cuanto a absentismo, los dos DAPs han conseguido mantener la prevalencia mensual de bajas en tasas inferiores a los estándares determinados para cada grupo (A al E). Un tercio de los Distritos no ha alcanzado la meta prevista.
84. Los objetivos que forman parte de este apartado tienen una ponderación global del 25%, en la evaluación de los Contratos Programas a efectos de la evaluación de la productividad del personal directivo y del complemento de rendimiento personal del resto de la plantilla.

#### 3.4.2.2. Perspectiva de la Delegación-Gestión Clínica

85. El objetivo general de esta área es *“transformar el modelo organizativo clásico de nuestros centros en un nuevo modelo exclusivamente basado en la Gestión Clínica”*.
86. Los dos centros han cumplido los dos objetivos propuestos en este apartado: potenciar la creación de UGCs intercentros e interniveles y la implantación y funcionamiento del Comité Asesor para la mejora continua de las UGCs. Al primero de ellos no ha dado cumplimiento el 21% de los DAPs.

#### 3.4.2.3. Perspectiva de Formación y Crecimiento

87. En este apartado, ambos Distritos han cumplido los objetivos de porcentaje de actividades formativas acreditadas y de ponderación de objetivos de investigación.
88. No obstante el DCS no ha superado las metas fijadas en otros dos: porcentaje de UGCs con líneas de investigación aprobadas y variación del número de publicaciones científicas, aunque ha logrado el relativo a proyectos de investigación solicitados-concedidos.
89. Asimismo, ambos han logrado contar con planes de formación individualizados para médicos residentes de primer año.

#### 3.4.2.4. Perspectiva Cliente

90. Suponen el mayor número de objetivos del conjunto del Contrato Programa, tratando aspectos tales como accesibilidad, usuarios, actividad asistencial, salud pública, seguridad del paciente y garantía de resultados en salud.
91. Los objetivos estratégicos de esta área se exponen a continuación:
- El cumplimiento exacto y sin excepciones de los plazos regulados mediante decreto como garantía de acceso de los ciudadanos al SSPA.
  - El ciudadano es el centro del sistema, no de forma pasiva, sino que participa activamente y sus orientaciones influyen de forma directa en la organización.
  - El SAS presta la atención sanitaria priorizando la calidad de la misma y favoreciendo la humanización de la práctica, renunciando al crecimiento inflacionista de su volumen de actividad asistencial.
  - La mejora de la salud y la calidad de vida de la población, generando las condiciones estructurales organizativas en la sociedad y las condiciones de vida en la población más favorecedoras para la salud.
  - Implementar actuaciones que contribuyan a incrementar la seguridad de los pacientes y conseguir los resultados en salud necesarios.
92. En cuanto a **accesibilidad**, el DCS, al contrario que el DPA, ha logrado el objetivo marcado de porcentaje de citas rechazadas por agendas ocupadas a través de Salud Responde. Respecto al segundo, porcentaje de citas asignadas en plazo inferior a 24 horas superior a un valor dado, sólo lo ha logrado el DPA. El 33% y el 50% de los DAPs no han conseguido dichas metas.
93. En participación, ambos Distritos han cumplido los objetivos relativos a evaluación de las medias implantadas con origen en el plan de participación ciudadana y elaboración de un plan de mejora con base en las áreas negativas de las encuestas de satisfacción.
94. El DPA ha superado ampliamente el objetivo de porcentaje de **personas cuidadoras** con la "tarjeta + cuidado" (que identifica a las personas cuidadoras habituales de pacientes con Alzheimer y otras demencias y a personas cuidadoras habituales de pacientes con gran discapacidad), mientras que el DCS no lo ha conseguido. Lo mismo ocurre con el objetivo consistente en impartir al menos un taller formativo a las personas cuidadoras, en el que el DPA ha logrado el 100%, mientras que el DCS sólo ha alcanzado el 8,50%. El 21% y el 54% de los DAPs no los han logrado, respectivamente.



95. En cuanto a la **frecuencia media** de los usuarios:

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Valor actual	Objetivo CP 2011	Desviación
Adecuación de la frecuencia medias de los usuarios a los CS	Nº consultas / 1000 TAEs	D. Costa del Sol	4.349,91	5.750,00	-24,35%
		D. Ponente Almería	5.733,71	6.250,00	-8,26%
		Media Distritos	<b>5.572,87</b>	<b>6.041,67</b>	<b>7,76%</b>

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 21

96. El objetivo consistía en no superar el dato propuesto. Ambos DAPs lo han logrado, pero el DCS ha conseguido una reducción significativa, teniendo en cuenta que el ejercicio anterior tenía una tasa de 5.225. La media andaluza ha logrado el objetivo global, pero un 13% de Distritos no lo han alcanzado.

97. En cuanto a enfermería:

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Incrementar el % de pacientes atendidos en consultas de enfermería	% pacientes distintos atendidos en enfermería y tarea: demanda clínica	D. Costa del Sol	20,95%	35,00%	-14,05
		D. Ponente Almería	54,50%	35,00%	19,50
		Media Distritos	<b>35,82%</b>	<b>35,00%</b>	<b>0,02</b>

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 22

El DPA, al contrario que el DCS, ha logrado el objetivo y de forma amplia.

98. En relación con la **actividad domiciliaria**:

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Índice de act. domicilio médicos, enferm., enferm. Gestoras de casos, fisioter. y TS	Nº visitas domiciliarias anuales de los médicos de familia / 1000 TAEs	D. Costa del Sol	20,91	90	-76,77%
		D. Ponente Almería	47,93	90	-46,75%
		Media Distritos	<b>84,44</b>	<b>90</b>	<b>-6.18%</b>

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 23

99. Ambos Distritos se encuentran lejos del objetivo y de la media de la comunidad autónoma, si bien es cierto que lo han incumplido el 58% de los DAPs.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Índice de act. domicilio médicos, enferm., enferm. Gestoras de casos, fisioter. y TS	Nº visitas domiciliares a > 65 años anuales de enfermeras / 1000 TAEs > 64 años	D. Costa del Sol	914,40	875	4,50%
		D. Ponente Almería	883,68	875	0,99%
		Media Distritos	<b>922,84</b>	<b>875</b>	<b>5,47%</b>

Fuente: SICPROI 2011 Cuadro nº 24

100. Por el contrario, ambos DAPs han superado los objetivos ligeramente. Un 29% de los Distritos no lo han logrado.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Índice de act. domicilio médicos, enferm., enferm. Gestoras de casos, fisioter. y TS	Nº pacientes y cuidadores distintos en domicilio por enfermera gestoras anual/nº total enfermeras gestoras	D. Costa del Sol	728,00	400	82,00%
		D. Ponente Almería	415,00	400	3,75%
		Media Distritos	450,96	400	12,74%

Fuente: SICPROI 2011

Cuadro nº 25

101. Con este objetivo se pretendía limitar a un mínimo de 400 pacientes por personal de enfermería gestor de casos y, como se puede observar, se ha logrado en ambos Distritos. En Andalucía, un 75% de DAPs sí lo han logrado<sup>8</sup>.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Índice de act. domicilio médicos, enferm., enferm. Gestoras de casos, fisioter. y TS	Nº pacientes nuevos cada mes en tratamien domicil./nº fisioterap. de salas	D. Costa del Sol	8,59	8,0	7,38%
		D. Ponente Almería	8,58	8,0	7,25%
		Media Distritos	8,98	7,5	19,73%

Fuente: SICPROI 2011

Cuadro nº 26

102. Ambos DAPs han logrado el objetivo con una ligera diferencia. Al igual ocurre con la meta fijada para tratamiento grupal por los fisioterapeutas de salas, en el que destaca la labor realizada de DPA, con una variación positiva del 83,40%.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
Índice de act. domicilio médicos, enferm., enferm. Gestoras de casos, fisioter. y TS	Nº visitas domicilia mensuales de TS/ Nº total de TS	D. Costa del Sol	10,10	7	44,29%
		D. Ponente Almería	19,00	7	171,43%
		Media Distritos	14,28	7	104,00%

Fuente: SICPROI 2011

Cuadro nº 27

103. Se han alcanzado ampliamente los objetivos de visitas domiciliarias de Trabajo Social, en particular en el DPA.

<sup>8</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

104. En cuanto a objetivos relacionados con la implantación o aplicación de **Procesos Asistenciales Integrados** y con la ejecución de **Planes Integrales**, ambos Distritos han dado cumplimiento a la previsión de implantación de cinco procesos de protección de la salud, de que el 100% de los institutos de ESO que lo soliciten y el 100% de los que se encuentren en Zonas Necesitadas de Transformación Social (ZNTS) recibirían asesoría del programa Forma Joven. Asimismo, se ha logrado que las Unidades de Gestión Clínica ubicadas en ZNTS evaluaran las actividades contempladas previamente en un plan específico de intervención, la priorización de problemas a partir de un análisis de la mortalidad y la implantación en al menos el 40% de las UGC del Consejo Dietético Avanzado y a la participación del personal EBAP (Equipos Básicos de Atención Primaria) en actividades de formación relacionadas con la violencia de género.
105. En cuanto al **Proceso Asistencial De Cuidados Paliativos (PACPAL)**, el DCS no tiene establecido el objetivo respecto al porcentaje de profesionales que han recibido formación específica acreditada, mientras que DPA ha superado las previsiones. En el objetivo de porcentaje de pacientes que tienen registrado el diagnóstico de situación terminal, se da la circunstancia contraria: el DPA no tiene que cumplir este objetivo, mientras que el DCS supera las previsiones. En cuanto a proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos que tienen registrado en su historia clínica el diagnóstico de situación terminal, ambos Distritos carecen de la obligación de cumplimentar dicho objetivo. Se debe señalar el hecho de que los tres objetivos anteriores están establecidos para un máximo de 9 de los 24 DAPs existentes en 2011. Además los dos centros sí han cumplido al 100% el contar con un profesional referente en esta materia en las UGCs (se había fijado una horquilla del 50 al 70% UGC).
106. En relación con el **Plan Integral de Diabetes Mellitus (PIDMA)** se da una situación similar: de un total de siete objetivos, en cuatro de ellos no es obligado su cumplimiento para ambos DAPs, mientras que para los tres restantes, en dos se cuenta con datos de uno de ellos (el DCS ha cumplido con la proporción de diabéticos que tienen registrada la determinación de HbA1c<sup>9</sup> en el último año y el DPA ha superado la proporción de pacientes que han recibido formación en esta materia) y, por último, de uno de ellos se dispone de información de ambos (los dos han superado el rango fijado de 40 a 60% de cobertura del programa de detección precoz de la retinopatía diabética).
107. En cuanto al **Plan Integral de Accidentabilidad (PIAC)** el único objetivo consistía en que el Distrito se incorpore a los comités de trauma grave de su hospital de referencia. Ambos DAPs lo han cumplido.
108. En relación con el **Plan Integral de Tabaquismo (PITA)** en ambos DAPs se ha superado la tasa de fumadores a los que se ha realizado una intervención avanzada o grupal. El DPA ha logrado el objetivo de proporción de profesionales que han sido formados en el ejercicio en esta materia, mientras que para el DCS no se fijó esta meta. En relación con el objetivo de facilitar formación avanzada a, al menos, dos profesionales por cada UGC, para el DPA no era un objetivo a cumplimentar, sin embargo para el DCS sí y éste lo ha cumplido.

---

<sup>9</sup> Es un examen de laboratorio que muestra la cantidad promedio de azúcar en la sangre durante tres meses, que permite verificar el adecuado seguimiento de la patología.

109. El **Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN)** cuenta con dos objetivos de seguimiento en el Contrato Programa: % de población infantil al que se le realiza una intervención avanzada individual y el mismo pero de carácter grupal. El DPA ha superado las previsiones de los dos objetivos ampliamente, mientras que el DCS no lo ha logrado.
110. En cuanto al **Plan Integral de Oncología (PIOA)** los resultados han sido los siguientes:

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP2011
(PIOA) Aumentar el % de mujeres (40-50 años) incluidas en el PAI c. cérvix/útero	% mujeres del rango de edad incluidas en el PAI c. cérvix/útero	D. Costa del Sol	36,77%	30-50%
		D. Ponente Almería	56,98%	30-50%
		Media Distritos	<b>44,12%</b>	<b>30-50%</b>
Fuente: DG Asistencia Sanitaria				Cuadro nº 28

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP2011
(PIOA) Aumentar la captación anual de la Detección Precoz del cáncer de mama	% de mujeres que acuden al programa	D. Costa del Sol	80,00%	70-80%
		D. Ponente Almería	76,31%	70-80%
		Media Distritos	<b>79,43%</b>	<b>70-80%</b>
Fuente: DG Asistencia Sanitaria				Cuadro nº 29

111. Ambos objetivos han sido alcanzados por los dos DAPs. Se debe señalar que no se han considerado dentro de este Programa, al menos a efectos de seguimiento del Contrato Programa del ejercicio, objetivos e indicadores relacionados con otras patologías cancerígenas que suponen en los DAPs fiscalizados una mayor mortalidad, tales como el cáncer de pulmón, el de colon o el de próstata.
112. El **Plan Integral de Cardiopatías (PICA)** se contempla en el seguimiento del Contrato Programa a través de varios objetivos: el DCS ha cumplido el consistente en que todos los centros de salud cuenten con un plan de actuación de parada respiratoria y desfibrilador, no estando previsto como objetivo para el DPA; éste, sin embargo, sí ha cumplido el tener implantado un protocolo de actuación ante un infarto agudo de miocardio, mientras que para el DCS no se contemplaba; y ambos han logrado también la implantación del proceso asistencial integrado de riesgo vascular.
113. Finalmente, en relación con el **Plan Integral de Salud Mental (PISMA)** el único objetivo consistía en limitar al 5% el número de primeras consultas hospitalarias de salud mental procedentes de atención primaria, que ha sido logrado por ambos Distritos.
114. El conjunto de objetivos relacionados con Planes Integrales y Procesos Asistenciales supone sólo un 4,2% de ponderación del conjunto del Contrato Programa.

- 115. Dentro de este apartado de Perspectiva del Cliente, hay un último grupo de objetivos relativos a **Seguridad del paciente y garantía de resultados en salud**. El DCS ha logrado el distintivo Manos Seguras de la Agencia de Calidad Sanitaria y el DPA no lo ha conseguido.
- 116. En cuanto a revisión de pacientes con problemas de prescripción ambos DAPs han superado tanto el objetivo como el óptimo previsto. También han logrado el objetivo relativo a registro de alergias y a codificación diagnóstica. El DPA, sin embargo, no ha alcanzado el 60% establecido como objetivo para la cumplimentación de la “hoja de problemas”<sup>10</sup>.

3.4.2.5. Perspectiva Interna

- 117. En este apartado se incluyen las metas propuestas en relación con la acreditación, la imagen y la comunicación, así como los sistemas de información. Como objetivos estratégicos se han establecido la adquisición de la excelencia en términos verificables, la mejora de la imagen percibida por los ciudadanos de los centros del SAS y la implantación de un sistema integrado de eficiencia y gestión medioambiental.
- 118. Los dos centros han logrado incrementar el número de UGCs acreditadas, generar determinado número de noticias con impacto positivo para la organización, elaborar un informe sobre áreas de mejora priorizadas, actividades a realizar y su evaluación y número de DCCUs que tienen implantado el módulo de urgencias del sistema Diraya.
- 119. Sobre la implantación del módulo de pruebas analíticas y sobre el sistema de certificación medioambiental, no proceden para ambos Distritos.
- 120. El DCS ha logrado los objetivos de creación de programa de disminución de consumo eléctrico y de reducción de determinada tasa de residuos peligrosos. El DPA no ha elaborado dicho programa y se ha tenido una desviación negativa en residuos peligrosos del 47%.

3.4.2.6. Perspectiva de Desarrollo Crítico.

- 121. Este apartado tiene por objetivo estratégico la mejora de la calidad y la eficiencia de la prescripción farmacéutica en el SAS. Son tres objetivos los que componen este apartado que tiene un peso específico conjunto del 25%.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cierre Ej. Ant.	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Diferencia (€)
Gasto en farmacia para el pdo nvbre 2010.octubre 2011 no superará una cantidad	Importe (PVP) de farmacia de recetas por TAFE excluyendo algunos medicamentos	D. Costa del Sol	30,63	29,15	27,81	-1,34
		D. Ponente Almería	38,83	35,33	35,86	0,53
		Media Distritos	35,35	33,04	32,18	-0,86

Fuente: DG de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 30

<sup>10</sup> Constituye la relación de todos los problemas del paciente que requieren atención médica, ordenados cronológicamente, y diferenciando problemas previos de problemas actuales.

122. Con el fin de contar con la información de cumplimiento con prontitud, se ha optado por considerar el periodo indicado, noviembre a octubre, para adecuar el registro contable, cuyo proceso completo dura dos meses, con el seguimiento del Contrato Programa. Dicho gasto se pone en relación con el número de Tarjetas Ajustadas para Farmacia por Edad (TAFEs), en el que al igual que con las TAEs se efectúa una ponderación del gasto en función de la edad de los usuarios.
123. De acuerdo con los datos, el DPA ha logrado el objetivo, no así el DCS. Se debe reseñar, no obstante, que la situación de partida era notablemente diferente: un 27% superior el DPA al DCS en gasto medio por TAFE, por lo que las mejoras de eficiencia a éste último le suponen una mayor dificultad.
124. En el conjunto de DAPs tampoco se ha logrado el objetivo (+0,86), habiendo incumplido esta previsión 17 de ellos (71%).

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Desviación
% de recetas de medicamentos prescritos por principio activo (nvbre. 2010-octubre 2011)	% de recetas prescritos por principio activo como mínimo 78%. Óptimo >= 85%	D. Costa del Sol	82,90%	78%	6,28%
		D. Ponente Almería	88,22%	78%	13,10%
		<b>Total General</b>	<b>87,23%</b>	<b>78%</b>	<b>11,83%</b>

Fuente: DG de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 31

125. Ambos Distritos han superado el objetivo propuesto en prescripción por principio activo, e incluso, el DPA ha logrado el óptimo. La totalidad de DPA's han logrado esta meta.

OBJETIVO	INDICADOR	Centro	Cierre Ej. Ant.	Cumplimiento	Objetivo CP 2011	Diferencia cumplimi-objetivo
Índice sintético de calidad y consumo de recetas prescitas (min 2 y óptimo 8)	Índice sintético de calidad y consumo (medicamentos y tasas de consumo de distintos grupos terapéuticos)	D. Costa del Sol	2,53	2,51	2	0,51
		D. Ponente Almería	1,39	3,10	2	1,10
		<b>Total General</b>	<b>2,82</b>	<b>3,10</b>	<b>2</b>	<b>1,10</b>

Fuente: DG de Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 32

126. El índice sintético de calidad y consumo de recetas prescitas es un indicador que pondera la aproximación a los estándares que la organización aconseja, basados en la doctrina científica. El DPA ha logrado una mejora significativa de este índice -máxime si tenemos en cuenta que partía de unos valores muy bajos al cierre del ejercicio anterior- y se ha situado en la media de los centros de atención primaria. El DCS ha superado el objetivo, si bien se ha mantenido ligeramente por debajo de lo obtenido el año anterior, y se ha alejado de los valores medios.

3.4.2.7. Evaluación global del Contrato Programa de Distritos

- 127. Para la evaluación global se tienen en consideración -además de la valoración de todos y cada uno de los objetivos en función de una ponderación previamente fijada, que tiene una ponderación global del 90%-, la valoración del desempeño del equipo directivo, en función de cuatro componentes: capacidad de resolución de conflictos, liderazgo participativo, orientación a resultados y gestión del cambio, con una ponderación global del 10%.
- 128. Cada uno de los conceptos anteriores se detalla en cinco elementos que se valoran con un punto cada uno en el supuesto de que se dé su cumplimiento, lo que aminora su subjetividad.
- 129. Los resultados totales obtenidos por los dos Distritos fiscalizados son los siguientes:

Bloque	Peso	Distrito Costa del Sol		Distrito Poniente de Almería	
		Cumplimiento	Valoración	Cumplimiento	Valoración
Desempeños	10%	95,00%	9,50%	85,00%	8,50
Resultados	90%	82,58%	74,32%	81,62%	73,46
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	-	<b>83,82%</b>	-	<b>81,96</b>

Fuente: DCS y DPA

Cuadro nº 33

- 130. Ambos Distritos han conseguido una alta puntuación, no obstante, la evaluación de la eficacia obtenida por el DCS es ligeramente superior a la obtenida por el DPA: 1,86%.
- 131. Las mayores diferencias observadas consisten en el cumplimiento de los Capítulos de Gasto I y II (Personal y Bienes Corrientes y Servicios) y de control de citas rechazadas por agendas ocupadas, a favor del Distrito Costa del Sol, y el gasto en prescripción de recetas por TAFE, a favor del DPA.
- 132. En relación con el conjunto de DAPs, tomando en consideración la valoración de resultados los dos centros están situados por encima de la media (79,19%) y ocupando los puestos séptimo y undécimo, respectivamente, para el DCS y el DPA. La valoración máxima es de 91,17% y la mínima de 66,07%. En cuanto a la valoración de los desempeños y con relación a la media (16,77) del resto de DAPs de Andalucía, el DCS y el DPA se encuentran en el primer puesto -junto con otros tres- y sexto, junto a diez DAPs más, respectivamente, siendo la valoración máxima (19) y la mínima (13).

3.4.3. Cumplimiento de objetivos de las Unidades de Gestión Clínicas

- 133. Al igual que ocurre con los objetivos de los Distritos, que suponen una desagregación de los establecidos en el Contrato Programa Consejería-SAS, a partir de la suscripción del documento por el Distrito, se fijan objetivos para los niveles inferiores: Unidades de Gestión Clínicas y Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, principalmente, y en su caso otras unidades de apoyo (en adelante, la denominación general será la de UGC).
- 134. Los objetivos fijados para estas unidades pueden ser comunes o específicos y dentro de los primeros se diferencian los que se consideran de "desarrollo crítico" (en concreto, son los ligados al Programa de Uso Racional del Medicamento).

135. En cuanto al Distrito Costa del Sol, se han suscrito una totalidad de 20 Acuerdos de Gestión Clínica. La evaluación de dichos Acuerdos contempla que se han cumplido el 77% de los objetivos y con una puntuación media, una vez aplicada la ponderación a cada objetivo, del 71,4%. Los objetivos considerados críticos por la organización no han sido cumplidos por 9 de las 20 UGCs.
136. Por otra parte, en este Distrito se han fijado objetivos a las UGCs que no consta que hayan sido valorados, tales como los relativos a Gestión Clínica, Accesibilidad, Docencia e Investigación ó Comunicación e Imagen.

Dado que el DCS tenía una evaluación del 83,82%, se deduce que el Distrito ha sido más exigente con sus UGCs en la fijación de objetivos que el propio organismo (si bien los objetivos de unos y otras no son totalmente homogéneos).

137. El DPA ha suscrito Acuerdos de Gestión con 16 UGCs. En su evaluación se han superado el 81% de los objetivos y la puntuación media ponderada alcanzada es del 78,20%.

Al igual que en el caso anterior, el Distrito ha sido más riguroso en la fijación de objetivos a las UGCs de lo que lo ha sido la dirección del SAS con el Distrito, si bien las valoraciones están más aproximadas (78,20 y 82,14%).

### 3.5. Economía y Eficiencia

138. Para la evaluación de la eficiencia se van a poner en relación los recursos utilizados y los resultados obtenidos utilizando el sistema de contabilidad analítica del SAS, sistema COAN para Distritos.
139. Dicho sistema cuenta con determinadas limitaciones. Así, por ejemplo, no es posible obtener información unitaria de determinados elementos de gasto de gran relevancia económica en la atención primaria, tales como la limpieza o la seguridad. En estos supuestos, en ausencia del importe por metro cuadrado tal y como se calcula en el sistema de contabilidad analítica para hospitales, se optará por poner los conceptos de gasto de consumo en bienes y servicios en relación con el número de consultas y con el número de habitantes según BDU.

#### 3.5.1. Costes totales de Personal

140. Del cuadro que se expone a continuación se deduce que el gasto total de personal es inferior al que correspondería en función de la población atendida, en particular, el DCS es un 28% inferior. Dicha proporción es particularmente baja en cuanto a personal no sanitario (personal de gestión y servicios y otras categorías).

Por otro lado, el gasto en atención continuada (complemento retributivo por jornadas de tarde, noche o festivos) es notablemente más alto en el DPA: un 9,75% por un 5,96% en el DCS.



Costes Total Personal (€)	Distrito		Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía
	Costa del Sol	Poniente de Almería			
Retribuciones	37.716.814,67	23.871.103,72	<b>896.155.608,89</b>	4,2%	2,7%
Atención Continuada	3.235.023,66	3.544.743,82	<b>130.824.376,18</b>	2,5%	2,7%
Seguridad Social	9.761.087,55	6.309.882,70	<b>230.599.101,19</b>	4,2%	2,7%
Incentivos	3.564.011,78	2.644.777,42	<b>91.348.384,57</b>	3,9%	2,9%
<b>Total</b>	<b>54.276.937,66</b>	<b>36.370.507,66</b>	<b>1.348.927.470,83</b>	<b>4,0%</b>	<b>2,7%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 34

141. El gasto del personal sustituto en el DCS es superior a la media (atendiendo a la población) y lo mismo ocurre con el personal eventual y sustituto del DPA. Hay que tener en cuenta que el concepto de personal eventual incluye al denominado “*personal eventual estructural*”, entendiéndose por tal al que, si bien dispone de contrato temporal, es renovado automáticamente ante la carencia de plazas de personal de plantilla. A título de ejemplo, el número de eventuales estructurales en el DPA alcanza la cifra de 103 efectivos, por 89 en el DCS.

Costes Personal por tipo de Contrato (€)	Distrito Costa del Sol	Distrito Poniente de Almería	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía
Pers. Plantilla	40.820.178,48	27.895.019,44	<b>1.072.686.685,01</b>	3,8%	2,6%
Eventuales	9.454.970,96	6.062.329,59	<b>187.144.812,19</b>	5,1%	3,2%
Sustitutos	3.017.854,47	1.639.589,65	<b>49.977.475,40</b>	6,0%	3,3%
P. en formación	983.933,75	771.268,36	<b>38.496.436,57</b>	2,6%	2,0%
P. Jubilado	0,00	2.300,62	<b>622.061,66</b>	0,0%	0,4%
<b>Total</b>	<b>54.276.937,66</b>	<b>36.370.507,66</b>	<b>1.348.927.470,83</b>	<b>4,0%</b>	<b>2,7%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 35

142. La proporción que supone la atención continuada es notablemente inferior a la media en el DCS en todas las modalidades de contrato, por lo que el componente variable del gasto de personal ha estado contenido en el ejercicio. En el caso del DPA, este concepto está situado globalmente en valores medios.

Atención Continuada por tipo de Contrato	Distrito Costa del Sol	Distrito Poniente de Almería	Total Andalucía
Pers. Plantilla	4,76%	8,84%	<b>7,93%</b>
Eventuales	6,84%	10,37%	<b>13,68%</b>
Sustitutos	10,07%	11,84%	<b>13,09%</b>
P. en formación	34,69%	33,28%	<b>35,22%</b>
<b>Total</b>	<b>5,96%</b>	<b>9,75%</b>	<b>9,70%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 36

### 3.5.2. Nº Profesionales

143. La dotación de personal (media mensual) en ambos Distritos se encuentra por debajo de la proporción de población atendida, según la BDU, particularmente el DCS. En éste destacan personal de gestión y servicios y otras categorías.

Número de Profesionales Directivo	Distrito Costa del Sol	Distrito Poniente de Almería	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía
DIRECTIVOS	5,00	4,00	<b>100,55</b>	5,0%	4,0%
P. SAN. FAC.	367,63	222,29	<b>8.189,04</b>	4,5%	2,7%
P. FAC. FORMAC.	22,32	18,31	<b>874,86</b>	2,6%	2,1%
P. SAN NO FAC.	392,34	231,11	<b>9.009,6</b>	4,4%	2,6%
P. GEST. Y SERV.	233,36	178,06	<b>6.150,09</b>	3,8%	2,9%
OTRAS CATEG.	24,78	23,05	<b>876,67</b>	2,8%	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>1.045,43</b>	<b>676,82</b>	<b>25.200,81</b>	<b>4,1%</b>	<b>2,7%</b>
<b>TIS totales</b>	<b>455.968</b>	<b>252.927</b>	<b>8.162.960</b>	<b>5,6%</b>	<b>3,1%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 37

### 3.5.3. Coste medio por profesional

144. El DCS presenta costes medios de personal inferiores en todas las categorías a la media andaluza, destacando la diferencia del personal facultativo. Dichas diferencias obedecen a menores importes en atención continuada e incentivos.
145. El DPA, sin embargo, presenta costes medios superiores a la media del SAS en personal no facultativo y en personal de gestión y servicios.
146. Comparando los costes medios de ambos Distritos, se observan notables diferencias en todas las categorías, que llegan a superar los ocho puntos porcentuales, salvo en personal facultativo en formación. Estas diferencias también tienen su origen en los dos componentes mencionados: atención continuada e incentivos.

Costes Medios de Profesionales	Distrito Costa del Sol	Distrito Poniente Almería	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía	% DCS/DPA
P. Facultativo	70.486,34	74.328,48	<b>74.775,00</b>	-5,7%	-0,6%	-5,2%
P. Facult. en formación	43.425,52	42.122,79	<b>43.814,69</b>	-0,9%	-3,9%	3,1%
P. Sanit. no facultativo	47.652,95	52.107,78	<b>49.792,30</b>	-4,3%	4,7%	-8,5%
P. Gestión y servs.	47.652,95	52.107,78	<b>49.792,30</b>	-4,3%	4,7%	-8,5%
P. Otras categorías	59.898,38	60.096,29	<b>60.858,28</b>	-1,6%	-1,3%	-0,3%

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 38

### 3.5.4. Absentismo

147. Si bien el Contrato Programa evalúa el absentismo mediante la prevalencia mensual de bajas o proporción de trabajadores en situación de baja a final de mes en relación con los activos (en %), se ha optado por los datos que ofrece el sistema de contabilidad analítica, que cuantifica el número de jornadas que representan el personal no efectivo a lo largo de todo el ejercicio. Los datos resultantes son los siguientes:

Nº Profesionales no efectivos	Distrito		Total Andalucía
	Costa del Sol	Poniente Almería	
Directivos	-	-	<b>1,41%</b>
P.San. fac.	3,40%	3,09%	<b>3,73%</b>
P. Fac. formac.	1,21%	1,97%	<b>1,46%</b>
P. San no fac.	4,57%	4,92%	<b>4,71%</b>
P. Gest. y serv.	3,77%	4,59%	<b>3,61%</b>
Otras categ.	3,03%	2,04%	<b>2,72%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3,85%</b>	<b>4,03%</b>	<b>3,93%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 39

- 148. Como se puede observar, los valores de los dos DAPs fiscalizados se encuentran muy próximos a la media, no presentando eficiencias o ineficiencias significativas en ninguna de las categorías en que se ha clasificado al personal.
- 149. El coste económico del absentismo, entendiendo por tal los importes no compensables en las liquidaciones de la seguridad social, se han elevado en el ejercicio fiscalizado a 1,06 y 0,66 M€ para DCS y DPA, respectivamente.

### 3.5.5. Actividad media por profesional

- 150. La actividad media por profesional, entendiendo por actividad a efectos comparativos la asistencial básica (consultas), es inferior a la media andaluza en todas las categorías reseñadas, salvo en enfermería del DCS, que la supera aproximadamente en un 30%. Destaca la baja actividad media de medicina de familia, seguida de pediatría, en el DPA.
- 151. En consecuencia, el DCS es relativamente más eficiente que el DPA en este aspecto, si bien ambos estarían por debajo de la media del SAS en conjunto. No obstante, se debe considerar que la actividad asistencial de consultas son a demanda del usuario, por lo que la “producción” del centro respectivo se encuentra condicionada.

Actividad Asistencial Básica Media (sin citas no presentadas)	Distrito Costa del Sol	% DCS/ Andalucía	Distrito Poniente Almería	% DPA/ Andalucía	Total Andalucía
Medicina de familia	31,38	-3,41%	25,51	-21,47%	<b>32,48</b>
Pediatría	22,11	-5,25%	21,68	-7,11%	<b>23,34</b>
Enfermería	26,63	29,69%	19,86	-3,26%	<b>20,53</b>

Fuente: D.G. Asistencia Sanitaria

Cuadro nº 40

### 3.5.6. Consumos

- 152. En cuanto a consumos de bienes y servicios, los dos DAPs se encuentran por debajo de la proporción de población atendida (en términos de BDU). Con dicha premisa, los consumos de ambos son respectivamente un 42 y un 25% inferiores a la media, por lo que en este aspecto muestran una eficiencia relativa respecto al conjunto de DAPs.
- 153. En particular, destaca el comportamiento de prestaciones en ambos Distritos; de suministros en el DCS y de servicios en el DPA.

Costes según Naturaleza	Distrito		Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía
	Costa del Sol	Poniente Almería			
Fungible y Equipamiento	1.161.242	845.571	<b>28.615.383</b>	4,06%	2,95%
Fármacos	372.794	507.061	<b>7.885.019</b>	4,73%	6,43%
Suministros	852.248	959.660	<b>29.595.935</b>	2,88%	3,24%
Servicios	1.960.873	1.169.364	<b>53.875.892</b>	3,64%	2,17%
Prestaciones	1.831.222	961.295	<b>70.750.099</b>	2,59%	1,36%
Otros Costes	-	-	<b>711</b>	-	-
<b>Total Costes Controlables (*)</b>	<b>6.178.379</b>	<b>4.442.951</b>	<b>190.722.328</b>	<b>3,24%</b>	<b>2,33%</b>

Fuente: Sistema COAN

Cuadro nº 41

(\*) No se incluyen algunos conceptos de consumos de poca relevancia económica.

### 3.5.7. Gasto farmacéutico

154. El SAS viene ejecutando desde hace años el Programa de Uso Racional del Medicamento que pretende aunar esfuerzos dirigidos a la eficacia, seguridad, conveniencia y eficiencia en la prescripción y consumo de los fármacos.
155. Dentro del Contrato Programa se han incluido objetivos relacionados con este programa, tales como la prescripción por principio activo o el establecimiento de objetivos para el ratio de gasto farmacéutico medido a precio de venta al público por tarjeta sanitaria ajustada para farmacia por edad (PVP/TAFE).
156. En cuanto al primero de ellos, el DPA ha prescrito por principio activo un 88,90% de las recetas, esto es, cinco puntos porcentuales más que el DCS y uno respecto a la media andaluza. Ello supone una importante eficiencia relativa del DPA, teniendo en cuenta que el objetivo fijado era de un 78%.
157. En lo referente a importe (PVP) de recetas por TAFE, el DCS se ha situado en posiciones favorables en cuanto a eficiencia relativa tanto con respecto al DPA como a la media andaluza, al gastar una media de 6 y 4 euros menos de media por TAFE, respectivamente.
158. En cuanto al índice sintético de calidad y consumo en la prescripción, el DPA ha tenido una mejora notable en el ejercicio 2011, no así el DCS que ha permanecido en niveles similares a los del año anterior. De esta manera, el DPA ha pasado de estar muy alejado de la media a igualarse con ella, mientras que el DCS se ha alejado de la misma relativamente.
159. Del ahorro potencial en esta materia dan muestra los siguientes datos:
  - En el conjunto de centros de atención primaria del SAS, sólo con dos grupos farmacológicos, antidiabéticos orales y medicamentos de prevención de fracturas, el ahorro potencial conjunto sería de más de 57 M€, de acuerdo con el Servicio de Farmacia del propio organismo.
  - Ambos DAPs tienen unos resultados del índice sintético de 2,51 y 3,10, cuando el valor óptimo sería de 8.

3.5.8. Costes unitarios por consulta y habitante

- 160. Partiendo de la imposibilidad del sistema de contabilidad analítica existente en atención primaria de calcular costes unitarios reales de los principales resultados de la “producción”, se puede realizar otra aproximación a la eficiencia mediante la comparación de determinados recursos representativos -gastos en personal, consumos y recetas farmacéuticas- con determinados resultados típicos -consultas de medicina de familia, pediátricas y de enfermería- considerados ambos globalmente.
- 161. Igualmente, dichos recursos se pueden poner en relación con la población atendida según la Base de Datos de Usuarios.

Costes Medios Unitarios Personal	Distrito	Distrito	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía.	%DCS/ DPA
	Costa del Sol	Poniente Almería				
Coste Personal/ Consulta Méd. Familia	31,55	42,45	<b>34,77</b>	-9,26%	22,09%	-25,68%
Coste Personal/ Consulta Pediatría	180,67	188,67	<b>207,44</b>	-12,90%	-9,05%	-4,24%
Coste Personal/ Consulta Enfermería	45,34	59,31	<b>59,06</b>	-23,22%	0,43%	-23,55%
Coste Personal/ Habitante BDU	119,04	143,80	<b>165,25</b>	-27,97%	-12,98%	-17,22%

Fuente: Sistema COAN y Cartera de Servicios

Cuadro nº 42

- 162. El DCS, bajo estas premisas, resulta claramente más eficiente en gastos de personal en relación con la producción, tanto respecto al DPA, con diferencias que oscilan del 4 al 26%; como a la media de la comunidad autónoma, con diferencias del 9 al 23%, en las tres categorías consideradas.
- 163. Asimismo, en relación con la población, el DCS es más eficiente que el DPA (17%) y que la media del SAS (28%).

Costes Medios Unitarios Consumos	Distrito	Distrito	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía.	%DCS/ DPA
	Costa del Sol	Poniente Almería				
Coste Consumo/ Consulta Méd. Familia	3,59	5,19	<b>4,92</b>	-26,94%	5,49%	-30,74%
Coste Consumo/ Consulta Pediatría	20,57	23,05	<b>29,33</b>	-29,88%	-21,42%	-10,77%
Coste Consumo/ Consulta Enfermería	5,16	7,25	<b>8,35</b>	-38,19%	-13,23%	-28,76%
Coste Consumo/ Habitante BDU	13,55	17,57	<b>23,36</b>	-42,01%	-24,82%	-22,86%

Fuente: Sistema COAN y Cartera de Servicios

Cuadro nº 43

- 164. En cuanto a consumos en relación con la producción se da una situación similar: el DCS es más eficiente, con las premisas indicadas, que el DPA (diferencias del 11 al 31%) y que la media del organismo (del 27 al 42%).
- 165. Tomando como referencia la población, el DCS también es más eficiente, con diferencias del 23% respecto al DPA y del 42% respecto a la media.

Costes Medios Unitarios Recetas	Distrito Costa del Sol	Distrito Poniente Almería	Total Andalucía	% DCS/ Andalucía	% DPA/ Andalucía.	%DCS/ DPA
Costes Recetas/ Consulta Méd. Familia	50,04	50,97	<b>47,81</b>	4,67%	6,61%	-1,82%
Costes de Recetas/ Consulta Pediatría	286,61	226,57	<b>285,29</b>	0,46%	-20,58%	26,50%
Costes de Recetas/ Habitante BDU	188,83	172,69	<b>227,27</b>	-16,91%	-24,02%	9,35%

Fuente: Sistema COAN y Cartera de Servicios

Cuadro nº 44

166. Finalmente, respecto al gasto en recetas farmacéuticas, el DCS es ligeramente más eficiente que el DPA respecto a consultas de medicina de familia, y el DPA es más eficiente tomando en consideración las consultas de pediatría y la población BDU.
167. Respecto a la media andaluza, el DCS sólo sería más eficiente al tomar como referencia la población, y el DPA tomando tanto ésta como las consultas pediátricas.

### 3.6. Calidad

168. Dentro de este apartado se van a analizar los indicadores específicos de calidad establecidos por el organismo, así como las encuestas de satisfacción de usuarios y las reclamaciones presentadas, para considerar no sólo la calidad desde el punto de vista de la organización, como la percibida por los usuarios.

Entre los objetivos que contempla el Contrato Programa no abundan los relativos específicamente a calidad, si bien hay determinados parámetros o indicadores que pueden tener distinta significación, además de la eficacia, que podrían aproximarse al concepto de calidad. Dentro del apartado denominado de la Perspectiva del Cliente, descrita con anterioridad, hay tres elementos que se pueden destacar en este campo:

169. - **Accesibilidad** (o equidad en el acceso al servicio sanitario) en el que se ha efectuado un seguimiento a través de dos indicadores: % de citas rechazadas por agendas ocupadas a través de Salud Responde (máximo 6%) y % de citas asignadas en plazo inferior a 24 horas (mínimo 56,45%). Con ello se pretende una adecuación a la demanda de los usuarios a través de los distintos canales existentes para solicitar consultas.

El DCS obtuvo en el primero de ellos un 4,34 y un 7,76% el DPA, con una evolución negativa de ambos respecto al ejercicio anterior.

Respecto al segundo indicador, los valores han sido del 37,55 y 62,52%, respectivamente, también con una tendencia negativa respecto al año precedente.

170. - **Plan de Participación**, en el que se deben incluir las líneas de actuación, objetivos e indicadores de evaluación, y del que se elabora una memoria de las actuaciones implementadas y del funcionamiento de las comisiones de participación. Los dos DAPs han elaborado dichas memorias.
171. - **Plan de Mejora**, que se realiza tomando como base el análisis de las reclamaciones presentadas y de las áreas valoradas negativamente en las encuestas de satisfacción de usuarios.

172. Los dos Distritos fiscalizados han elaborado dichos documentos, de acuerdo con las previsiones.
173. Por otro lado, las **encuestas de satisfacción de usuarios** proporcionan asimismo información muy útil para la mejora de la atención sanitaria al poner de manifiesto la calidad percibida por los ciudadanos. En el Anexo 6 se recogen los resultados obtenidos de los 33 principales ítems de la encuesta efectuada para el período 2010-2011 por el conjunto de la comunidad autónoma, por los dos Distritos fiscalizados y de las diferencias entre éstos y aquella y entre ambos.
174. De la misma se pueden extraer las siguientes consideraciones:
175. Para el conjunto de los centros de atención primaria, los elementos mejor valorados son los relativos al respeto, la intimidad, la información recibida, la amabilidad, la confidencialidad y la eficacia de la atención. Los menos valorados corresponden al tiempo de espera previo a la consulta, la organización de los centros, los asuntos administrativos, el espacio y la comodidad de las salas de espera.
176. Hay 20 ítems que tienen una valoración superior al 90% de satisfacción en el conjunto de centros, 16 en el DPA y sólo 13 en el DCS.
177. En tan sólo 5 (15%) y 7 (21%) de los 33 ítems, los Distritos fiscalizados superan la media de Andalucía.
178. En ambos DAPs hay 9 indicadores que tienen una desviación negativa respecto a la media andaluza superior desde 6 a 23 puntos porcentuales. Se corresponden con aspectos tales como la comodidad, el espacio, la ventilación o la limpieza y, en el caso del DPA, también son destacables las citas por teléfono y la posibilidad de opinar sobre los tratamientos.
179. La media de los 33 indicadores es del 90% en el conjunto de DAPs, del 86% en el DPA y del 85% en el DCS.
180. De los 31 indicadores comunes, en 12 (39%) de ellos supera el DCS al DPA y en 19 (61%) se da la situación contraria. Se puede destacar el hecho de que tengan una valoración divergente en ambos Distritos los ítems relacionados con la facilidad para las citas por teléfono, que en principio pueden estar relacionados con problemas con el idioma de parte de la población del DPA, y para resolver problemas administrativos, en el DCS.
181. A partir del análisis de las encuestas de satisfacción, como se ha indicado, se elaboran unos planes de mejora, en función de las disponibilidades presupuestarias. Las deficiencias señaladas por los usuarios que tienen relación con los elementos físicos actualmente encuentran dificultades para ser solventadas a corto plazo, por lo que ambos Distritos se han centrado en otro tipo de aspectos, tales como mejoras de la señalización y del mobiliario (instalaciones), mejora del triaje de urgencias y redistribución de consultas (organización), mejora de la privacidad y aumento de la información escrita (trato al paciente) o implicar a los profesionales en las reclamaciones y la resolución de conflictos (personal).

182. Por otra parte, las **reclamaciones presentadas** en los dos DAPs (con independencia de las reclamaciones patrimoniales) ascienden a 796 en el DCS y 536 en el DPA, tomando en consideración el período enero-octubre de 2011, lo que supone una mayor proporción en función de la población en el segundo de ellos.

Hay una mayor proporción de reclamaciones en la atención de urgencias, que en el resto de actividades. Los principales motivos que causan las reclamaciones son las demoras en la prestación de la atención sanitaria y el trato inadecuado.

De las pruebas realizadas se deduce que los plazos de respuesta son los adecuados, no se utilizan respuestas tipo y se solicitan informes a los profesionales afectados.

183. En la actualidad uno de los pilares del vigente Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía es la gestión por procesos asistenciales integrados, ya comentados en el epígrafe 3.3.4. de este informe.

#### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

##### *Datos Generales*

184. La población del Distrito Costa del Sol (DCS) es aproximadamente el doble que la del Distrito Poniente de Almería (DPA), mientras que la dispersión en éste es muy superior, lo que tiene como consecuencia la necesidad de contar con un mayor número de centros sanitarios

Las diferencias socioeconómicas de ambos Distritos podrían ser la causa de las diferencias observadas en la tasa de captación de la población por el sistema sanitario público, esto es, el número de tarjetas individuales sanitarias (TIS) en relación con la población (**§12**).

##### *Recursos Disponibles*

185. Los organigramas facilitados por los dos Distritos objeto de fiscalización se adecúan, en general, al Decreto 197/2007 de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. No obstante, se han observado determinados aspectos en los que se advierten algunas diferencias (**§§ 14-18**).
186. Los efectivos que disponen ambos Distritos para la actividad asistencial se encuentran, en general, por debajo de lo que correspondería en función de la población atendida, medida en Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS). Este hecho es más acentuado en el Distrito Costa del Sol (**§§ 20-22**).
187. El número de centros sanitarios no depende de la población de cada Distrito sino de la dispersión de la misma (**§ 25**).



188. La dotación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en ambos Distritos, teniendo en cuenta la proporción de población de referencia, se encuentra por debajo de la media, en particular en el DCS (**§ 27**)<sup>11</sup>.

*Se recomienda al SAS que haga públicos los criterios que se siguen a la hora de dotar a los distritos de este tipo de medios.*

189. Desde el ejercicio 2003 el SAS venía utilizando un modelo de financiación capitativo. No obstante, durante los ejercicios 2010 y 2011, dicho modelo no ha sido aplicado al introducirse criterios que permitieran ajustar el gasto sanitario a las disponibilidades presupuestarias existentes. (**§§ 31-32**).

*Se recomienda al SAS dotar a los Distritos de Atención Primaria de los recursos económicos necesarios mediante un modelo objetivo de financiación que tome como referencia las circunstancias concretas de cada centro de gasto.*

190. Durante la totalidad del ejercicio fiscalizado, ha estado plenamente implantada la plataforma logística integral en la provincia de Almería, a la que se han imputado la totalidad de consumos de bienes y servicios del DPA. En la provincia de Málaga, si bien el proceso estaba muy avanzado, no llegó a ser implantada, por lo que los consumos del DCS han sido imputados al propio Distrito (**§34**).

191. Los recursos económicos asignados al DCS -en términos de contabilidad presupuestaria- son inferiores a los del DPA, tomando como referencia la población atendida (**§40**).

Tomando la misma referencia ya expuesta anteriormente, esto es, la población de referencia el gasto ajustado del DCS a efectos de Contrato Programa sigue siendo inferior al del DPA (**§42**).

*Se recomienda al SAS dotar a los Distritos de Atención Primaria de los recursos económicos necesarios para el desarrollo de las actividades que tienen encomendadas.*

#### *Actividad Desarrollada*

192. Para la determinación de la actividad desarrollada el organismo parte de la premisa de equiparar número de consultas con número de citas ofertadas. Esto tiene como consecuencia que se computan también como realizadas aquellas citas que no llegan a producir una consulta efectiva, por ejemplo, por ausencia del paciente. Las cifras sobre consultas no realizadas facilitadas por los dos Distritos y por los Servicios Centrales del SAS no son coincidentes (**§§ 44-45**).

*Se recomienda al SAS considerar sólo las consultas efectivamente realizadas para la estimación de la actividad realizada en atención primaria.*

---

<sup>11</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

193. La actividad de los dos Distritos de consultas de medicina de familia y pediatría se encuentra por debajo de la media del organismo. La actividad domiciliaria es notablemente escasa (**§§ 50-54**).

*Se recomienda al SAS incrementar la actividad domiciliaria a través de mecanismos que incentiven esta actividad entre los profesionales.*

194. La actividad y la demanda de trabajo social se encuentra por debajo de la media en el DCS y por encima en el DPA. En odontología la actividad del DCS es inferior en más de un 50% al DPA. Por el contrario, la actividad en Radiología (placas) del DCS es superior a la media y notablemente superior al DPA. La actividad en las áreas de pruebas diagnósticas (distintas a placas) y cirugía menor están por debajo de la media también (**§§ 56-58**).
195. La actividad relacionada con cartera de servicios es, en general, inferior a la media del organismo. Sin embargo, son muy altas las tasas del DPA en Programas de la mujer y Trabajo Social (**§61**)<sup>12</sup>.
196. Los dos Distritos desarrollan distintas tareas en el ámbito de Planes Integrales de Salud, obedeciendo las diferencias a la configuración como optativas de algunas de ellas (**§§ 63-64**).
197. En cuanto a la actividad de Procesos Asistenciales Integrados, se pueden indicar las siguientes notas tras su comparación con el resto de DAPs: el DCS sólo destaca favorablemente, respecto a la media andaluza, en la proporción de inclusión en procesos de insuficiencia cardíaca, embarazo y asma; y el DPA presenta tasas de inclusión en procesos asistenciales superiores a la media en la mayoría de supuestos, con las excepciones de los referentes a cuidados paliativos, asma y diabetes (**§ 68**).

#### *Eficacia*

198. Se ha observado que en la elaboración de los Contratos programas Consejería de Salud–SAS y SAS- Distritos se da coherencia interna entre las metas fijadas para esos niveles organizativos (**§§ 71-73**).
199. En cuanto a objetivos del área financiera, los dos Distritos han logrado contener el gasto en gastos de personal, con ahorros de 527 y 34 m€, y el DCS ha logrado un ahorro significativo en consumos (8%).

El DCS no ha cumplido los objetivos de número de reclamaciones patrimoniales, ni de plazo para comunicarlas al Servicio de Aseguramiento y Riesgos del SAS, así como tampoco el de plazo de recepción de facturas.

---

<sup>12</sup> Párrafo modificado por la alegación presentada.

En lo referente a derechos reconocidos por liquidaciones a terceros obligados al pago, ambos DAPs han logrado el objetivo obteniendo unas diferencias positivas del 42 y 171%, para DCS y DPA, respectivamente. En el desarrollo de las plataformas logísticas, también ambos Distritos han alcanzado el nivel IV (nivel de desarrollo requerido). Finalmente, en cuanto a absentismo, los dos han conseguido mantener la prevalencia mensual de bajas en tasas inferiores a los estándares determinados para cada grupo de personal (**§§ 77-83**).

200. Ambos centros han cumplido los dos objetivos propuestos en el apartado de Delegación: potenciar la creación de Unidades de Gestión Clínicas (UGCs) intercentros e interniveles y la implantación y funcionamiento del Comité Asesor para la mejora continua de las UGCs. (**§86**).
201. En el apartado de Formación y Crecimiento, ambos Distritos han cumplido los objetivos de porcentaje de actividades formativas acreditadas, de ponderación de objetivos de investigación y de contar con planes de formación individualizados para médicos residentes de primer año.

No obstante el DCS no ha superado las metas fijadas en otros dos: porcentaje de UGCs con líneas de investigación aprobadas y variación del número de publicaciones científicas (**§§ 87-89**).

202. En cuanto al apartado denominado Perspectiva del cliente, los resultados obtenidos son los siguientes:
- Accesibilidad. Cada Distrito ha obtenido uno de los dos objetivos establecidos.
  - Participación. Los dos han alcanzado las metas propuestas en esta área.
  - Personas cuidadoras. El DPA ha logrado los dos objetivos propuestos, al contrario del DCS.
  - Frecuencia media. Los dos Distritos han conseguido los objetivos en cuanto a consultas médicas. El DPA, al contrario que el DCS, ha logrado el objetivo relativo a enfermería.
  - Actividad domiciliaria. Ambos Distritos han logrado los objetivos relativos a enfermería, fisioterapia y trabajo social, no así en visitas médicas.
  - La ejecución concreta de los distintos planes integrales es muy variada, no obstante, hay determinados objetivos que no se han sido establecidos a los dos DAPs fiscalizados (**§§ 92-116**).
203. En relación con el apartado de Perspectiva interna del Contrato Programa, los dos centros han logrado incrementar el número de UGCs acreditadas, generar determinado número de noticias con impacto positivo para la organización, elaborar un informe sobre áreas de mejora priorizadas, actividades a realizar y su evaluación y número de DCCUs que tienen implantado el módulo de urgencias del sistema Diraya.

El DCS ha logrado los objetivos de creación de programa de disminución de consumo eléctrico y de reducción de determinada tasa de residuos peligrosos. El DPA no ha elaborado dicho programa y se ha tenido una desviación negativa en residuos peligrosos del 47% (**§§ 118-120**).

204. En relación con el apartado de Desarrollo crítico, que tiene por objeto el control de la prescripción farmacéutica, el DPA ha logrado el objetivo, no así el DCS. Se debe reseñar, no obstante, que la situación de partida era notablemente diferente. Ambos Distritos han superado el objetivo propuesto en prescripción por principio activo, e incluso, el DPA ha logrado el óptimo, y asimismo han superado el relativo al índice sintético de calidad de la prescripción farmacéutica, logrando el DPA una mejora significativa (**§§ 123-126**).
205. Ambos Distritos han conseguido una alta puntuación en la evaluación del Contrato Programa, no obstante, la evaluación de la eficacia obtenida por el DCS es ligeramente superior. Las mayores diferencias observadas consisten en el cumplimiento de los Capítulos de Gasto I y II (Personal y Bienes Corrientes y Servicios) y de control de citas rechazadas por agendas ocupadas, a favor del Distrito Costa del Sol, y el gasto en prescripción de recetas por TAFE, a favor del DPA (**§§ 130-132**).
206. En cuanto a los objetivos fijados a las UGCs, se han suscrito 20 Acuerdos de Gestión Clínica por el DCS y 16 por el DPA.
- En cuanto al DCS, la evaluación de dichos Acuerdos contempla un cumplimiento del 77% de los objetivos y con una puntuación media del 71%, no obstante, los objetivos considerados críticos por la organización no han sido cumplidos por 9 de las 20 UGCs
  - En lo relativo al DPA, en su evaluación se han superado el 81% de los objetivos y la puntuación media ponderada alcanzada es del 78%.
  - En los dos casos, las direcciones de los Distritos han sido más exigentes en la fijación de objetivos a las Unidades de Gestión Clínica de lo que lo ha sido la dirección del SAS con los propios Distritos (**§§ 135-137**).

#### *Economía y eficiencia*

207. En ambos Distritos el gasto total de personal es más bajo de la media en relación con la población, pero particularmente en el DCS (28%). La proporción que supone la atención continuada es notablemente inferior a la media en el DCS en todas las modalidades de contrato (**§§ 141-142**).
208. La dotación de personal en ambos Distritos se encuentra por debajo de la proporción de población atendida, particularmente el DCS (**§ 143**).
209. El DCS presenta costes medios de personal inferiores en todas las categorías a la media andaluza, que obedecen a menores importes en atención continuada e incentivos. El DPA, sin embargo, presenta costes medios superiores a la media del SAS en personal sanitario no facultativo y en personal de gestión y servicios.

Comparando los costes medios de ambos Distritos, se observan notables diferencias en todas las categorías, que llegan a superar los ocho puntos porcentuales (**§§ 144-146**).

210. Las tasas de absentismo de los dos DAPs se encuentran muy próximas a la media. El coste económico del absentismo se ha elevado en el ejercicio fiscalizado a 1,06 y 0,66 M€ para DCS y DPA, respectivamente (**§§ 147-149**).
211. La actividad (asistencial básica) media por profesional, es inferior a la media andaluza en todas las categorías reseñadas, salvo en consultas de enfermería del DCS, que la supera aproximadamente en un 30%. Destaca la actividad media de medicina de familia en el DPA: 21% inferior (**§150**).
212. En cuanto a consumos, los dos Distritos se encuentran por debajo de la media por población atendida un 42 y un 25% inferiores a la media, para DCS y DPA, respectivamente, por lo que en este aspecto muestran una eficiencia relativa respecto al conjunto de DAPs (**§152**).
213. El DPA ha prescrito por principio activo un 88,90% de las recetas, esto es, cinco puntos porcentuales más que el DCS y uno respecto a la media andaluza. En lo referente a importe (PVP) de recetas por TAFE, el DCS se ha situado en posiciones favorables tanto con respecto al DPA como a la media andaluza, al gastar una media de 6 y 4 euros menos de media por TAFE, respectivamente.

En cuanto al índice sintético de calidad y consumo en la prescripción, el DPA ha tenido una mejora notable en el ejercicio 2011, no así el DCS que ha permanecido en niveles similares a los del año anterior. Ambos DAPs tienen unos resultados del índice sintético de 2,51 y 3,10, cuando el valor óptimo sería de 8 (**§§ 156-159**).

214. El DCS, bajo las premisas consideradas, resulta claramente más eficiente en gastos de personal en relación con la producción, tanto respecto al DPA, con diferencias que oscilan del 4 al 26%; como a la media de la comunidad autónoma, con diferencias del 9 al 23%, en las tres categorías consideradas.

Asimismo, en relación con la población, el DCS es más eficiente que el DPA (17%) y que la media del SAS (28%) (**§§ 162-163**).

215. En cuanto a consumos en relación con la producción se da una situación similar: el DCS es más eficiente, con las premisas indicadas, que el DPA (diferencias del 11 al 31%) y que la media del organismo (del 27 al 42%).

Tomando como referencia la población, el DCS también es más eficiente, con diferencias del 23% respecto al DPA y del 42% respecto a la media (**§§ 164-165**).

216. Finalmente, respecto al gasto en recetas farmacéuticas, el DCS es ligeramente más eficiente que el DPA respecto a consultas de medicina de familia, y el DPA es más eficiente tomando en consideración las consultas de pediatría y la población.

Respecto a la media andaluza, el DCS sólo sería más eficiente al tomar como referencia la población, y el DPA tomando tanto ésta como las consultas pediátricas (**§§ 166-167**).

*Calidad*

217. Los indicadores de accesibilidad presentan una tendencia negativa respecto al ejercicio precedente (**§ 169**).
218. Los dos Distritos fiscalizados han elaborado la memoria del Plan de participación y los Planes de mejora, tomando como base el análisis de las reclamaciones presentadas y de las áreas valoradas negativamente en las encuestas de satisfacción (**§§ 170-172**).
219. De las encuestas de satisfacción de usuarios se pueden deducir lo siguiente:
- Para el conjunto de centros, los elementos mejor valorados son los relativos al respeto, la intimidad, la información recibida, la amabilidad, la confidencialidad y la eficacia de la atención. Los menos valorados corresponden al tiempo de espera previo a la consulta, la organización de los centros, los asuntos administrativos, el espacio y la comodidad de las salas de espera.
  - En tan sólo 5 (15%) y 7 (21%) de los 33 ítems existentes, los Distritos fiscalizados superan la media de Andalucía.
  - La media de los 33 indicadores es del 90% en el conjunto de DAPs, del 86% en el DPA y del 85% en el DCS.
  - De los 31 indicadores comunes, en 12 (39%) de ellos supera el DCS al DPA y en 19 (61%) se da la situación contraria. (**§§ 173-181**).
220. Por otra parte, en cuanto a las reclamaciones presentadas hay una mayor proporción en función de la población en el DPA.

Hay una mayor proporción de reclamaciones en la atención de urgencias, que en el resto de actividades. Los principales motivos que causan las reclamaciones son las demoras en la prestación de la atención sanitaria y el trato inadecuado (**§ 181**).

**5. ANEXOS.**

ANEXO 1

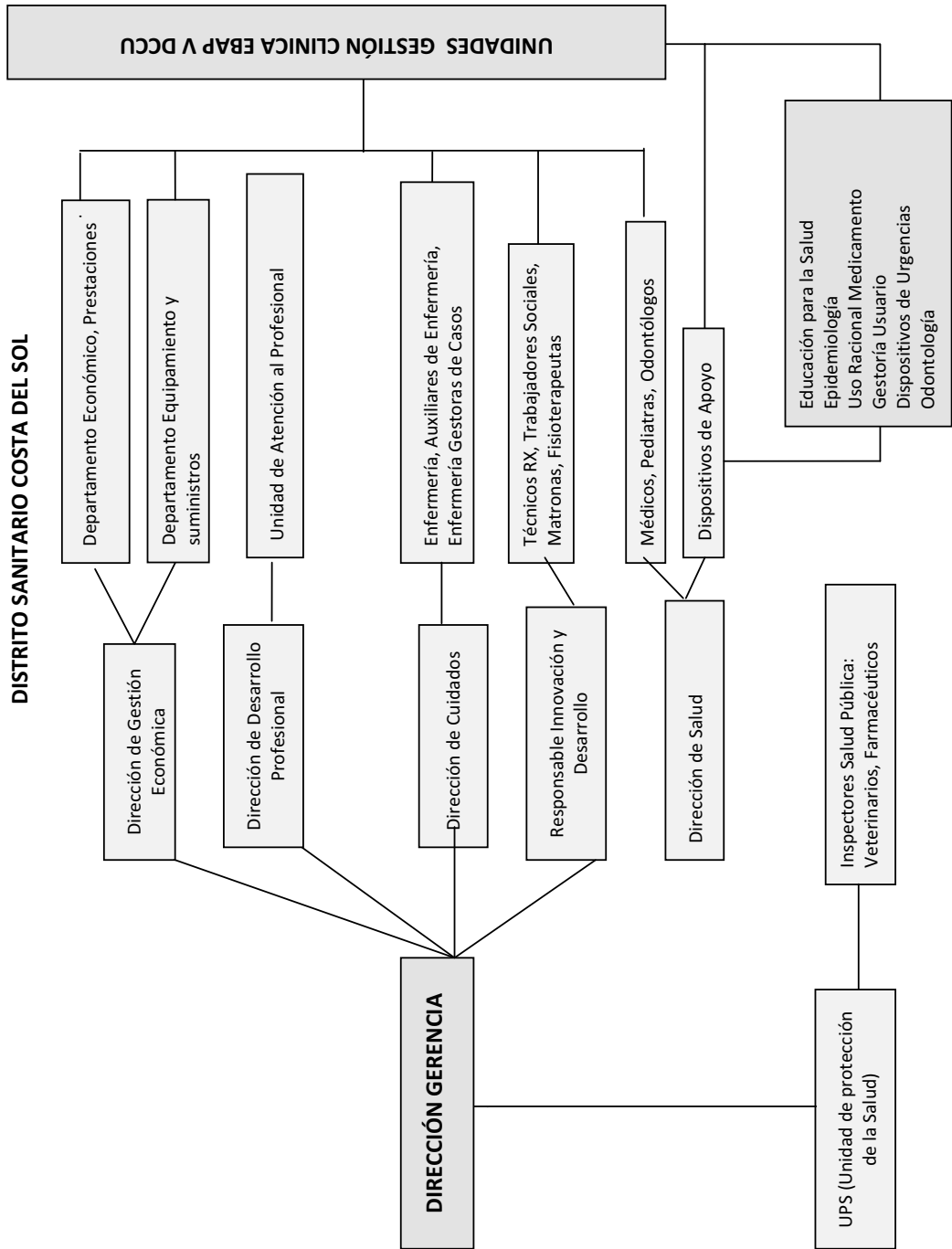
MAPA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DISTRITO COSTA DEL SOL

ZONA BÁSICA	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES	CONSULTORIOS AUXILIARES
<b>ESTEPONA</b>	Estepona	Cancelada	-
	La Lobilla	Casares	-
		Manilva	-
		San Luis de Sabinillas	-
<b>MARBELLA</b>	Las Albarizas	Benahavís	-
	Leganitos	Istán	-
	San Pedro de Alcántara	La Campana (Nueva Andalucía)	-
		Las Chapas	-
		Ojén	-
<b>FUENGIROLA</b>	Fuengirola-Oeste	La Cala	-
	Las Lagunas	Mijas Pueblo	-
	Los Boliches		
<b>TORREMOLINOS-BENALMÁDEMA</b>	Arroyo de la Miel-Benalmádena	Benalmádena	-
	La Carihuela		
	San Miguel		
	Torrequebrada		

MAPA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA

ZONA BÁSICA	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES	CONSULTORIOS AUXILIARES
<b>BERJA</b>	Berja	Alcolea	Bayárcal
		Balanegra	Benecid
		Dalías	Darrical
		Fondón	Fuente Victoria
		Láujar de Andarax	Hirmes
		Paterna del Rio	
<b>EL EJIDO</b>	El Ejido	Almerimar	Anexo Ejido Norte
	El Ejido Sur	Balerna	
	Las Norias	Guardias Viejas	
	Santa María del Águila	Pampanico	
		San Agutín	
	Santo Domingo		
<b>VÍCAR</b>	La Gangosa	Barrio Archilla-Cañada Sebastiana	Vícar
	La Mojonera	Cabañuelas Bajas	
	Puebla de Vícar	La Envía	
		Llanos de Vícar	
	Venta del Viso		
<b>ADRA</b>	Adra	La Curva	La Alquería
		Puente del Rio	
<b>ROQUETAS DE MAR</b>	Aguadulce Sur	Aguadulce	El Solanillo
	El Parador	Cortijos Marín	Énix
	Las Marinas	Félix	
	Roquetas		

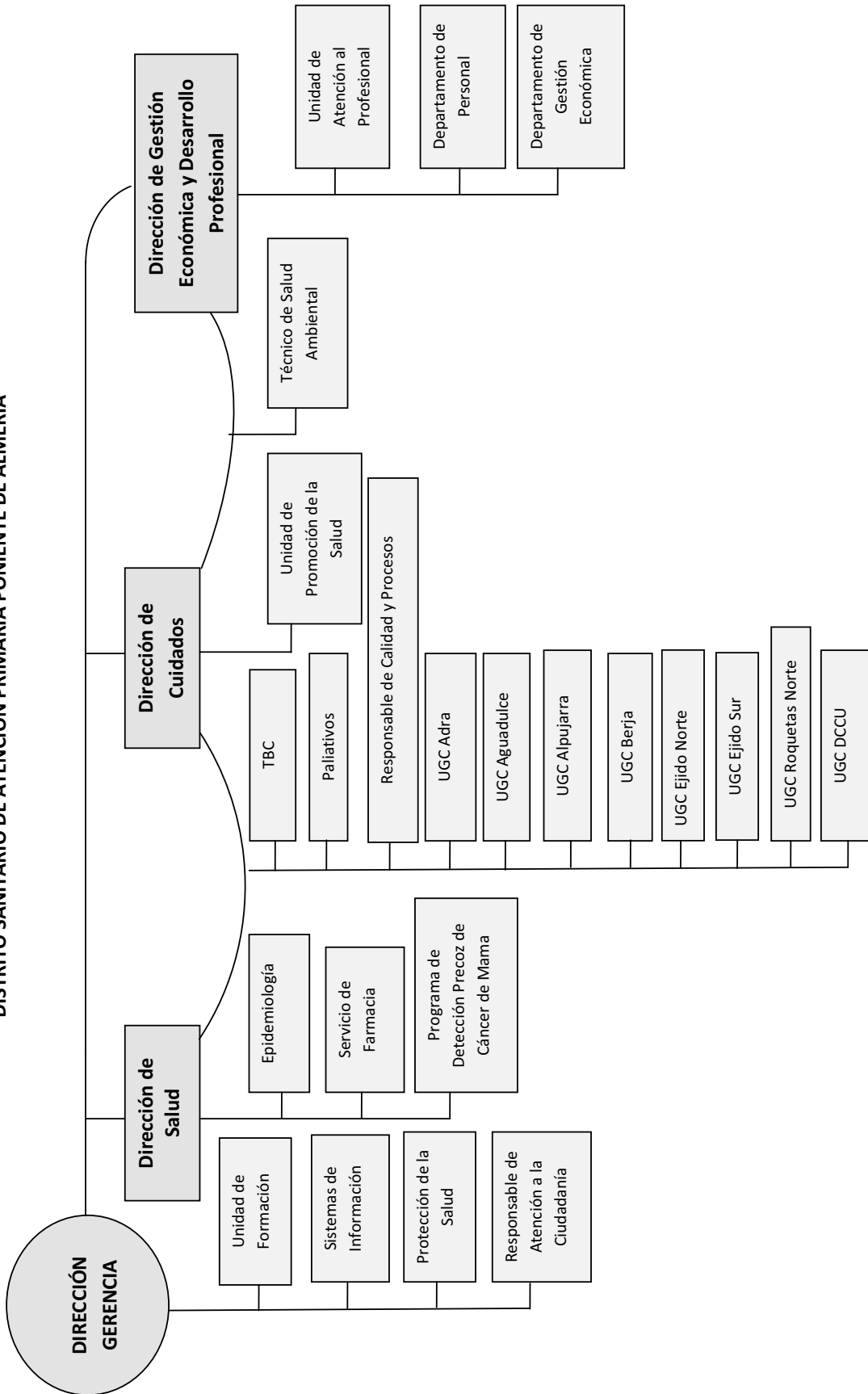
ANEXO 2





ANEXO 3

DISTRITO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA PONIENTE DE ALMERÍA



## ANEXO 4

## CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Costa del Sol	Poniente de Almería	Andalucía
<b>VACUNACIÓN INFANTIL</b>			
% recién nacidos a los que se realiza toma de muestras metabólicas antes de 8 días	99,36%	99,47%	99,31%
% niños nacidos en el período anual dos años anteriores al que hay que evaluar que han recibido vacunación completa	100,65%	96,98%	97,87%
<b>SALUD INFANTIL</b>			
% niños que cumplen 4 años en el año a evaluar y han realizado 6 visitas o más	12,48%	16,73%	26,71%
<b>SALUD ESCOLAR</b>			
% niños de 12 años vacunados de varicela	6,04%	3,71%	100,00%
% niños de 14 años vacunados de dT	5,13%	2,40%	100,00%
<b>PROGRAMAS DE LA MUJER</b>			
% mujeres en seguimiento de planificación familiar	6,90%	10,69%	SD
<b>ATENCIÓN A PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>			
Cobertura de seguimiento de inmobilizados (Inmvo. 15%>65 años)	66,01%	61,59%	88,26%
% de personas hipertensas valoradas sobre población general	10,06%	7,97%	11,48%
<b>INMUNIZACIÓN DE ADULTOS</b>			
% total de vacunados contra la gripe > 64 años	42,11%	56,78%	52,80%
% personas entre 15 y 64 años vacunados	3,71%	4,29%	4,98%
Cobertura de vacunación HB completa sobre los que inician la vacunación	59,09%	47,81%	55,98%
<b>PITA</b>			
% personas que abandonan el hábito tabáquico	5,37%	2,10%	6,26%
<b>EXAMEN SALUD MAYORES DE 65 AÑOS</b>			
% personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años frágiles	23,89%	23,28%	24,38%
% personas incluidas en el programa de salud ES a mayores de 65 años dependientes	14,47%	16,03%	17,26%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>			
% personas atendidas en el año por pertenecer al colectivo de inmigrantes	0,32%	29,95%	100,00%
% personas atendidas en el año por pertenecer a colectivos especiales	0,20%	12,87%	100,00%
% personas en riesgo social	0,33%	10,77%	100,00%

00035708

ANEXO 5

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

	Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	Andalucía	%
<b>PLURIPATOLÓGICO</b>						
Nº Usuarios incluidos en P.A. atención al paciente pluripatológico	1.356	2,15%	2.664	11,69%	95.972	7,71%
Nº Usuarios incluidos en P.A. atención al paciente pluripatológico con identif cuidador principal	205	15,12%	2.146	80,56%	52.666	54,88%
Nº Usuarios pluripatológicos con valoración de área funcional	437	32,23%	413	15,50%	26.376	27,48%
Nº Usuarios pluripatológicos con valoración sociofamiliar	12	0,88%	5	0,19%	1.617	1,68%
Nº Usuarios pluripatológicos con valoración de cuidador	6	0,44%	5	0,19%	579	0,60%
Nº Usuarios pluripatológicos con valoración de área cognitiva	263	19,40%	398	14,94%	18.943	19,74%
Nº Usuarios pluripatológicos con valoración de área afectiva	4	0,29%	3	0,11%	599	0,62%
<b>CÁNCER DE CERVIX/ÚTERO</b>						
Nº Mujeres incluidas en el P.A. cáncer de cervix/útero	52.421	33,62%	33.921	41,90%	929.457	33,74%
Nº Mujeres incluidas en P.A. cáncer de cervix/útero con diag de cáncer de cervix	26	0,05%	42	0,12%	1.140	0,12%
Nº Mujeres incluidas en P.A. cáncer de cervix/útero con diag de cáncer de útero	18	0,03%	21	0,06%	500	0,05%
<b>CÁNCER DE MAMA</b>						
Nº Mujeres incluidas en el P.A. cáncer de mama	10.605	18,35%	10.113	47,79%	154.412	16,94%
Nº Mujeres incluidas en el P.A. cáncer de mama con diag de cáncer de mama	430	4,05%	306	3,03%	9.608	6,22%
<b>CEFALEAS</b>						
Nº Usuarios incluidos en P.A. cefaleas	2.309	0,51%	6.838	2,70%	79.696	0,98%
<b>PALIATIVOS</b>						
Nº usuarios incluidos en el P.A. cuidados paliativos	1.010	0,22%	438	0,17%	17.758	0,22%
Nº usuarios terminales incluidos en el P.A. cuidados paliativos con indicación de opioides	740	73,27%	303	69,18%	12.426	69,97%
<b>DEMENCIAS</b>						
Nº usuarios incluidos en el P.A. demencias	1.215	1,92%	1.765	7,75%	47.148	3,79%
Nº usuarios incluidos en el P.A. demencias con test psicométricos	915	75,31%	1.340	75,92%	33.787	71,66%
Nº usuarios incluidos en el P.A. demencias con indentificación de cuidador principal	319	26,26%	1.397	79,15%	31.634	67,10%
<b>EPOC</b>						
Nº usuarios incluidos en el P.A. EPOC	4.845	2,31%	3.513	3,70%	130.004	3,38%
Nº usuarios incluidos en el P.A. EPOC con espirometría (con cita pasada)	90	1,86%	355	10,11%	26.639	20,49%

## ANEXO 5 Continuación

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS		Costa del Sol	%	Poniente de Almería	%	Andalucía	%
<b>HBP</b>							
Nº usuarios incluidos en el P.A. HBP/Cáncer de próstata		9.910	10,07%	6.550	13,64%	206.492	11,33%
Nº usuarios incluidos en P.A. HBP/Cáncer de próstata con valoración ipss		6.164	62,20%	4.690	71,60%	106.368	51,51%
Nº usuarios incluidos en P.A. HBP/Cáncer de próstata y diagnósticos de HPB		6.333	63,91%	4.616	70,47%	134.876	65,32%
Nº usuarios incluidos en P.A. HBP/Cáncer de próstata y diagnósticos de cáncer de próstata		970	9,79%	355	5,42%	14.987	7,26%
<b>INSUFICIENCIA CARDÍACA</b>							
Nº usuarios incluidos en P.A. insuficiencia cardíaca		4.245	6,72%	2.206	9,68%	69.682	5,60%
Nº usuarios incluidos en P.A. insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular		2.033	47,89%	779	35,31%	21.495	30,85%
Nº usuarios incluidos en P.A. insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular y tto anticoagulante		1.748	85,98%	655	84,08%	17.666	82,19%
Nº usuarios incluidos en el P.A. insuficiencia cardíaca con prescrip fármaco gp terapéutico IECA		2.435	57,36%	1.353	61,33%	43.187	61,98%
<b>EMBARAZO</b>							
Nº Mujeres incluidas en el P.A. embarazo		5.005	89,52%	2.960	99,16%	80.478	86,59%
Nº Mujeres incluidas en el P.A. embarazo con 1ª visita antes 12 semanas de gestación		4.157	83,06%	2.221	75,03%	68.055	84,56%
<b>ASMA</b>							
Nº adultos con asma valoradas		12.724	3,40%	4.560	2,23%	200.310	2,94%
Nº niños con asma valoradas		8.347	10,23%	3.597	7,43%	124.184	9,13%
<b>ADS</b>							
Nº usuarios incluidos en el PAI ADS de AP		412	0,11%	3.344	1,63%	36.783	0,54%
Nº usuarios incluidos en el PAI ADS atendidos en AP		122	29,61%	1.046	31,28%	10.943	29,75%
<b>DIABETES</b>							
Nº pacientes incluidos en el PAI Diabetes		27.840	6,11%	14.263	5,64%	567.927	6,96%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con al menos 1 determinación de HBA1C en el último año		16.323	58,63%	8.725	61,17%	299.729	52,78%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con último valor HBA1C < 7% en el último año		9.352	57,29%	4.861	55,71%	153.821	51,32%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con último valor HBA1C >= 7% y < 8% en el último año		3.909	23,95%	2.063	23,64%	801.414	26,83%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con HBA1C < 8%		13.539	82,04%	7.140	81,83%	239.659	79,96%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con último valor HBA1 >= 8 % en el último año		4.866	29,81%	2.843	32,58%	88.533	29,54%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con fondo de ojo en los dos últimos años		8.766	31,49%	5.815	40,77%	166.249	29,27%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con fondo de ojo en los dos últimos años normal		7.571	86,37%	4.722	81,20%	139.299	83,79%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con fondo de ojo en los dos últimos años patológico		1.519	17,33%	1.310	22,53%	31.383	18,88%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con exploración de pies en el último año		12.288	44,14%	8.430	59,10%	227.178	40,00%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con exploración de pies normal en el último año		3.294	26,81%	1.695	20,11%	50.829	22,37%
Nº pacientes incluidos en PAI Diabetes con exploración de pies patológico en el último año		9.940	80,89%	6.928	82,18%	178.657	78,64%

## ANEXO 6

## ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DISTRITOS SANITARIOS 2010 - 2011

ITEM	INDICADORES DE SATISFACCIÓN	ANDALUCÍA	DCS	DPA	DESVIACIÓN DCS S/ANDALUCÍA	DESVIACIÓN DPA S/ANDALUCÍA	DESVIACIÓN DCS S/DPA
3	Respeto con el que se le ha tratado	97,90%	96,20%	97,30%	-1,70%	-0,60%	-1,10%
7	Grado de intimidad en la consulta	96,90%	97,30%	95,40%	0,40%	-1,50%	1,90%
4.4	La información que le han dado se entendía muy bien	96,70%	97,40%	96,00%	0,70%	-0,70%	1,40%
4.1	Amabilidad del profesional que le ha tratado	96,70%	96,30%	94,80%	-0,40%	-1,90%	1,50%
P7	La confidencialidad de los datos clínicos	96,40%	97,10%	97,00%	0,70%	0,60%	0,10%
4.2	El profesional ha sido eficaz	96,20%	94,80%	95,40%	-1,40%	-0,80%	-0,60%
4.3	El profesional tiene disposición para escucharle	96,20%	94,40%	95,30%	-1,80%	-0,90%	-0,90%
8	Valoración de las explicaciones sobre el tratamiento	95,90%	95,40%	95,60%	-0,50%	-0,20%	-0,20%
5	Satisfacción con el tiempo de consulta	95,30%	94,20%	93,10%	-1,10%	-2,20%	1,10%
10.1	Recomendaría a su profesional	95,10%	91,70%	95,20%	-3,40%	0,10%	-3,50%
P12	Facilidad para obtener la cita por teléfono	94,90%	98,00%	80,00%	3,10%	-14,90%	18,00%
11.3	Valoración de los enfermeros/as	93,60%	89,50%	92,50%	-4,10%	-1,10%	-3,00%
11.1	Valoración de los médicos de familia	93,20%	92,50%	93,30%	-0,70%	0,10%	-0,80%
P5.2	La limpieza en el centro	92,90%	86,80%	81,70%	-6,10%	-11,20%	5,10%
10.2	Recomendaría su centro	92,80%	85,70%	91,60%	-7,10%	-1,20%	-5,90%
1	Satisfacción con los horarios de consulta	92,30%	88,70%	95,50%	-3,60%	3,20%	-6,80%
P24	Facilidad en los trámites para cambiar de médico o pediatra	92,20%	94,80%	*	2,60%		
P2	Satisfacción con el servicio recibido	91,50%	87,20%	90,20%	-4,30%	-1,30%	-3,00%
11.5	Valoración de los trabajadores sociales	90,80%	87,30%	81,90%	-3,50%	-8,90%	5,40%
P6	Correcta identificación de los profesionales	90,40%	88,80%	89,70%	-1,60%	-0,70%	-0,90%
11.2	Valoración de los pediatras	88,20%	87,20%	84,30%	-1,00%	-3,90%	2,90%
P19	Grado de confianza en la asistencia prestada	86,70%	79,70%	83,30%	-7,00%	-3,40%	-3,60%
P25	Satisfacción con el cambio de médico o pediatra	86,50%	85,40%	90,30%	-1,10%	3,80%	-4,90%
P5.3	La ventilación del centro	85,80%	69,30%	65,60%	-16,50%	-20,20%	3,70%
P5.5	Las instalaciones en general	85,60%	66,50%	74,40%	-19,10%	-11,20%	-7,90%
11.4	Valoración del personal de atención al ciudadano	85,10%	79,70%	83,00%	-5,40%	-2,10%	-3,30%
P5.4	La comodidad de la sala de espera	84,30%	81,90%	73,20%	-2,40%	-11,10%	8,70%
P4	Facilidad para resolver asuntos administrativos	83,70%	60,80%	65,20%	-23,60%	-18,90%	-4,70%
P8	La organización del centro en general	81,50%	72,20%	82,40%	-9,30%	-14,20%	-8,70%
P14	Tiempo de espera hasta entrar en consulta con cita	80,90%	72,00%	79,90%	-8,90%	-1,00%	-7,90%
P17	Tiempo de espera hasta entrar en consulta con número	54,90%	56,60%	58,00%	-5,50%	-8,10%	2,60%
	<b>Promedio</b>	<b>90,08%</b>	<b>85,18%</b>	<b>85,70%</b>			

\* Los indicadores que aparecen sin información, es debido a la necesidad de una respuesta válida con al menos 40 casos para asumir a priori un error máximo aproximado al 10% para cada distrito. En estos casos es inferior.

## ANEXO 7

## EVALUACIÓN C.P. 2011

<b>CENTRO: 7942 DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL</b>				
<b>CONTRATO PROGRAMA</b>	<b>CAPÍTULO I</b>	<b>CAPÍTULO II</b>	<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>TOTAL</b>
C.P. Inicial	40.687.373	6.646.253	23.314	47.356.940
Modificaciones:				
Servicio 18		38.802		
Medicamentos Cap. IV (Resol. 403)				
Otros	-74.614			
<b>TOTAL C.P. FINAL</b>	<b>40.612.759</b>	<b>6.685.055</b>	<b>23.314</b>	<b>47.321.128</b>
<b>GASTO</b>				
Gasto 2011(contable)	39.782.877	6.146.579	17.891	
Gasto dispersión geográfica event.+sustit.	409.450			
Ajuste trienios EBEP	-40.982			
Variación P. Cedido	46.431			
Variación A.C y J.C pagada /recibida	-112.216			
Compras Intercentros /Plataformas				
Otros		0	0	
<b>TOTAL GASTO</b>	<b>40.085.560</b>	<b>6.146.579</b>	<b>17.891</b>	<b>46.250.030</b>

## NOTAS:

En Cap. I el gasto en dispersión geográfica de eventuales y sustitutos es fuente Nómina (DGP y DP) y suma al gasto contable.

El incremento de C.P. en Ser. 18 se corresponde con el gasto en C. Oficial en dicho servicio.

## CAP. II Y IV:

- Gasto 2011: Gasto en FOG del propio centro.
- **TOTAL GASTO: Gasto Devengado.** Incorpora los ajustes por compras intercentros y en plataformas. Fuente: FOG y centro que compra.

ANEXO 8

EVALUACIÓN C.P. 2011

<b>CENTRO: D.S. PONIENTE DE ALMERÍA</b>				
<b>CONTRATO PROGRAMA</b>				
	<b>CAPÍTULO I</b>	<b>CAPÍTULO II</b>	<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>TOTAL</b>
C:P.Inicial	26.841.914	4.713.193	-	31.555.107
Modificaciones:				
. Servicio 18		5.535		
. Medicamentos Cap. IV (Resol.403)				
. Otros	76.594			
<b>TOTAL C.P. FINAL</b>	<b>26.918.508</b>	<b>4.718.728</b>		<b>31.637.236</b>
<b>GASTO</b>				
Gasto 2011 (contable)	26.889.204	0	0	
Gasto dispersión geográfica event+sustit.	257.900			
Ajuste trienios EBEP	-18.131			
Variación P. Cedido	0			
Variación A.C. y J.C pagada/recibida	-15.297			
Compras Intercentros /Plataformas		4.715.778	0	
Otros (Sentencias Trieniosdirectivas 1999/70 CEE)	-91.325			
(variación liberados sindicales)	-138.030			
<b>TOTAL GASTO</b>	<b>26.884.321</b>			<b>31.600.009</b>

NOTAS :

En Cap. I el gasto en dispersión geográfica de eventuales y sustitutos es fuente Nómina (DGP y DP) y suma al gasto contable.  
CAP. II y IV:

- Gasto 2011: Gasto en FOG del propio centro.
- **TOTAL GASTO: Gasto Devengado.** Incorpora los ajustes por compras intercentros y en plataformas. Fuente: FOG y centro que compra.

En los centros de las provincias de Almería, Granada y Huelva el gasto total de la provincia se ha repartido en proporción al C.P. de cada centro.

## 6. ALEGACIONES

### CUESTIÓN OBSERVADA Nº 4. PÁGINA 1

#### ALEGACIÓN nº 1:

#### ALEGACIÓN ADMITIDA

### CUESTIÓN OBSERVADA Nº 27. PÁGINA 8

*“La dotación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en ambos DAPs se encuentra por debajo de la media, en particular en el DCS...”.*

#### ALEGACIÓN nº 2:

La dotación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias se basa en criterios de población y dispersión geográfica, como de las cronas existentes al centro hospitalario de referencia, por lo que no sabemos cómo se calcula la media andaluza y por supuesto no puede existir comparabilidad con ella.

#### ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

### CUESTION OBSERVADA Nº 28. PAGINA 9

*“DPA tiene 2 Unidades de ecografía”.*

#### ALEGACIÓN nº 3:

Debe decir 0.

### CUESTION OBSERVADA Nº 28. PAGINA 9

*“DPA tiene 0 Unidad de retinografía”.*

#### ALEGACIÓN nº 4:

Debe decir 4.



**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 45. PÁGINA 12**

*“Esta información no coincide con la facilitada por los Servicios Centrales del SAS...”.*

**ALEGACIÓN nº 5:**

Los datos aportados por los Servicios de Apoyo del SAS, extraídos del Sistema MTI-Citas, usando el nº total de consultas como denominador y de éstas restadas aquellas pasadas y realizadas en el numerador, con el único filtro del tipo de profesional (médico, pediatra, enfermera) y no la actividad desarrollada (a demanda, programada, cirugía menor,...).

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 75. PÁGINA 19****ALEGACIÓN nº 6:**

**ALEGACIÓN ADMITIDA**

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 101. PÁGINA 23****ALEGACIÓN nº 7:**

**ALEGACIÓN ADMITIDA**

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 160. PÁGINA 34**

*“....., se puede realizar otra aproximación a la eficiencia mediante la comparación de determinados recursos representativos –gastos en personal, consumos y recetas farmacéuticas– con determinados resultados típicos –consultas de medicina de familia, pediátricas y de enfermería–.....”*

**ALEGACIÓN nº 8:**

Es un error medir la eficiencia considerando como producto el nº de consultas que realizan los profesionales, ya que éstas son un recurso usado (gasto) y no un producto (resultado). Cada necesidad en salud que se plantea por un paciente, necesitará un nº determinado de consultas para su respuesta, no a más consultas realizadas se es más eficiente, sino al contrario, es por lo que intentamos avanzar en la adecuación de la frecuentación de los pacientes a las consultas, “que el paciente acuda a las consultas necesarias para la resolución efectiva de su problema de salud, ni más, ni menos”.

Ejemplo: si a un paciente con una patología determinada, dice el PAI (Proceso Asistencial Integrado) que hay que revisarlo dos veces al año, el revisarlo cuatro veces (que genera dos consultas más cuando menos), no reporta mayor beneficio y además consume más recursos.

Si puede servir (aunque con matices: nivel socioeconómico de la población, pirámide de población atendida,...) hacer el cálculo por habitantes, aunque habría que añadir los resultados en salud producidos, pero nunca por nº de consultas como producto final.

#### **CUESTIONES OBSERVADAS Nº 161, 162, 164 y 166. PÁGINAS 34 – 35**

161. Igualmente, dichos recursos se pueden poner en relación con la población atendida según la Base de Datos de Usuarios.

<i>Costes Medios Unitarios Personal</i>	<i>Distrito Costa del Sol</i>	<i>Distrito Poniente Almería</i>	<i>Total Andalucía</i>	<i>% DCS/ Andalucía</i>	<i>% DPA/ Andalucía</i>	<i>%DCS/ DPA</i>
<i>Coste Personal/ Consulta Méd. Familia</i>	31,55	42,45	<b>34,77</b>	-9,26%	22,09%	- 25,68%
<i>Coste Personal/ Consulta Pediatría</i>	180,67	188,67	<b>207,44</b>	-12,90%	-9,05%	-4,24%
<i>Coste Personal/ Consulta Enfermería</i>	45,34	59,31	<b>59,06</b>	-23,22%	0,43%	- 23,55%
<i>Coste Personal/ Habitante BDU</i>	119,04	143,80	<b>165,25</b>	-27,97%	-12,98%	- 17,22%

Fuente: Sistema COAN y Cartera de Servicios

Cuadro nº 42

162. El DCS, bajo estas premisas, resulta claramente más eficiente en gastos de personal en relación con la producción, tanto respecto al DPA, con diferencias que oscilan del 4 al 26%; como a la media de la comunidad autónoma, con diferencias del 9 al 23%, en las tres categorías consideradas.

164. En cuanto a consumos en relación con la producción se da una situación similar: el DCS es más eficiente, con las premisas indicadas, que el DPA (diferencias del 11 al 31%) y que la media del organismo (del 27 al 42%).

166. Finalmente, respecto al gasto en recetas farmacéuticas, el DCS es ligeramente más eficiente que el DPA respecto a consultas de medicina de familia, y el DPA es más eficiente tomando en consideración las consultas de pediatría y la población BDU.

#### **ALEGACIÓN nº 9:**

Considerar el mismo argumentario que en la alegación anterior.

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 188. PÁGINA 38**

*“La dotación de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en ambos Distritos se encuentra por debajo de la media, en particular en el DCS (§ 27).*

*Se recomienda SAS dotar a los Distritos de Atención Primaria de los recursos materiales necesarios para el desarrollo de sus actividades.”*

**ALEGACIÓN nº 10:**

Mismo argumentario que en la cuestión 27.

**ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE****CUESTIÓN OBSERVADA Nº 189. PÁGINA 38**

*“Desde el ejercicio 2003 el SAS venía utilizando un modelo de financiación capitativo. No obstante, durante los ejercicios 2010 y 2011, dicho modelo no ha sido aplicado al introducirse criterios que permitieran ajustar el gasto sanitario a las disponibilidades presupuestarias existentes. (§§ 31-32). Se recomienda al SAS dotar a los Distritos de Atención Primaria de los recursos económicos necesarios mediante un modelo objetivo de financiación que tome como referencia las circunstancias concretas de cada centro de gasto.”*

**ALEGACIÓN nº 11:**

Aunque en el periodo analizado no se “rodara” el modelo capitativo por las circunstancias que recoge el informe, ello no significa que la financiación no tomara como referencia las circunstancias concretas de cada centro. Los ajustes que se hacen son sobre ejercicios anteriores en los que sí se aplicó el modelo y se contemplaron las circunstancias concretas de cada centro, principalmente la población que atiende (tarjetas ajustadas por edad), su dispersión geográfica (nº de centros) y su oferta de servicios. Por tanto, lo que no contempla, son las variaciones que se hayan producido en las antedichas variables.

La difícil situación económica, hace pensar que dichas modificaciones, de haberse producido, serán mínimas, pero recuperar el modelo de financiación en un contexto de estabilidad presupuestaria es un objetivo del Organismo.

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 192. PÁGINAS 38 – 39**

*“Para la determinación de la actividad desarrollada el organismo parte de la premisa de equiparar número de consultas con número de citas ofertadas. Esto tiene como consecuencia que se computan también como realizadas aquellas citas que no llegan a producir una consulta efectiva,*

*por ejemplo, por ausencia del paciente. Las cifras sobre consultas no realizadas facilitadas por los dos Distritos y por los Servicios Centrales del SAS no son coincidentes (§§ 44-45).*

*Se recomienda al SAS considerar sólo las consultas efectivamente realizadas para la estimación de la actividad realizada en atención primaria.”*

**ALEGACIÓN nº 12:**

Está incluida en el informe en la cuestión 47 que dice: *“...para evaluar la actividad realizada se mantiene la consideración de citas ofertadas, puesto que el organismo debe atender la demanda expresada mediante las citas solicitadas, con independencia de que el paciente asista o no a la consulta”*. Por lo que este dato solo se maneja para la actividad global, que debe incluir el tiempo de las agendas de los profesionales, acuda o no el paciente.

Para el resto de cálculos (actividad diaria, frecuentación,...), se usa el filtro de consultas pasadas y realizadas.

Se adjuntan en Anexo I los requisitos del informe de MTI-Citas usado para el cálculo de frecuentación.

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 195. PÁGINA 39**

**ALEGACIÓN nº 13:**

**ALEGACIÓN ADMITIDA**

**CUESTIÓN OBSERVADA Nº 217. PÁGINA 42**

*“Los indicadores de accesibilidad presentan una tendencia negativa respecto al ejercicio precedente (§ 169)”*.

**ALEGACIÓN nº 14:**

El Distrito Costa del Sol traslada un comportamiento sociológico en general más urbano que rural, y en particular con los usos de las nuevas tecnologías. Esta actitud la observamos en los datos que reflejan los dos indicadores de accesibilidad recogidos en CP. Del total de citas asignadas en el 2011, en el DCS el 48,62% de ellas se facilitaron físicamente en el mostrador del centro y el 51,38% a través de medios telemáticos. En cambio en el Distrito Poniente Almería se asignaron en el mostrador un 73% y telemáticamente el 23% de las citas. Estos resultados traducen los valores recogidos en los indicadores de CP.

Cuando los ciudadanos se desplazan a los centros para solicitar cita se les facilita esta, prácticamente siempre, para las primeras 24 horas (bien para el mismo día o para el día siguiente), esto hace que los huecos ofertados para las primeras 24 horas a Salud Responde (SR) disminuyan.

La población del DPA solicita mucho en mostrador y poco a través de SR, ecuación que traslada numerosa población inmigrante con escasos recursos y dificultades idiomáticas para pedir cita telefónicamente. Ésto hace que su indicador de citas asignadas en 24 horas sea alcanzado y el correspondiente a citas rechazadas a través de SR sea inalcanzado. En el DCS sucede que, al no asignarse muchas citas directamente en el mostrador, hay escaso volumen de citas asignadas en las primeras 24 horas, no obstante quedan bastantes huecos para poder ser ofertados a través de SR o inters@s (esta población suele utilizar las plataformas SR o inters@s para solicitar citas).

La tendencia negativa que observamos en el DPA en el 2011 respecto a 2010, fue debida a que el volumen de citas asignadas en mostrador con relación a las asignadas por SR ha sido mayor aun; y en el DCS en el 2011 el volumen de citas asignadas en mostrador ha crecido levemente lo que ha motivado el incremento de citas rechazadas a través de SR, respecto el año 2010.

#### CUESTIÓN OBSERVADA ANEXO 2. PÁGINA 46

*“Distrito Sanitario Costa del Sol”*

#### ALEGACIÓN nº 15:

Se incluye en Anexo 2 el organigrama actualizado de la estructura del Distrito Sanitario Costa del Sol.