

## **MESA ESPONTÁNEA**

### **Desarrollo de las competencias del epidemiólogo de Atención Primaria en Andalucía**

*Viernes, 6 de septiembre de 2013. 09:00 a 10:30 h  
Aula 6*

*Moderan: Juan José Fornovi Vives  
y María Luisa Gómez Mata*

---

#### **519. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN INNOVADORA. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD PÚBLICA**

M.J. Pérez, E. Román, C. Escassi, T. Salas

*Área Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.*

**Antecedentes/Objetivos:** Desde 2010 funciona una Unidad de Gestión Clínica en la que se agrupan profesionales de salud pública de atención primaria y de atención hospitalaria. Este equipo pretende potenciar la salud de la comunidad, poniendo en marcha acciones efectivas en Salud Pública sin solución de continuidad, sustentadas

en un diagnóstico de salud de nuestra población y susceptibles de ser evaluadas para medir su impacto en la población. La meta es contribuir a hacer del Distrito Sevilla Sur y del Hospital Universitario de Valme una organización generadora de salud, desarrollando todas las funciones del área de conocimiento y competencia de salud pública.

**Métodos:** Impulso, mediante una estrategia organizativa consolidada a nivel asistencial, de la efectividad en salud pública, con la utilización de herramientas de gestión clínica aplicadas al área de epidemiología, medicina preventiva y promoción de la salud.

**Resultados:** En la cartera de servicios se han sumado las líneas de actividad de un servicio de Medicina Preventiva y Salud pública y las propias de los técnicos de salud en Primaria. Cada año el pacto de objetivos refleja los retos que, por criterios de relevancia, orienten mejor las prioridades para esta unidad.

**Conclusiones:** Los profesionales son el elemento clave para el funcionamiento de la Unidad. Debemos asegurar su participación, alentar sus iniciativas y lograr que su desempeño permita cumplir con los objetivos corporativos en salud pública. La amplia cartera de servicios, la relevancia de determinadas actividades y la configuración en una UGC interniveles, hace necesario un proceso constante de monitorización de indicadores dentro de un abordaje de ciclo de mejora continua de la calidad. La colaboración y comunicación constantes para asegurar la continuidad en las intervenciones de salud pública permitirán mejorar el desempeño profesional y los resultados en salud.

### 523. VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE ANDALUCÍA: HERRAMIENTAS Y DESARROLLO

B. López Hernández

*Unidad Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Granada.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Vigilancia de la Salud de la Población (VSP) fortalece la función activa de la comunidad en el reconocimiento de los problemas de salud haciendo énfasis en las acciones educativas de promoción y prevención de salud. También se deriva de la VSP la capacidad de identificar desigualdades y la evaluación. Los Resultados de la VSP son útiles para la gestión, y orientación de objetivos en Unidades Clínicas de AP, así como para apoyar el desarrollo de estrategias intersectoriales: Red Local en salud, Intervención en Zonas con necesidades de Transformación Social. El objetivo de esta comunicación es mostrar el desarrollo y las herramientas de sostén de la VSP en la Unidad Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de Salud de Granada.

**Métodos:** La Unidad Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de Salud en Granada se crea en el año 2010. Una función esencial es mantener la Vigilancia Integral de la Salud de la Población. Para ello utiliza las Herramientas y los Soportes Informáticos corporativos del SSPA. Grandes apartados de VSP: 1. Enfermedad Infecciosa y Situaciones Agudas de Riesgo para la Salud: Incluye las enfermedades y Alertas Sanitarias definidas por la Orden de 11 de diciembre de 2008. El soporte informatizado es el SIA, base individual con carga automática de declaraciones desde la Historia Digital DIRAYA. 2. Enfermedad Crónica y Resultados en Salud: Se centra en las 4 principales patologías crónicas: Enfermedad Cardiovasculares (ECV), Diabetes, Cáncer y Enfermedad Respiratorias Crónica. Las dimensiones analizadas son: determinantes salud, cobertura y normas de calidad de procesos asistenciales y resultados en salud: mortalidad e ingresos prevenibles. Fuentes de Información: DIABACO, CMBD, SIVSA, AIMA. 3. Determinantes en Salud Además de la estructura por edad y sexo, existen otros condicionantes de la morbilidad de una población y de sus necesidades en salud, como son los factores socioeconómicos y los hábitos. Fuentes de Información: MTI-BDU, SIV-

SA, DEMAP. La información obtenida se integra en una referencia geográfica: UCAP, Municipio, Zonas Básicas de Salud, Distritos y Áreas Sanitarias, Provincia. La jerarquía de análisis responde a la estructura organizativa del SSPA.

**Resultados:** Se han elaborado Informes ad hoc con libre acceso desde las Unidades Clínicas de Atención Primaria, también se han presentado los Resultados del Análisis a las Direcciones Gerenciales correspondientes.

**Conclusiones:** La Vigilancia sistematizada e integral de la salud de la población de referencia se construye atendiendo a las necesidades de flexibilidad y oportunidad. Está pendiente introducir las actividades de promoción en salud y establecer un plan de comunicación.

### 547. IMPORTANCIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA FORMACIÓN DE LOS MIR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

N. Cabrera Castro

*UD MPYSP Andalucía, Hospital Clínico San Cecilio.*

**Antecedentes/Objetivos:** Ante la progresiva especialización de la profesión médica está abierto el debate sobre la formación necesaria para los profesionales de salud pública (SP) y del reconocimiento de ésta para el acceso a puestos relacionados con SP. Desde 2005 el programa de la especialidad vía MIR de medicina preventiva y salud pública (MPSP) incorpora rotaciones regladas en atención primaria (AP), articuladas de forma distinta según unidades docentes. En 2012 se publicó el borrador del real decreto (RD) de troncalidad en la formación de especialistas. El objetivo de este trabajo es describir el papel actual de la epidemiología de AP en la formación de MPSP en Andalucía y aportar experiencias frente al inicio de la troncalidad.

**Métodos:** Lectura crítica de documentos: 1. Programa formativo de la especialidad médica de MPSP. Ministerio de sanidad y consumo. 2005. 2. Programa de la etapa de formación en el distrito de AP. SAS. Unidad docente de MPSP. 2008. 3. Proyecto de RD por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Dic 2012.

**Resultados:** La epidemiología es una de las 5 áreas profesionales específicas que se definen en la especialidad de MPSP, con formación teórica en el máster de SP y teórico-práctica en consejerías de salud y AP. En Andalucía la rotación en AP se realiza en los servicios de epidemiología de los distritos durante 4 meses, donde, dependiendo de la organización interna de éstos se realizan los módulos previstos (Administración y gestión de AP, epidemiología y programas, sanidad ambiental, seguridad alimentaria, atención al usuario, área del medicamento y educación sanitaria y promoción de la salud). El proyecto de RD de troncalidad incluye a MPSP en el tronco médico, los MIR realizarán 2 años de formación clínica y posteriormente elegirán especialidad, que será de 2 años. Los programas los establecerá la comisión docente nacional. Comenzará a partir de 2015.

**Conclusiones:** Un número importante de licenciados se acercan a la especialidad por su vertiente salubrista, debido a su experiencia previa o por su potencial laboral. La actual rotación en epidemiología en AP complementa la formación teórica del MIR con un enfoque práctico y multidisciplinar aprendiendo junto a profesionales de base. La troncalidad deja únicamente 2 años para la formación específica, por lo que existen dudas respecto al formato del máster de SP y plantea un reto a la hora de comprimir el actual programa de 4. ¿Nos quedaremos sin rotar en epidemiología de AP? La respuesta depende de la comisión docente nacional, que estará influenciada por las sociedades científicas y las perspectivas laborales de los futuros especialistas.

## 629. MAPA COMPETENCIAL DEL EPIDEMIÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

I. Olaya Caro

*Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir, Servicio Andaluz de Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar competencias de los médicos de salud pública y epidemiólogos. Introducir a los asistentes en el proceso de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ACSA para los epidemiólogos de atención primaria (EAP) en Andalucía. Lanzar a debate la situación actual competencial del EAP en Andalucía.

**Métodos:** Al tratarse de una Ponencia a una mesa espontánea, no es posible ajustarla al formato al clásico de una comunicación, pero el método seguido para elaborar esta ponencia ha sido: revisar lo publicado hasta la fecha en competencias de salud pública, medicina preventiva, epidemiología; análisis del mapa competencial desarrollado por la ACSA para el EAP. Marco conceptual. Web ME\_jora P; explotación de datos sobre acreditación de competencias.

**Resultados:** Para el EAP, 81 evidencias: Vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas: 25,93%. Metodología: 16,05%. Investigación: 13,58%. Programas, Servicios, Procesos, Planes integrales: 9,88%. No quedan abordadas: Identificación y actuación ante factores de riesgo. Recogida, procesamiento y explotación de información sanitaria y demográfica. Evaluación de programas y servicios y del impacto. Planificación y Gestión Sanitaria. Comunicación Situación actual en Andalucía en el proceso de acreditación: (2005-2012). Procesos en curso: en preparación: 6.870 y en autoevaluación: 5.194. Procesos finalizados: 8.845. EAP: 6 (11,54%).

**Conclusiones:** No hay un modelo claro de perfil de Epidemiólogo, aunque hay acuerdo que debe ser médico. Continúa el debate entre los médicos sobre si la Salud Pública es una única profesión o es una competencia de varias profesiones. Hay que replantearse la necesidad de que se exija, entre los requisitos académicos para el acceso al perfil, estar en posesión del título de especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. La ACSA ha conseguido acercarse bastante al perfil competencial de un EAP, pero sigue dejando fuera áreas inequívocas de salud pública. La SAEPI puede ser un buen medio para la protección, respeto y futuro de nuestra categoría profesional. Su posible adscripción a la SEE está ahora mismo en debate en el seno de la sociedad andaluza. Debemos perseguir y ganarnos el reconocimiento explícito de nuestra organización. Para ello tendremos que apostar por un perfil competencial amplio, profesionalizado, que sepa responder a las necesidades del Sistema sanitario y validado por el consenso de todos.

## 861. LA HISTORIA DIGITAL DE SALUD DIRAYA COMO RECURSO EN LA VIGILANCIA E INTERVENCIÓN EPIDEMIOLÓGICAS

E. Torres Butrón

*DSAP Aljarafe-Sevilla Norte.*

**Antecedentes/Objetivos:** La utilidad de la implantación y desarrollo de la Historia Digital de Salud (HDS) DIRAYA en la vigilancia e intervención epidemiológicas podría concretarse como sigue: 1. Consulta del contenido informativo de la HDS. 2. Utilización de la HDS como fuente de información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). 3. Participación activa del Epidemiólogo de Atención Primaria (AP) en la HDS incorporando las actuaciones y recomendaciones realizadas en coordinación con los profesionales asistenciales.

**Métodos:** La evaluación de los objetivos desde la perspectiva del epidemiólogo de AP se resume a continuación: 1. El contenido de interés que puede extraerse es de carácter administrativo, social y clínico. La información clínica se estructura en diversos apartados:

problemas, prescripciones, consultas, vacunaciones, analíticas, etc. El uso de la HDS puede conocerse indirectamente a través de la información registrada en RedAlerta. 2. La notificación a RedAlerta —aplicación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA)— se realiza a través de una carga automática de las EDO codificadas según la CIE-9 en la HDS, si bien, existen aún algunos problemas en la importación. 3. La participación activa del epidemiólogo en la HDS precisaría de un perfil profesional específico. Se realiza una encuesta a los profesionales sobre su participación actual.

**Resultados:** 1. El contenido social y clínico que puede consultarse ha mejorado indiscutiblemente la vigilancia e intervención epidemiológicas, permitiendo conocer información relevante del caso/s y contactos. 2. Tasa de importaciones de EDO desde DIRAYA a RedAlerta realizadas antes y después del inicio de este sistema automático. Análisis de problemas de este sistema. 3. El Epidemiólogo de AP aún no dispone de un perfil propio para su participación en la HDS. No obstante, algunas de sus actuaciones sí quedan reflejadas. Se exponen los resultados de la encuesta realizada.

**Conclusiones:** La HDS ha supuesto una fuente de información incomparable para la vigilancia e intervención epidemiológicas, y continúa desarrollándose eficientemente como sistema integrador de la asistencia sanitaria. El SVEA dispone de un sistema automático de importación de EDO codificadas por los médicos de AP, si bien, tiene aún que mejorar algunos aspectos del proceso. La participación del Epidemiólogo de AP debería visualizarse para mejorar la coordinación de sus actuaciones y recomendaciones con otros profesionales sanitarios. Para ello, sería oportuna la creación de un perfil específico en DIRAYA.