

GALICIA

Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

El producto interior bruto a precios de mercado generado por la economía gallega en el 2003 (último dato disponible) creció un 2,4% en términos reales, según la estimación del IGE, una décima inferior a la tasa de crecimiento estimada por el INE para el conjunto del Estado, 0,5 puntos más de lo que lo hiciera el año anterior.

Dicho crecimiento del año 2003 vino acompañado de un cuadro macroeconómico caracterizado por una moderación de las tensiones inflacionistas. La tasa de variación de las medias anuales de inflación en Galicia fue del 3,1% (siete décimas menos que la registrada en el año anterior), siendo de 3,0% en el conjunto del Estado (3,5% en 2002).

Así mismo, el mercado de trabajo en Galicia experimenta un crecimiento de la población activa de 44,7 miles de personas (3,7%), de los que 33,2 miles de personas corresponden al incremento de la ocupación (3,1% más que en el año anterior) y 11,5 miles de personas a los desempleados (7.8%). El incremento de la ocupación (2,3 puntos porcentuales por encima de lo que sucediera en el año 2002) se produce como consecuencia de que el empleo en el sector primario desciende un 0.9% (1,4 miles de personas) y en los sectores no primarios crece un 3,7% (34,7 miles de personas). La tasa de paro gallega en el 2003 aumenta cuatro décimas respecto a la de 2002 (12,6% en 2003).

Al contrario de lo sucedido en el año anterior, en 2003 la economía gallega, con un parejo crecimiento de su producción a la del conjunto de la economía española, presentó una tasa de creación de empleo cuatro décimas superior. De un lado, los sectores no primarios en Galicia, con un aumento cuatro décimas superior, presentaban una tasa de creación de empleo siete décimas superior. De otro, a pesar de la caída de la producción del sector primario (-3,7% frente al descenso del 1,4% en el conjunto del Estado), la caída del empleo agrario en Galicia es inferior a la registrada en el conjunto del Estado (-0,9% y -2,0%, respectivamente).

Desde el punto de vista de la oferta, la aceleración del ritmo de crecimiento de la actividad económica se produce por razón de la evolución de los sectores no primarios, que pasan de crecer, en conjunto, un 1,8% en el año 2002 a un 2,7% en el año 2003. Frente a este crecimiento, la actividad agraria presenta en el 2003 una contracción del 3,7%, cuando en el 2002 se producía una leve recuperación al incrementarse su producción un 0,7%. El sector industrial en su conjunto (energía e industria) presentó en el último año una tasa de crecimiento del VEB del 2,7% (1,2 puntos porcentuales superior a la registrada en el año anterior).

Según la Contabilidad Regional, el peso relativo de este sector en el PIB total gallego es de 24,7%, superior al 22,8% de la economía española (el sector industrial, sin la rama energética, representa el 17,7% en Galicia, frente al 18,8% en el conjunto del Estado).

La construcción presenta una tasa de crecimiento del 3,1%; una décima superior a la experimentada en el año anterior (3,0%). Al igual que sucedía en el caso sector primario, su peso relativo en el PIB gallego (9,9%) es superior al peso de este sector en España (8,8%).

Los servicios tuvieron un crecimiento medio de 2,6%, frente al 1,8% experimentado el año anterior en Galicia. Este es el sector mas importante en cuanto a la generación del PIB, ya que aporta el 62,6% del mismo año 2003, inferior a la contribución del mismo en la economía española, que fue del 68,2% en el año 2003.

En el contexto europeo (UE-15=100), la economía gallega presenta en el año 2001, según los datos del Eurostat, un PIB per capita del 66,5% de la media de los quince países de la UE, siendo el valor del conjunto del Estado del 84,2%. Si se tiene en cuenta los 25 países que forman la UE a partir del 1 de mayo de 2004, el PIB per cápita de Galicia pasaría del dicho 66,5% de la media de los actuales 15 países de la UE al 73,0% de la media de Europa de 25 países en el 2001 (último dato disponible).

La tasa de variación de las medias anuales de inflación en Galicia en el año 2003, medida a través del índice de precios al consumo (IPC), fue del 3,1%, situándose siete décimas por bajo del crecimiento registrado en el 2002 y de una décima por encima de la tasa de inflación del conjunto del Estado en 2003. Junto a esta minoración de las tensiones inflacionista a lo largo del ultimo año, las tasas de variación interanuales de la inflación en Galicia se sitúan por debajo de la media estatal en los últimos cinco meses del período 2002-2003.

Población

Galicia cuenta, según la revisión del Padrón Municipal de 1 de enero de 2003, con 2.751.094 habitantes, 13.724 personas mas que las recogidas en la revisión de enero de 2002. En términos relativos, la población gallega creció un 0,5% frente al 2,1% registrado en el conjunto del Estado, por lo que continúa el preocupante descenso del peso relativo de la población gallega en el total español, que pasa del 6,54% del 2002 al 6,44% del 2003.

En relación a su distribución geográfica, apuntar que el 69,8% de la población se concentra en las comarcas occidentales y costeras (33,6% de la superficie gallega), en tanto que las comarcas orientales e interiores acogen el 30,2% de la misma (66,4% de la superficie). Del mismo modo, esta concentración de la población se produce también en los siete grandes núcleos de Galicia, que albergan el 35,8% de la población. Subrayar también el elevado grado de dispersión geográfica del hábitat gallego, que se refleja en el hecho de que en Galicia hay un total de 29.964 entidades de población, lo que supone el 48,9% del total de las entidades del Estado.

El número de extranjeros residentes en Galicia ascendió, según la Revisión del Padrón Municipal 2003 (fuente: INE), a 53.808 personas, de las que 28.159 son mujeres (el 52,3%). Comparado con el total estatal, conviene subrayar que Galicia acoge el 2,0% de los extranjeros residentes, siendo este porcentaje del 2,3% en el caso de las mujeres y del 1,8% en el caso de los hombres.

En el año 2003 se registraron en Galicia un total de 20.435 nacimientos (1.085 mas que en el 2002) y 29.727 defunciones (1.452 mas), por lo que el crecimiento vegetativo fue de -9.292 (-8.925 en el año anterior).

La tasa de natalidad en Galicia fue en el 2003 de 7,56 nacimientos por cada mil habitantes (10,50 nacimientos en el conjunto del Estado) y la tasa de mortalidad de 11,00 defunciones por cada mil habitantes (9,16 fallecimientos en España).

En cuanto a los datos de población protegida extraídos de la tarjeta sanitaria individual de esta Comunidad Autónoma, a 1 de enero de 2005 tenemos:
Población total protegida 2.701.143

Hombres 1.299.438, que representan el 48,11% del total de la población.
Mujeres 1.401.705 , con un porcentaje sobre el total de un 51,89%

Si distribuimos esta población protegida por intervalos de edad, tenemos que entre 0 y 14 años está el 11,20% de la población, entre 15 y 64 años el 67,19% y con mas de 64 años el 21,61%.

Asimismo el porcentaje de mujeres comprendidas entre 15 y 45 años es del 42,42%

2.- Desarrollo legislativo llevado a cabo por la Consellería de Sanidad durante el año 2004.

La Comunidad Autónoma de Galicia desarrolló en este año una gran actividad legislativa, entre la que podemos destacar,

De una parte, normas que, comenzada su tramitación en el año 2003, se publicaron en el año 2004:

- Decreto 33/2004, de 29 de enero, por el que se crea el sistema de información sobre la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Decreto 253/2004, de 7 de octubre, de creación del registro de bronceado artificial de la Comunidad Autónoma y aprobación de su reglamento.
- Decreto 14/2004, de 15 de enero, de modificación del decreto 244/2003, de 24 de abril, de homologación sanitaria de recetas oficiales y prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma gallega.
- Orden de 24 de marzo de 2004 por la que se crea la red de Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras de Galicia.
- Decreto 451/2003, de 26 de diciembre, de la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica.
- Orden de 4 de febrero de 2004 por la que se crea la Comisión gallega de coordinación y seguimiento de la actividad frente a la infección VIH/SIDA y se establece su constitución, composición y funciones.
- Decreto 13/2004, de 15 de enero, por el que se regulan los requisitos técnico-sanitarios que deben reunir los establecimientos en los que se realizan tatuajes, micropigmentación, piercings y otros.
- Orden de 22 de julio de 2004 que regula la formación del personal que realiza prácticas de tatuaje, micropigmentación y piercing, y el procedimiento para la autorización de las entidades de formación.

De otra parte, aquellas normas que fueron tramitadas y publicadas a lo largo del año 2004:

- Decreto 95/2004, de 13 de mayo, de creación del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
- Decreto 264/2004, de 11 de noviembre, de modificación del decreto 14/2000, de 7 de enero, de autorización de laboratorios para la realización de determinados ensayos de control de productos alimenticios relacionados con el consumo humano.
- Orden de 27 de julio de 2004 por la que se establece la estructura básica del sistema de información en los hospitales del Sergas.
- Orden de 2 de setiembre de 2004 por la que se modifica el procedimiento de incorporación al Sergas de nuevos procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios.
- Orden de 7 de julio de 2004 por la que se crea la comisión asesora de calidad de la Consejería de Sanidad y del Sergas.
- Decreto 108/2004, de 27 de mayo, por el que se determinan los órganos competentes para la imposición de sanciones en materia sanitaria.
- Decreto 311/2004, de 22 de diciembre, por el que se modifica el decreto 342/1999, de 16 de diciembre, sobre horarios, turnos de urgencias y vacaciones de las oficinas de farmacia.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: GALICIA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 33/2004, por el que se crea el sistema de información sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.	29 – 01 – 2004	Infección VIH/SIDA.	
Decreto 253/2004, de creación del registro de bronceado artificial de la Comunidad Autónoma y aprobación de su reglamento.	07 – 10 – 2004	Bronceado artificial.	
Decreto 14 /2004, de modificación del decreto 244/2003, de 24 de abril, de homologación sanitaria de recetas oficiales y prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma gallega.	15- 01- 2004	Recetas farmacéuticas	
Orden por la que se crea la red de Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras de Galicia.	24 – 03 – 2004	Docencia y Asesoramiento	
Decreto 451/2003, de la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica.	26 – 12 – 2003	Medicina Genómica	
Orden por la que se crea la Comisión Gallega de coordinación y seguimiento de la actividad frente a la infección VIH/SIDA y se establece su constitución, composición y funciones.	04 – 02 – 2004	Infección VIH/SIDA	
Decreto 13/2004, por el que se regulan los requisitos técnicos sanitarios que deben reunir los establecimientos en los que se realizan tatuajes, micropigmentación, piercings y otros.	15 – 01 – 2004	Tatuajes, micropigmentación, piercings y otros.	
Orden que regula la formación del personal que realiza prácticas de tatuajes, micropigmentación y piercing y el procedimiento para la autorización de las entidades de formación	22 – 06 – 2004	Tatuajes, micropigmentación, piercings y otros.	

TABLA 2
NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: GALICIA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 95/2004 de creación del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.	13 – 05 – 2004	Atención hospitalaria	
Decreto 264/2004, de modificación del decreto 14/2000 de 7 de enero, de autorización de laboratorios para la realización de determinados ensayos de control de productos alimenticios relacionados con el consumo humano.	11 – 11 – 2004	Control de productos alimenticios	
Orden por la que se establece la estructura básica del sistema de información en los hospitales del Sergas.	27 – 07 – 2004	Sistema de información en hospitales	
Orden por la que se modifica el procedimiento de incorporación al Sergas de nuevos procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios.	02 – 09 – 2004	Procedimientos, técnicas y otros medios sanitarios.	
Orden por la que se crea la comisión asesora de calidad de la Consellería de Sanidad y del Sergas.	07 – 07 – 2004	Calidad asistencial	
Decreto 108/2004, por el que se determinan los órganos competentes para la imposición de sanciones en materia sanitaria.	27 – 05 – 2004	Competencia de la potestad sancionadora	
Decreto 311/2004, por el que se modifica el decreto 342/1999, de 16 de diciembre, sobre horarios, turnos de urgencias y vacaciones de las oficinas de farmacia.	22 – 12 – 2004	Farmacéutico.	

3. Planificación y Programas sanitarios

El primer Plan de Salud de Galicia se elaboró para el período 1993-1997.

Desde ese plan inicial hasta el que se está formulando en este momento, se incorporaron diversas herramientas y métodos con el objeto de profundizar en el conocimiento del estado de salud de la población gallega, en las soluciones a los problemas de salud y en la aplicación de medidas tendentes a mejorarla. Los principales escollos con que se encontraron los diversos planes de salud, fueron precisamente su capacidad limitada para modular las actuaciones sanitarias y la dificultad en la evaluación de los resultados.

El actual plan de salud en vigor (2002 – 2005) incorporó en la metodología de elaboración la aportación de grupos de discusión de expertos para cada problema de salud, en los que se consensuaron los objetivos y líneas de actuación del plan. Incluye un sistema de evaluación del plan, con apoyo de un programa informático que tiene como objetivo, más que la evaluación de resultados, el seguimiento del grado de desarrollo e implantación del plan, identificando las unidades responsables de las distintas líneas de actuación, las actividades puestas en marcha y el grado de cumplimiento de los objetivos acordados, entre otras medidas. El desarrollo de este último proceso, de difícil puesta en práctica, está todavía sin cerrar y sirve de experiencia para la elaboración del nuevo plan de salud, fundamentalmente en los aspectos participativos, conocimiento y financiación extraordinaria de actividades.

Los trabajos para la elaboración del Plan de Salud 2006-09, se iniciaron en el mes de marzo del año en curso. Este nuevo plan será más participativo, se especificará la financiación adicional necesaria, se identificará el nivel de responsabilidad de llevar a cabo las distintas actividades y se acompañará del programa de evaluación. Resumiendo, las características que se contemplan en este nuevo plan son las siguientes:

1. Creación de un “Grupo Central de Planificación” compuesto por responsables políticos de la Administración, que asume la dirección estratégica del Plan de Salud y cuyas principales funciones son:
 - Proponer la metodología para la elaboración del plan, etapas y cronograma.
 - Estudiar las posibilidades financieras para la ejecución.
 - Asegurar la participación activa de las unidades administrativas más afectadas en la aplicación del plan.
 - Definir y proponer el mecanismo de participación intersectorial.
 - Coordinar todas las unidades implicadas.
2. Creación de un “Grupo Técnico de Planificación multisectorial”, que asume la dirección técnica del Plan de Salud.
3. Financiación de actividades.
4. Profundizar en el conocimiento de la salud de la población : evaluación de indicadores, encuesta de salud y encuesta Delphi.
5. Profundizar en la asignación de responsabilidades ligando cada objetivo y actividad a una unidad administrativa específica.
6. Mejora y agilización del programa de evaluación.
7. Mejorar la aplicabilidad del Plan de salud con una política de participación y consenso que tienda a vencer resistencias desde los primeros momentos.

TABLA 3

PLANIFICACIÓN SANITARIA, PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: GALICIA

		Si/No	Edición (Fecha)	Observaciones*
Planes de Salud		Si	1993-1997 1998-2001 2002-2005 2006-2009	Programa de financiación. Programa de evaluación.
Cancer de Mama	Programa de cribado poblacional	Si	Desde 1992	
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante el tratamiento.	No		
Cancer de cerviz	Programa de cribado poblacional	No		
Enfermedades cardiovasculares	<i>Planes sectoriales</i>	Si	Desde 1998	
Salud mental	<i>Plan estratégico de salud mental</i>	Si	2005	
Violencia de género	Plan de acción	Si	2002-2005	
	Acciones preventivas	Si		
	Protocolo de actuación sanitaria	Si		

* Aspectos innovadores y diferenciales.

4.- Farmacia

Uno de los objetivos de la la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia es el de promover una atención farmacoterapéutica efectiva, segura, adecuada y de calidad, accesible y orientada a las necesidades de los pacientes, dentro del marco presupuestario establecido.

Todo ello ha supuesto el desarrollo de acciones dirigidas a avanzar en la mejora de la efectividad y la eficiencia de la utilización de medicamentos, incidiendo, para ello, en el proceso de selección farmacoterapéutica, en el proceso de prescripción, y en el proceso de utilización de medicamentos por parte del paciente, a través del seguimiento individualizado de su farmacoterapia. Acciones, todas ellas, que se dirigen a conseguir una utilización eficiente de los recursos.

En relación al proceso de selección farmacoterapéutica, es de destacar la labor realizada por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica existentes en todos los centros hospitalarios y fundaciones públicas, responsables de establecer la política farmacéutica en su ámbito de actuación y que se compila en la Guía Farmacoterapéutica de obligado cumplimiento para cada centro hospitalario y para los centros de asistencia social con atención farmacéutica que se encuentren vinculados a cada hospital de referencia.

Asimismo, en atención primaria, existen, en cada una de las 7 áreas, una Comisión de Farmacia y Terapéutica que está integrada por facultativos médicos y farmacéuticos de los dos niveles asistenciales, cuya misión es la elaboración e implantación de protocolos farmacoterapéuticos consensuados, que contribuyen a una utilización eficiente y segura de los medicamentos.

Con respecto a la prescripción, es de destacar el Programa de Incentivación a la calidad de la prescripción. Programa que tiene como finalidad fomentar la prescripción de medicamentos bajo criterios de eficiencia y de la mejor evidencia científica disponible, con la intención última de ofrecer la mejor calidad en la asistencia sanitaria prestada a nuestros usuarios.

Este programa fue iniciado en julio de 2002, y se mantiene desde entonces.

Inicialmente, para su puesta en marcha, un grupo de facultativos médicos pertenecientes a todas las áreas de atención primaria, dos por cada área, definieron y consensaron 7 indicadores de calidad de prescripción. Estos indicadores implicaron a los grupos terapéuticos que suponían un importante número de prescripciones y de gasto farmacéutico, destinados al tratamiento de las patologías de mayor prevalencia en atención primaria. Los indicadores evaluados fueron: estatinas, IECAs, AINEs, IBPs, penicilinas, nuevos medicamentos y especialidades farmacéuticas genéricas.

El cumplimiento de estos indicadores por parte de los facultativos médicos de atención primaria implica una remuneración económica individualizada para cada profesional sanitario proporcional al grado de adherencia a los mismos.

Estos indicadores son dinámicos, adaptándose a los objetivos anuales planteados por el Servicio Gallego de Salud, de tal forma, que para este año 2005, los indicadores se dirigen a los medicamentos genéricos y a los nuevos medicamentos. Indicadores, que son contemplados dentro del Plan de Objetivos Estratégicos de atención primaria y de atención especializada para los facultativos médicos que prescriben en receta médica oficial.

El seguimiento individualizado de la farmacoterapia de los pacientes es realizado por los farmacéuticos integrados en los centros asistenciales. En atención primaria, este seguimiento individualizado se realiza a través de la historia farmacoterapéutica de los pacientes, en aquellos pacientes crónicos que presentan pluripatologías y están polimedicados, y se complementa con el programa de homologación sanitaria de recetas médicas.

En atención especializada, en pacientes hospitalizados y en usuarios residentes en centros de asistencia social en régimen de asistidos, mediante el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria, y los pacientes en hospital de día y ambulantes a través de su dispensación individualizada.

Este seguimiento individualizado en atención especializada permite disponer de datos de consumo y gasto de medicamentos en los centros hospitalarios.

A este respecto, desde 1999, el Servicio Gallego de Salud dispone de un sistema de información centralizado que permite el conocimiento y seguimiento del presupuesto asignado para cada centro hospitalario.

Los indicadores utilizados permiten el conocimiento de la evaluación global del gasto, y la evaluación desgregada en dos grandes bloques: pacientes hospitalizados y pacientes no hospitalizados. Éstos últimos, a su vez subdivididos, en hospital de día (fundamentalmente oncohematológico) y ambulantes (SIDA, esclerosis múltiple, hepatitis C, fibrosis quística, artritis reumatoidea, nutrición enteral domiciliaria, hormona de crecimiento ...).

Con respecto a los pacientes hospitalizados, se conoce la relación coste/estancia y coste/ingreso, individualizados por hospital, y comparativa entre ellos.

En pacientes no hospitalizados, se dispone de información que permite conocer el coste medio/paciente y coste medio/patología tratada.

La disponibilidad de estos datos son una herramienta fundamental que permite la realización de proyecciones presupuestarias de futuro al conocer la evolución del número de pacientes por patología y el gasto generado en su tratamiento.

Asimismo, el conocimiento de esta extensa información de la terapéutica hospitalaria, proporciona una presuposición acerca de la terapéutica que posteriormente va a ser asumida por los facultativos de atención primaria, y que implica la necesidad de desarrollar sistemas de información que permitan la integración de la farmacoterapia en los dos niveles asistenciales.

TABLA 4

FARMACIA

CCAA: GALICIA

Datos prescripción atención primaria

		Datos 2004	Observaciones
Nº de recetas prescritas	Total	49.750.810	
	% de genéricos	5,41%	
Gasto	Total	689.664.181,21	
	% de genéricos	2,64%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos (nº de recetas)*	Prescripción general	8.461.991	
	Prescripción de genéricos	495.640	

Tres grupos terapéuticos:

Grupos terapéuticos	Prescripción general (nº recetas)	Prescripción de genéricos (nº recetas)
Tranquilizantes	3.091.317	140.023
Antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos solos	2.999.915	260.600
Otros analgésicos antipiréticos	2.370.759	95.017

5.- Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos.

Tal y como establece la Ley 55/2003 de 17 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, artículo 48.2 (que ha transpuesto la Directiva 93/104 del Consejo de 23 de noviembre, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, modificada por la Directiva 2000/34 de 22 de junio, del Parlamento europeo y del Consejo; derogadas ambas por la Directiva 2003/88 también del Parlamento europeo y del Consejo de 18 de noviembre), la duración máxima de tiempo en trabajo no puede superar las 48 h. semanales en cómputo semestral.

Debe partirse de que tal límite, en general, no ha sido superado en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud.

El tiempo de trabajo abarca la jornada ordinaria y la atención continuada tanto en la modalidad de presencia física como cuando hay prestación efectiva en la localizada, por lo que la exención de guardias de facultativos incide directamente en el número de recursos disponibles para la realización de la mencionada atención continuada.

Las solicitudes de exención operaron un incremento muy notable en los últimos años, tanto las fundadas en razones de salud, como las basadas en motivos de edad.

Esta circunstancia si bien resulta casi irrelevante en los servicios médicos o instituciones con amplia dotación, las guardias se redistribuyen con una baja incidencia en la jornada individual- obliga a la contratación en aquellos otros menos dotados o con un alto porcentaje de dichas exenciones, a fin de evitar la sobrecarga de cada uno de los facultativos y garantizar el cumplimiento del mandato legal en materia de jornada.

Pero la mencionada contratación no siempre puede ser satisfecha por el mercado laboral, sobre todo, en determinadas especialidades, como por ejemplo, anestesiología, radiología, pediatría y ginecología, pero también, y fundamentalmente en períodos vacacionales, se puede predicar lo mismo respecto de los facultativos generalistas.

En otro orden de cosas, debe tenerse en cuenta el creciente número de permisos derivados de motivos profesionales y personales, que también inciden en las disponibilidades cotidianas de efectivos.

Así las cosas, sentado que en el SERGAS se respeta el límite de la jornada máxima legal establecida, la conclusión a la que se llega es que sí constituye un factor relevante cara a la planificación de los recursos humanos del sistema, aunque no considerado de forma aislada, sino conjugado con otras variables como puede ser la media de edad de los profesionales o su especialidad.

En cuanto a las actividades docentes incluídas en el Plan de Formación continúa del Personal de la Instituciones Sanitarias del SERGAS (PLAN AFCAP), son financiadas con fondos procedentes del Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP) a través del Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP).

El Plan de formación continua del personal de las instituciones sanitarias del SERGAS (Plan AFCAP), es impulsado en su diseño y elaboración por el Consejo de

Formación Continua del SERGAS, que está compuesto por representantes del SERGAS, de la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria (en adelante FEGAS) y de las organizaciones sindicales firmantes del Acuerdo de Formación Continua: CIG, CC.OO, U.G.T. y CSI-CSIF. El Consejo de Formación Continua del SERGAS determina el contenido de las actividades a incluir en el Plan AFCAP. Tiene una composición paritaria y se compone de 4 representantes de la Administración y 4 representantes de las citadas organizaciones sindicales firmantes del Acuerdo de Formación Continua.

Las competencias para determinar las materias objeto del plan se deciden en el citado Consejo de Formación Continua del SERGAS, si bien la División de Recursos Humanos del SERGAS se reserva su convocatoria y dirección, así como la determinación de los destinatarios de las diferentes actividades docentes.

Aproximadamente en el mes de mayo de cada año, la FEGAS solicita a las Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad y del SERGAS la propuesta de cursos para el Plan AFCAP del siguiente año: alrededor de 300.

- El Consejo de Formación Continua del SERGAS se reúne y puede hacer modificaciones.
- Una vez realizadas, la FEGAS remite alrededor de 250 actividades docentes a los Complejos Hospitalarios y a las Gerencias de Atención Primaria dividiendo el número de horas que le corresponde a cada Complejo Hospitalario y Gerencia en función del número de trabajadores por centro. Así mismo, el número de horas asignado a cada centro se calcula en función del número de trabajadores en plantilla, intentando potenciar en número de horas a los centros de menos tamaño o con menos trabajadores.
- Una vez determinado el número de horas por centro, se solicita que estos decidan qué actividades docentes desean realizar entre las ofertadas (suelen oscilar alrededor de las 250), sin perjuicio de que, si desean hacer algo más, lo propongan. Así mismo, si los centros se exceden un poco en el número de horas asignadas se les acepta por parte de la FEGAS.
- El Consejo de Formación Continua del SERGAS, en su caso, da o no el visto bueno a la totalidad de las actividades formativas a incluir en el plan y, acto seguido, la FEGAS tramita la solicitud de subvención en los modelos oficiales que se incluyen en la convocatoria del Plan.
- Finalmente, en el mes de enero del año en que se ejecutará el Plan AFCAP se publica en Diario Oficial de Galicia su convocatoria y se procede a la organización y ejecución de las diferentes actividades formativas en él incluidas.

Respecto a las actividades docentes incluidas en el plan estratégico de formación del personal al servicio de la Sanidad Pública Gallega (PEF), estas actividades formativas son financiadas con fondos destinados a la formación procedentes de la Consejería de Sanidad y del SERGAS, en base a un convenio firmado anualmente entre dichas entidades y la FEGAS.

En el mes de junio de cada año la FEGAS solicita que los diferentes centros directivos de la Consejería de Sanidad y el SERGAS procedan a proponer de forma priorizada las actividades formativas que desean incluir en el PEF.

A la vista de las actividades formativas propuestas y dentro de un número máximo de horas fijado anualmente para la realización de las actividades incluidas en este plan formativo, las totalidad de las mismas se remitirán por la FEGAS a la Subdirección General de Docencia e Investigación de la División de Asistencia Sanitaria del SERGAS, quien determinará el contenido concreto de las actividades formativas a incluir definitivamente en el PEF dentro del número máximo de horas realizables anualmente.

Finalmente, señalar que, en todo caso, tanto las actividades del Plan AFCAP como del PEF se someten por la fundación a la aprobación de su Patronato en el mes de noviembre inmediatamente anterior al año de su ejecución.

Por último es importante destacar que la FEGAS somete individualmente la totalidad de sus actividades docentes a encuestas de satisfacción que se cubren por los participantes en cada una de sus actividades formativas.

En ellas se contienen tanto preguntas relativas a la calidad de la actividades docentes impartidas como al nivel de conocimiento demostrado por los diferentes ponentes de las mismas.

Estos resultados se analizan y evalúan directamente por personal de la FEGAS y sus conclusiones se someten anualmente a consideración del Patronato de la fundación para que conozca la valoración de las actividades ejecutadas y, a su vez, también se notifican individualmente a las profesores que intervinieron en los cursos para que conozcan, tras su realización, la evaluación de su intervención en la actividad docente y la de la propia actividad. Estas encuestas se muestran de gran relevancia para detectar y corregir defectos en los contenidos de las actividades docentes y sirve para evitar que se repitan disfunciones en futuras ediciones de la mismas. En todo caso, debe resaltarse que los resultados de las encuestas de evaluación se publican anualmente por la FEGAS en sus memorias anuales de actividad y que esta se encarga de distribuir las dentro del sistema sanitario público gallego y demás instituciones relevantes de la Comunidad Autónoma.

RESUMEN DE ACTIVIDAD DOCENTE DE LA FEGAS DURANTE EL AÑO 2004.-

Durante el año 2004 la FEGAS formó a 14.500 trabajadores del sector sanitario público de Galicia.

El número total de actividades docentes ascendió a 600, incrementándose en un 6,5% respecto al año anterior.

En cuanto al número de horas lectivas, ascendió a 12.500 con un incremento del 5% respecto al año anterior.

Por lo que respecta al lugar de celebración de los cursos, es necesario señalar que la FEGAS sigue la política de facilitar al máximo la formación continua de los trabajadores de la sanidad pública gallega por lo que, pretendiéndose facilitar al máximo la demanda de formación de dichos trabajadores, se descentralizaron el 63% de las actividades en los propios centros u organismos donde prestan sus servicios. De este modo, se impartieron cursos en A Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra, Ferrol,

Vigo, Vilagarcía de Arousa, Cee, Ribeira, Verín, O Barco de Valdeorras, Monforte de Lemos y Burela, además de en Santiago de Compostela.

Por otra parte, el 84% de las actividades docentes organizadas por la FEGAS a lo largo del año 2004 se sometió a un control de calidad docente mediante la cobertura polos alumnos asistentes de las encuestas de evaluación, tanto del profesorado individualmente considerado como de la globalidad del curso y su organización, con resultados altamente satisfactorios.

En cuanto al índice de asistencia a los cursos, debe resaltarse el alto nivel de participación pues se certificó una asistencia media del 85% sobre el número de destinatarios inicialmente previstos.

En necesario resaltar también que toda esta actividad docente se impartió por 1.162 profesores, todos ellos con una alta cualificación e idoneidad para trasladar a los alumnos lo mejor de sus experiencias y conocimientos, habida cuenta, además, de la multitud de materias a impartir y de la profunda dinámica de cambio que caracteriza hoy en día al sector sanitario y, en especial, la salud pública y la administración y gestión sanitaria.

En lo referente a la acreditación de actividades docentes ante la Comisión Autónoma de Formación Continuada dependiente de la Consejería de Sanidade y del SERGAS se acreditaron a lo largo del año 205 cursos con un total de 722 créditos concedidos.

Además, durante el año 2004 la Escuela editó tres nuevos números de la Revista Galega de Actualidade Sanitaria, uno de ellos dedicado a las nuevas tecnologías en el sector sanitario, con una tirada en cada número de 9.000 ejemplares que se distribuyeron de modo gratuito entre todos los colectivos profesionales al servicio de la sanidad pública gallega. La finalidad de dicha revista es difundir entre sus lectores la actualidad sanitaria en el ámbito estrictamente gallego desde una perspectiva multidisciplinar y con un marcado carácter científico-divulgativo.

En el mes de septiembre pasado a FEGAS inauguró sus nuevas instalaciones en el barrio de San Lázaro en Santiago de Compostela, en la que se ubican sus dependencias administrativas y se imparte su actividad docente.

En resumen, desde su puesta en funcionamiento en el mes de junio de 1998, la Escuela ya organizó 3.100 actividades docentes, con un total de 75.000 horas lectivas, expidiendo 74.000 certificados de asistencia a los más de 23.000 trabajadores al servicio de la sanidad pública gallega que participaron en las mismas.

TABLA 5
PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: GALICIA

		SI/NO	NOMBRE	REFERENCIA LEGISLATIVA	FIGURA JURÍDICO ADTVA.
ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA	INSTITUCIÓN U ORGANISMO ESPECÍFICO	SI	FUNDACIÓN PÚBLICA ESCOLA GALEGA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA	<p>Creada por acuerdo del Consello de la Xunta 19 de diciembre de 1997</p> <p>Artículos 156 a 158 de la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA). D.O.G. Nº 246, de 19 de diciembre de 2003</p> <p>Artículo 11.4. del Decreto de estructura del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), 14/2005, de 3 de febrero D.O.G. Nº 25, de 7 de febrero de 2005</p>	Fundación Publica

	Por edad			Por sexo		Total
	<30	30-50	>50	Home	Muller	
Efectivos: Atención Primaria						
MEDICO XERAL	15	1.794	560	1.329	1.040	2.369
PEDIATRA A.P.	2	173	122	127	170	297
A.T.S./D.U.E.	281	1.148	481	422	1.488	1.910
MATRONA	3	153	84	31	209	240
OUTRO PERSOAL SANITARIO	173	246	35	143	311	454
OUTRO PERSOAL NON SANITARIO	90	1.420	341	769	1.082	1.851
AUXILIAR ENFERMERIA	3	132	129	8	256	264
PSICÓLOGO		17	5	12	10	22
FARMACEUTICO A.P.	2	60		14	48	62
Total	569	5.143	1.757	2.855	4.614	7.469

Fecha de realización: 14-06-05

Fonte: SIAC RRHH

Archivo: SAXRH_050614_efectivos_totalsexo_e_idades1.rep

		Por edad			Por sexo		
Efectivos:	Atención Especializada	<30	30-50	>50	Home	Muller	Total
FACULTATIVO	SANITARIO FACULTATIVO	550	2.547	1.348	2.630	1.815	4.445
FACULTATIVO		550	2.547	1.348	2.630	1.815	4.445
ENFERMERIA	A.T.S./D.U.E.	472	4.375	1.155	929	5.073	6.002
	A.T.S. SAUDE MENTAL FORMACION		3		2	1	3
	MATRONA	11	130	85	20	206	226
	MATRONA EN FORMACION	20	3			23	23
ENFERMERIA		503	4.511	1.240	951	5.303	6.254
AUXILIAR ENFERMERIA	AUXILIAR DE CLINICA		16	9	2	23	25
	AUXILIAR ENFERMERIA	150	3.052	1.343	204	4.341	4.545
	AUXILIAR HOSPITAL		22	15	3	34	37
	AUXILIAR SANITARIO			2		2	2
AUXILIAR ENFERMERIA		150	3.090	1.369	209	4.400	4.609
SANITARIO NF	OUTRO PERSOAL SANITARIO	101	1.233	366	336	1.364	1.700
	SANITARIO FACULTATIVO	9	7		3	13	16
SANITARIO NF		110	1.240	366	339	1.377	1.716
NO SANITARIO	PERSOAL NON SANITARIO	144	4.288	2.002	2.538	3.896	6.434
NO SANITARIO		144	4.288	2.002	2.538	3.896	6.434
	TOTAL	1.457	15.676	6.325	6.667	16.791	23.458

Periodo análisis 31/12/2004 a 31/12/2004

	Por idade			Por sexo		
Efectivos por Especialidades Facultativos Atención Especializada	<30	30-50	>50	Hombre	Mujer	Total
ALERGOLOXIA	4	18	5	13	14	27
ANALISES CLINICOS	12	71	64	56	91	147
ANATOMIA PATOLOXICA	7	45	32	45	39	84
ANESTESIOLOXIA E REANIMACION	57	195	76	162	166	328
ANXIOLOXIA E CIRURXIA VASCULAR	10	24	11	32	13	45
APARELLO DIXESTIVO	11	46	31	66	22	88
APARELLO RESPIRATORIO			8	8		8
BIOQUÍMICA CLINICA	2	4	5	6	5	11
CARDIOLOXIA	23	66	29	88	30	118
CIRURXIA CARDIOVASCULAR	3	7	7	16	1	17
CIRURXIA ORAL E MAXILOFACIAL	3	10	2	10	5	15
CIRURXIA PEDIATRICA	2	10	7	12	7	19
CIRURXIA PLASTICA, ESTETICA E REPARADORA	7	14	9	21	9	30
CIRURXIA TORACICA	3	8	2	9	4	13
CIRURXIA XERAL E APARELLO DIXESTIVO	17	109	102	185	43	228

DERMATOLOXIA MEDICO-CIRURXICA E VENEREOLOXIA	12	38	20	44	26	70
DESCOÑECIDA			10	8	2	10
ENDOCRINOLOXIA E NUTRICION	9	31	15	30	25	55
ESTOMATOLOXIA		2	1	1	2	3
FACULTATIVO DE ADMISIÓN		1			1	1
FARMACIA HOSPITALARIA	34	89	15	36	102	138
FARMACOLOXIA CLINICA	1	3	1	2	3	5
HEMATOLOXIA E HEMOTERAPIA	9	46	39	34	60	94
INMUNOLOXIA		5	3	5	3	8
LCDO. EN MEDICINA		0			0	0
LCDO. MEDICINA Y CIRUXIA		45	61	82	24	106
MEDICINA DO TRABALLO		6		4	2	6
MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA		2	1	2	1	3
MEDICINA FISICA E REHABILITACIÓN	15	37	20	29	43	72
MEDICINA INTENSIVA	14	45	37	54	42	96
MEDICINA INTERNA	45	151	54	151	99	250
MEDICINA NUCLEAR	1	4	3	5	3	8
MEDICINA PREVENTIVA E SAUDE PUBLICA	7	24	8	17	22	39
MEDICINA XERAL (MESTOS)		18	5	14	9	23
MICROBIOLOXIA E PARASITOLOXIA	4	34	17	11	44	55
NEFROLOXIA	11	27	19	36	21	57
NEUMOLOXIA	11	37	23	48	23	71
NEUROCIRURXIA	5	17	11	27	6	33
NEUROFISIOLOXIA CLINICA	3	9	22	23	11	34
NEUROLOXIA	9	43	15	38	29	67
OBSTETRICIA E XINECOLOXIA	28	103	108	138	101	239
OFTALMOLOXIA	14	87	56	87	70	157
ONCOLOXIA MEDICA	12	27	5	23	21	44
ONCOLOXIA RADIOTERAPICA	5	10	1	5	11	16
OTORRINOLARINGOLOXIA	11	56	41	79	29	108
PEDIATRIA E AS SUAS AREAS ESPECIFICAS	38	82	80	102	98	200
PSICOLOXIA CLINICA		2	1	3		3
PSIQUIATRIA	19	97	47	105	58	163
RADIODIAGNÓSTICO	17	155	55	110	117	227
RADIOFISICA HOSPITALARIA	3	8		10	1	11
REUMATOLOXIA	5	28	4	27	10	37
SEN ESPECIALIDADE	1	369	34	215	189	404
TRAUMATOLOXIA E CIRURXIA ORTOPEDICA	37	101	90	198	30	228
UROLOXIA	5	50	35	81	9	90
URXENCIAS		19		11	8	19
XERIATRIA	4	12	1	6	11	17
Suma:	550	2547	1348	2630	1815	4445

6.- Investigación

El instrumento de financiación pública en el ámbito de la investigación, en la Comunidad Autónoma de Galicia, lo constituye el Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica (PGIDIT), que es el conjunto de programas coordinados, presupuestados, priorizados y financiados, que responden a la política científica y tecnológica de la Comunidad Autónoma.

Las competencias en relación al PGIDIT (su elaboración, gestión, seguimiento y evaluación) recaen sobre la Dirección General de Investigación y Desarrollo (Consejería de Innovación, Industria y Comercio). Está estructurado en tres tipos de programas: generales, sectoriales y horizontales; en los cuales tienen cabida los proyectos de investigación sanitaria.

Dicho plan gallego engloba convocatorias de ayudas para proyectos de investigación, ayudas para infraestructuras, ayudas para organización de actividades científico-tecnológicas, ayudas para formación de nuevos grupos de investigación; y un programa de recursos humanos que contempla becas, ayudas para contratación de investigadores, premios, y actividades formativas del personal investigador.

Existe una convocatoria anual de ayudas para la realización de proyectos de investigación en establecimientos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia, que se lleva a cabo a través de una orden conjunta de la Consellería de Innovación, Industria y Comercio, y de la Consejería de Sanidad.

Resulta complejo realizar un balance real de la investigación sanitaria en la Comunidad Autónoma de Galicia, dado que no existe a fecha del año 2004 un registro de investigadores ni un mapa biosanitario que permita la obtención de los datos necesarios para una valoración objetiva en dicho ámbito.

Sin embargo existen algunos datos que parecen indicar una evolución positiva respecto a la cultura de investigación y del potencial investigador en nuestra comunidad autónoma. Reflejo de esta tendencia lo constituyen los últimos informes de análisis bibliométricos, en los que, Galicia, ocupa el quinto puesto respecto al total nacional con el 5,33% de los documentos de investigación en biomedicina y ciencias de la salud que se producen; la elevada participación en la convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, en un 42,02% del total de las redes financiadas, con 33 nodos de investigación; así como el incremento de investigadores (en el total de los sectores implicados en la I+D), a lo largo de las últimas dos décadas, cuya cifra se ha visto multiplicada por 10 en este período.

Por otra parte, se puede apuntar que nuestra participación en las convocatorias del FIS desde el año 88 gira entorno a una media de casi un 3% de proyectos financiados.

En referencia a proyectos europeos, Galicia (incluyendo la participación de todas las entidades implicadas: Universidad, empresas, centros tecnológicos, Administración Pública,...) obtuvo una participación del 4% en el área temática correspondiente a Ciencias de la Vida respecto a la totalidad de las áreas temáticas, en el contexto del VI Programa Marco, según fuentes de la Dirección General de Investigación y Desarrollo.

Durante el año 2004 se elaboró un proyecto de organización de la investigación en el Servicio Gallego de Salud, que fue aprobado en el presente año, en el que se

contempla la elaboración de un mapa biosanitario, con un registro completo de investigadores y un catálogo de las líneas de investigación, que permite un análisis y valoración de la investigación en nuestra comunidad autónoma.

En el citado proyecto se contempla también un programa de evaluación del impacto de la investigación, transferencia tecnológica y estrategia de difusión de resultados.

La práctica sanitaria basada en la evidencia científica se ve facilitada por diversos mecanismos:

- fundamentalmente a través del diseño y realización de diversas actividades formativas destinadas a los profesionales sanitarios.
- a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Unidad Administrativa de la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento, dependiente de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad), que tiene como misión la evaluación sobre la aplicación de las tecnologías sanitarias en los diferentes niveles de la asistencia sanitaria y la práctica clínica, basándose en criterios científicos (en base a las funciones que le son atribuidas).
- a través de las actividades desarrolladas por la Red Temática de Investigación de Medicina Basada en la Evidencia, en la cual participamos con un nodo de investigación.

En relación al apartado de ensayos clínicos, se evidencia un aumento del número global de los mismos, con tendencia a una disminución de los ensayos clínicos fase I. Las áreas mayoritariamente implicadas son oncología, medicina interna, reumatología, cardiología, neurología y temáticas del ámbito de la atención primaria.

Los centros hospitalarios que alcanzan un mayor número de ensayos clínicos en el año 2004 son el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo y el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

De 122 ensayos clínicos (fases I, II, III, evaluados por el CEIC) en el 2004, el 90% (110) fueron patrocinados por la industria.

Según los últimos datos de Farmaindustria publicados (referidos al año 2003), la Comunidad Autónoma de Galicia ocupa la quinta posición si se considera la inversión en I+D de la industria farmacéutica en la investigación contratada por terceros (investigación extramuros).

TABLA 6

INVESTIGACION

CCAA: GALICIA

	SI/NO	Denominación	Figura jurídico/administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	Sí	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)	Servicio dependiente de la Subdirección General de Aseguramiento y Planificación de la Secretaría General de la Consejería de Sanidad	
Organismo de investigación en Ciencias de la Salud	Sí	Sergas Universidad	Organismo autónomo (Administración Pública Autónoma) Institución pública dotada de personalidad jurídica	

	SI/NO	Número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	1	Único. De carácter autónomo
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	13	Hace referencia a la convocatoria de ayudas para la realización de proyectos de investigación, publicada el 17 de junio de 2004 por el MSYC. No incluye la convocatoria de estudios de investigaciones sobre evaluación de tecnologías sanitarias.

	SI/NO	Número	Observaciones
Proyectos de investigación financiados por Fondos Europeos	Sí		No se dispone de un registro que facilite su concreción en número. Únicamente el porcentaje señalado en el texto (obtenido de la Dirección General de Investigación y Desarrollo).
Proyectos de investigación en Convocatorias Regionales	Sí	20	Hace referencia al nº de proyectos financiados correspondientes a la convocatoria del 2004. (Existen proyectos vigentes de convocatorias anteriores, su nº asciende a 62)
Ensayos clínicos patrocinados por Industria	Sí	110	

7.- Sistemas de Información sanitaria

El Sistema Nacional de Salud se basa en los principios de universalidad, equidad, solidaridad y financiación pública. Su objetivo es proveer una asistencia integral al ciudadano incluyendo la promoción de la salud y los cuidados preventivos. En los últimos años se han producido grandes avances en las tecnologías de la información que han modificado muchos de nuestros hábitos diarios, y las grandes organizaciones estamos utilizando e integrando la tecnología como parte esencial en nuestros procesos.

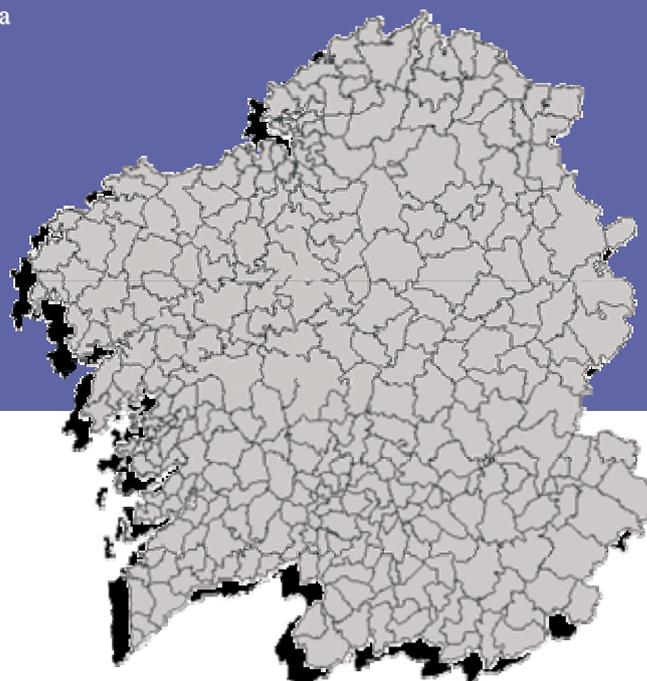
En este contexto, la Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud, lleva tiempo invirtiendo esfuerzos en consolidar un Sistema de Información robusto en el que se apoyan las líneas estratégicas de la Consejería y como herramienta impulsora de nuevos modelos organizativos. El modelo de desarrollo del Sistema de Información Sanitario Gallego se sustenta en las siguientes líneas maestras:

- Profesionalización de la función informática
- Metodología y procedimientos comunes
- Uso de estándares que permitan la interoperabilidad
- Catálogo de aplicaciones corporativas
- Concentración de Infraestructuras que garanticen la alta disponibilidad de los sistemas
- Gran relevancia a la seguridad y confidencialidad de la información
- Identificación única del ciudadano en todos los sistemas
- Despliegue de Sistemas de Análisis orientados a la toma de decisiones
- La Historia de Salud electrónica como cúspide del sistema de información.

Sin duda uno de los elementos clave es nuestra red de datos corporativa, la cual constituye la infraestructura fundamental que soporta todos los Servicios de Información del SERGAS y la Consejería de Sanidad. Esta red interconecta 30 hospitales y 197 centros de salud y dispone de un ancho de banda total de 1,66 Gb.

- ❑ 16 Complejos hospitalarios: ? 30 Hospitales / ? 6 Centros de especialidades
- ❑ 7 Gerencias de atención primaria
- ❑ 4 Direcciones Provinciales
- ❑ 4 Delegaciones Provinciales
- ❑ 197 Centros de Salud
- ❑ 38 Centros de la Consejería de Sanidad

29.434 km²
 2.731.870 habitantes
 31.326 entidades de población
 4 Provincias



El proceso que se ha llevado a cabo, de implantación y normalización de los sistemas de información, supone que en la actualidad se disponga de más de 30 aplicaciones corporativas que dan servicio a todos los centros de la Red Sanitaria Gallega, tanto en el ámbito clínico como de gestión, garantizando un soporte a estos sistemas las 24 horas al día los 365 días del año.

No cabe duda, que las tecnologías son una herramienta imprescindible en la gestión diaria de los centros, pero además toda esta información que se genera es de gran valor para apoyar las decisiones de los diferentes órganos de dirección, es por ello, que se ha desarrollado un ambicioso proyecto de Sistemas de Información de Análisis Complejos denominado SIAC's, que integra la información relevante tanto en lo concerniente a datos de actividad, lista de espera, recursos físicos y humanos como gasto sanitario, a través de una potente herramienta que facilita el acceso a los indicadores básicos de gestión por parte de los diferentes niveles de la organización.

La reciente creación del área sanitaria de Ferrol, como órgano de dirección que gestiona los recursos asistenciales desde el punto de vista de una atención sanitaria integral del ciudadano, hace que sea imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de atención centrado en el paciente, facilitando la interacción de los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado de la salud. En este escenario, y con el objetivo de servir como herramienta que ayude a llevar adelante este nuevo modelo de atención, IANUS constituye un proyecto estratégico, que hace realidad el concepto de historia clínica electrónica. También en el ámbito asistencial, están en marcha muchos otros proyectos que significan un antes y después en el modelo de atención sanitaria. Cabe destacar, la prescripción electrónica, los proyectos de digitalización de la imagen médica, así como un catálogo importante de proyectos departamentales; todos ellos, entrelazados conforman la Historia de Salud del paciente.

En el ámbito asistencial, otro proyecto de gran relevancia, es el de la gestión de los cuidados de enfermería. La implantación de este sistema ha supuesto la consecución de un objetivo tan importante como es el de la mejora de los cuidados asistenciales del paciente, personalizando su atención y orientándola hacia sus necesidades. Este proyecto, con más de 130 unidades de enfermería funcionando sin papeles, más de 3.000 profesionales de la salud formados y abarcando a más de 150.000 pacientes hospitalizados al año, constituye un modelo de referencia en la implantación de este tipo de sistemas.

Otro de los objetivos de la Consejería es facilitar al ciudadano el acceso a los servicios sanitarios, por ello se ha potenciado la implantación de la Telemedicina, la descentralización del tratamiento anticoagulante oral, la citación de especialistas desde los centros de primaria, o la cada vez mayor oferta de servicios “on-line” a través de la web: como la solicitud de cita, el cambio de médico, la consulta de servicios y horarios, así como el acceso a los procedimientos de selección de personal del Servicio Gallego de Salud.

Otro de los ámbitos de interés en los cuales los Sistemas de Información juegan un papel fundamental, es en la Gestión económica, la racionalización del gasto sanitario, y la optimización de procesos, se ha de llevar a cabo en base a un análisis cuantitativo y cualitativo apoyado en sistemas de información fiables, que faciliten el análisis y evaluación de las medidas adoptadas por la administración. En este contexto, se han puesto en marcha proyectos de gran relevancia como la gestión de una plataforma logística, o la apuesta definitiva por la contabilidad analítica.

Otra de las líneas de trabajo en las que se viene aplicando un esfuerzo importante en los últimos años es el campo de la Salud Pública. Los programas de Salud Pública dependen básicamente de la información para orientar sus estrategias de salud con mayor eficacia, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. Así, en breve podremos ver en funcionamiento sistemas de información pioneros en este ámbito, como REGAT (Registro Gallego de Tumores) o Vixía (Sistema de Vigilancia epidemiológica).

Dentro de este marco complejo del quehacer científico y social, los sistemas de información deben de favorecer la comunicación y colaboración entre programas de salud y los participantes en los mismos, tendiendo a facilitar una cultura corporativa más compacta y coherente, impulsando una nueva forma de trabajar que fomente el contacto entre personas con diferentes responsabilidades pero con un mismo objetivo: el cuidado de la salud de los ciudadanos.

TABLA 7

SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

CCAA: GALICIA

	Si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura Jurídico-adtva.	Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas Sanitarias	Si	Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información	Decreto 13/2005 de 3 de Febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad	Unidad Administrativa dependiente de la Secretaría General de la Consejería	

				Autopercepción del estado de salud bueno o muy bueno en > 16 años			
	Si/no	Años realización	% Hombres		% mujeres		Observaciones
Encuestas de Salud	Si	1997	Bueno	50,2	Bueno	45,5	En > 18 años
			Muy Bueno	13,5	Muy bueno	7,1	
			Total	63,7	Total	52,6	
	Si	2001	Bueno	59,4	Bueno	51,0	En > 16 años
			Muy bueno	13,0	Muy bueno	11,2	
			Total	72,4	Total	62,2	

8.- Calidad

El Servicio Gallego de Salud considera la calidad de los servicios sanitarios, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, no sólo una prioridad, sino una exigencia, tanto para las gerencias de los centros como para el resto de los estamentos de la administración sanitaria independientemente del modelo de gestión de la calidad que se elija e implante.

En el Servicio Gallego de Salud se viene realizando un intento de sistematización de mejora de la calidad asistencial incidiendo en la interacción de tres dimensiones fundamentales y complementarias: el aspecto científico-técnico, el aspecto interpersonal y el aspecto económico. Todo ello teniendo presentes todos los agentes implicados en la asistencia sanitaria: los usuarios, los profesionales y la administración sanitaria.

En los Servicios Centrales existe una unidad, con rango de Subdirección general, responsable del desarrollo y seguimiento de programas de calidad, en colaboración con centros directivos con responsabilidad en esta materia.

El instrumento para gestionar la actividad y la producción de los centros hospitalarios entre los Servicios Centrales del Sergas y los centros propios es el Protocolo Interno de Actividad Financiación (PIAF). Además de objetivos de gestión, se introducen objetivos de calidad asistencial, en sus distintas componentes: científico-técnicas, eficacia, eficiencia, seguridad, accesibilidad, continuidad, adecuación, seguridad, aceptabilidad, satisfacción.

El Sergas a través de los Protocolos Internos de Actividad Financiación establece las bases para ofrecer, con carácter universal, el acceso a una sanidad de calidad, equitativa y gratuita.

Los PIAF tienen como referencia, por un lado, el marco de política sanitaria recogido en las directrices y objetivos del Plan de Salud de Galicia, por otro, la intención de afrontar la diferenciación de las distintas funciones de los sistemas sanitarios, y finalmente, pretenden incentivar los servicios necesarios en función de las necesidades y demandas de los ciudadanos y la optimización de recursos.

Dentro de los mismos se incorpora el Programa de Calidad de los hospitales del Sergas en el que se contempla la mejora continua de la calidad como un elemento estratégico permanente del sistema sanitario.

Cada centro hospitalario dispone de una Unidad de Calidad, o equivalente (asunción de sus funciones por parte de determinados profesionales) y de un Plan de Calidad, permitiendo adoptar en cada centro hospitalario, en función de la estrategia que mejor se adapte a sus características, la implantación de un sistema o modelo concreto de gestión de la calidad, así como la realización de actividades o programas de garantía de la calidad que lleven a la consecución de un reconocimiento externo (certificación, acreditación, premios, ...).

La mejora de los servicios de atención primaria es posible gracias a la implantación de estrategias organizativas y de gestión y al desarrollo de la reforma de la atención primaria y de sus sistemas de registro. En los últimos años se introducen nuevas herramientas de gestión como son los contratos-programa, un sistema de

incentivación económica, incluido en un nuevo sistema retributivo, ligado al cumplimiento de los objetivos recogidos por el anterior, y la publicación de la cartera de servicios de este nivel asistencial denominada “Procedimientos clínicos en atención primaria”. Además el desarrollo de la reforma permitió la consolidación y normalización de los registros clínicos del proceso asistencial, como la historia clínica, y de los procesos mediante la publicación de distintos programas, sentando las bases que permitieron la implantación de un sistema de mejora y evaluación de los servicios de atención primaria, a través de técnicas de control de calidad, y la efectividad del sistema gallego en la mejora de sus indicadores.

Los contratos de gestión o contratos-programa como herramientas de gestión que pretenden incidir en la mejora de la calidad asistencial mediante aspectos concretos, establecen los servicios que se deben ofertar a la población y los objetivos a conseguir. El SERGAS establece un contrato-programa con cada una de las gerencias de Atención Primaria denominado Protocolo Interno de Actividad Financiación. Las gerencias de Atención Primaria firman anualmente con los Servicios de Atención Primaria el llamado Protocolo de Actividad que traslada los objetivos de la organización a los profesionales de este nivel constituyendo un documento único para todas las unidades y pactándose el grado de cumplimiento de los objetivos en función de distintas variables estructurales. El grueso de los objetivos pertenece al área asistencial y a la de calidad donde se incide en garantizar la accesibilidad, la información al usuario y la gestión de reclamaciones y sugerencias.

El establecimiento anual de los objetivos y su evaluación estandarizada constituyen un proceso cíclico bajo la cultura de la mejora continua.

El Sergas realiza periódicamente encuestas de la calidad percibida y de la satisfacción de los usuarios de sus servicios. Integradas dentro del Programa de Calidad, esta iniciativa responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida e información útiles para desarrollar iniciativas de mejora continua y conseguir una satisfacción, cada vez mayor, de los pacientes.

Dichas encuestas son realizadas por entidades o instituciones externas al organismo responsable de la asistencia sanitaria en Galicia, ofreciendo resultados tanto globales del Sergas como de cada uno de los complejos hospitalarios u hospitales, así como de cada una de las áreas sanitarias de atención primaria de cada gerencia.

El Servicio Gallego de Salud considera la calidad del aprovisionamiento en los centros sanitarios como un área estratégica, desarrollando una política integral de aprovisionamiento para todos sus centros. En este contexto, se aprobó el proyecto AproveIso 9000, orientado a implantar un sistema de gestión de la calidad del aprovisionamiento de todos los centros sanitarios dependientes del Sergas, según la Norma UNE-EN ISO 9001:2000, acorde con la legislación y exigencias formativas que regulan la gestión de centros sanitarios públicos.

Fruto de esta línea de trabajo, en la que se otorgó a cada centro sanitario la capacidad de iniciativa para adoptar la implantación de un sistema de gestión de calidad, se obtuvieron las certificaciones y acreditaciones en los diversos centros, que ascendieron en el año 2004 a un total de 13 servicios certificados y 29 proyectos de certificación, y fueron surgiendo numerosas iniciativas de gestión de calidad que superan la cifra de 10, siguiendo una evolución creciente.

La mayor parte de los servicios certificados lo hicieron en base a la Norma ISO 9001:2000, y uno de los centros obtuvo la certificación por la Norma ISO 14001:1996. Los proyectos de certificación, han sido también mayoritariamente en base a la Norma ISO 9001:2000, y en algún caso en base a la Norma ISO 14001:1996 y la serie UNE 166.000. Asimismo, destacan los proyectos de acreditación como *Hospital Amigo de los Niños* de tres centros hospitalarios.

Se han establecido diversos Programas de Control de Calidad en algunos servicios sanitarios.

Gran parte de los centros sanitarios han adoptado el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, el EFQM, como herramienta de mejora de la calidad, sin embargo se pueden mencionar otras iniciativas en las que se ha seguido el modelo de la King's Fund-Health Quality Service o de la Joint Comisión of Healthcare Organisations.

Esta perspectiva de mejora de la calidad asistencial que tiene el Servicio Gallego de Salud, como se ha comentado anteriormente incide en los diferentes aspectos que engloba la asistencia sanitaria, que abarca desde la mejora de infraestructuras y acciones de humanización de los servicios sanitarios hasta los planes de formación de los profesionales - gestionados a través de la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS), adscrita a la Consejería de Sanidad - las relaciones con el usuario y la mejora de la comunicación e información a los pacientes y de sus derechos, a través del desarrollo de normativa autonómica.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

Si el envejecimiento de la población hace esperar un determinado perfil de salud, con un fuerte aumento del peso relativo de las patologías crónicas y degenerativas, la dispersión supone, entre otras cosas, un hándicap a la hora de obtener más eficiencia de los recursos disponibles frente a situaciones con poblaciones más concentradas.

Tabla de Indicadores Básicos Salud de Galicia

	1 Galicia (1991)	2 Galicia (2002)
Esperanza de Vida al nacer	76,46	80,6
Esperanza de Vida a los 65 años	17,11	20,09
Mortalidade Infantil	8,58	4,11
Mortalidade Materna (por 100.000 nacidos vivos)	4,41	1,06 (Media años 1998-2002)

Indicadores de Morbilidad:

La evolución de patologías como el Sida o la tuberculosis muestran una marcada tendencia descendente desde el año 1996, año de puesta en marcha del programa gallego de prevención y control de la tuberculosis, y previo al comienzo de la generalización del uso de los antiretrovirales.

	3 Galicia (1996)	4 Galicia (2004)
Tasa Incidencia Sida	130,3	37,4
Tasa Incidencia Tuberculosis	72,33	36,61

Las coberturas superiores al 95% logradas por el programa gallego de vacunaciones han provocado una importante disminución en las patologías frente a las que se inmuniza, como el sarampión, la hepatitis B, la enf. Invasiva por HiB entre otras.

Casos por cen mil	5 Galicia (1991)	6 Galicia (2004)
Tasa Incidencia Sarampión	139	0
Tasa Incidencia Hepatitis B	5,71	1,31
Tasa Incidencia enf. Invasiva por HiB (menores 5 años)	19	2

Estrategias para conocer y monitorizar el estado de salud de la población

Se utilizan de manera sistemática varias fuentes que proporcionan datos con una periodicidad establecida: Registro Gallego de Mortalidad, Sistema Edo (Enf de declaración obligatoria), Registros de Sida y de Tuberculosis, Sistema de Información Microbiológica de Galicia, CMBD, encuestas de salud de Galicia y estatal, encuestas de cobertura vacunal, de seroprevalencia y de salud bucodental.

También se utilizan otras fuentes no periódicas como: encuesta de salud sanitaria y social de las mujeres gallegas. Galicia 2000. Encuestas hábito tabáquico colectivos específicos.

En el año 2002 se puso en marcha un plan de sistemas de información de salud pública cuyo objetivo no ha sido, únicamente, mejorar las diferentes aplicaciones informáticas, sino diseñar las estructuras de coordinación y acceso a la información sobre las que descansa un sistema de este tipo. Desde el punto de vista tecnológico, presenta una definición de componentes, basada en arquitecturas centralizadas, tendentes a la unificación de plataformas, y al empleo de tecnologías comunes al resto de la organización sanitaria. Por otro lado, la construcción e implantación de los Sistemas de Análisis dentro del ámbito de los Programas de Salud permitirá a los usuarios finales realizar con suma facilidad análisis, estudios y reporting. Adicionalmente, se deberá construir una capa de metadatos, por encima de los Sistemas de Análisis, que permita disponer de una visión integrada de todos ellos. Esto constituirá lo que denominamos **Sistema Integrado de Análisis de Salud**.

10. Participación

El artículo 136 de la Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia define el “Vedor” (defensor) del paciente como un órgano de la Administración Sanitaria que gestionará sugerencias, quejas y reclamaciones que puedan formular los pacientes o sus legítimos representantes en relación con los derechos y los deberes establecidos en esta Ley, sin perjuicio de que los interesados pueden utilizar las vías de reclamación o de recurso establecidas en la legislación vigente para la defensa de sus derechos.

Además intermediará en los conflictos que presenten los usuarios del sistema gallego de salud.

De acuerdo con su naturaleza consultiva, el “vedor” del paciente es un órgano independiente en la estructura de la administración sanitaria al que se dota de los medios personales y materiales necesarios para asegurar la eficacia de su actuación.

Sus actuaciones tienen como ámbito el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia, excepto en las contingencias que puedan surgir en la atención sanitaria a los desplazados.

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: GALICIA

	SI/NO	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes.	Sí	Vedor del Paciente	Ley 7/2003, de 9 de diciembre de ordenación sanitaria de Galicia	Ley	

En el año 2004 se inició la tramitación de la modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente, con el fin de adaptarla a la Ley estatal 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación; el resultado final de esa tramitación llevó a la aprobación de la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la citada Ley 3/2001.

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: GALICIA

	SI/NO	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Si	Ley 7/2003, del 9 de diciembre de ordenación sanitaria de Galicia	
Segunda opinión	Si	"	
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Ley 3/2001 y Ley 3/2005	
Consentimiento Informado	Sí	Ley 3/2001 y Ley 3/2005	
Instrucciones Previas/Últimas Voluntades	Sí	Ley 3/2001 y Ley 3/2005	
Guía ó Carta de Servicios	Si	Ley 7/2003, del 9 de diciembre de ordenación	
Información en el Sistema Nacional de Salud	Si	Ley 3/2001 de 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente Ley 3/2005 de 7 de marzo de modificación de la anterior	La modificación tuvo por objeto adaptar la Ley 3/2001 a la Ley estatal 41/2002 de 14 de noviembre
Garantías a los pacientes con necesidades especiales asociadas a la discapacidad	Si	Ley 3/2001, de 28 de mayo	

Subvención a asociaciones de pacientes	Si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia Normativa convocatoria	Observaciones
Asociación Salud Mental	Si	1.885.005€	15	Orden de diciembre de 2003. D.O.G. nº 242 de 15 de diciembre de 2003	
Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (FAGAL)	Si	12.000€	1		-Formación continuada de profesionales y cuidadores. -Difusión de cuestiones relacionadas con el cuidado
Federación Gallega de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES)	Si	12.000€	1		-Formación continuada de profesionales y cuidadores. -Difusión de cuestiones relacionadas con el cuidado

TABLA 10

PARTICIPACIÓN

CCAA: GALICIA

		<i>SI/NO</i>	Referencia normativa	Características	Observaciones
Cuantía destinada a Gestión de reclamaciones	Generales	Sí		Contrato de seguro	
	Que implican responsabilidad patrimonial	Sí	Instrucción de 12 de febrero de 1999	Contrato de seguro	DOGA de 4 de marzo de 1999.

11. Equidad

La equidad es una característica fundamental del Sistema Nacional de Salud. En Galicia la equidad en el acceso está muy influenciada por la dispersión de la población. Otro de los elementos que alteran la equidad en el acceso al sistema sanitario son las listas de espera.

Con el fin de mantener la equidad en el acceso, el Servicio Gallego de Salud desde el año 1991 en que asume la gestión sanitaria, realiza un importante esfuerzo en acercar los servicios sanitarios a la población:

- 1º.- En primer lugar **se impulsó decididamente la atención primaria** creando nuevas unidades, de atención ordinaria, urgencias y de apoyo. En este sentido desde el año 1991 las unidades de atención primaria pasaron de 52 a 323, los puntos de atención primaria de 35 a 99, las unidades de fisioterapia de 2 a 62, las unidades de odontología infantil de 0 a 82 y la cobertura de la atención pediátrica de 83 municipios a los 315 actuales.
- 2º.- Por otra parte se pusieron en marcha **4 nuevos hospitales comarcales (Verín, Barbanza, Xunqueira y Salnés) y se asumió la transferencia de los hospitales de organismos públicos** (Ayuntamiento, Ministerio de Defensa, Diputaciones), lo que nos ha permitido pasar de 18 hospitales a los 32 actuales, lo que unido al aumento de las inversiones se tradujo en un aumento importante de los recursos, así pasamos de 5.612 camas a 8.081 y de 92 quirófanos a 167, además del equipamiento en alta tecnología o la creación de nuevos servicios.
- 3º.- La **creación en el año 1995 del 061**, que cubre toda la geografía gallega, permite tener una cobertura total de las urgencias extrahospitalarias, haciendo de puente entre los servicios de atención primaria y los de los hospitales.
- 4º.- **Sistema de información sanitaria** que permita conocer la situación del problema. A mediados de la década de los años noventa el Sergas normaliza su sistema de información sobre listas de espera que le permite disponer de información quincenal.

El plan de mejora de la equidad en el acceso al sistema sanitario gallego se centra en las siguientes medidas concretas:

- 1º. **Una estructura que garantice la continuidad de los cuidados.** El usuario debe percibir su relación con el sistema sanitario como un continuum asistencial en el que la actual ruptura entre atención primaria y especializada no se produzca. En este ámbito de actuación se enmarca el nuevo modelo organizativo que se concreta en:
 - Decreto 13/2005 por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad (DOG del 8 de febrero)
 - Decreto 14/2005 por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud (DOG del 8 de febrero)
 - Decreto 15/2005 por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol (DOG del 8 de febrero)
- 2º. **La regulación de la garantía de tiempos máximos de espera.** En la accesibilidad es factor clave el tiempo que transcurre entre la indicación de una determinada prestación al usuario y el momento en que se le resuelve dicha

demanda. En este sentido la Consejería de Sanidad ha establecido la garantía de tiempos máximos de espera en la atención sanitaria (Decreto 104/2005, del 6 de mayo. DOG del 11 de mayo).

- 3º. **Un plan de mejora de las listas de espera.** Naturalmente la garantía de tiempos máximos debe complementarse con una gestión adecuada de las listas de espera y una reducción de las mismas. En este sentido se está desarrollando desde el pasado mes de enero de 2005 un plan especial de reducción de listas de espera.
- 4º. **Una mayor facilidad en la tramitación de las citas.** En este punto la Consejería pretende que el acceso de los usuarios a las diferentes unidades, servicios y centros sanitarios se realice de una forma ágil y cómodo, de forma que se simplifique la obtención de la cita para ser atendido, tanto en la atención primaria como en especializada.
 - Cita on-line (internet) para AP. De esta forma los pacientes pueden, con total comodidad, libertad y transparencia, pedir, consultar o anular la cita para su facultativo de atención primaria.
 - Central de llamadas para cita AP. Centralización de la cita de atención primaria en una central de llamadas única.
 - Cita informatizada para el especialista desde AP. Con el fin de que los facultativos de atención primaria puedan priorizar adecuadamente las derivaciones a atención especializada, se abren progresivamente las agendas para consulta externa de atención especializada a primaria, para que los huecos en las citadas agendas sean ocupados informáticamente desde los propios servicios de atención primaria.
 - Confirmación de la cita para el especialista. La finalidad es recordarle al usuario la existencia de la cita, con unos días de antelación.
- 5º. **Acercamiento de la asistencia al usuario.** Para facilitar la accesibilidad al sistema resulta clave que la asistencia sanitaria se preste lo más próximo posible al lugar de residencia de los usuarios del sistema. En esta línea estamos potenciando el control del tratamiento con anticoagulantes orales (sintron®) desde atención primaria, la telemedicina, la hospitalización a domicilio y el programa de cirugía menor en atención primaria.

TABLA 11**EQUIDAD****CCAA: GALICIA**

	Si/no	Tipo de medida	Referencia normativa	observaciones
Género	Si	General	Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia	
Etnia	Si	General	"	
Discapacidad	Si	General	"	
Otras	Si	General	"	

12. Valoración del proceso transferencial

Es necesario comenzar con la transferencia del INSALUD a Galicia en enero de 1991. En aquellas fechas, ocupábamos los últimos puestos del Estado respecto a financiación sanitaria por habitante..

De acuerdo con el concepto de “población protegida” contenido en la Ley General de Sanidad, la financiación que correspondía a Galicia era del 7,1% de la media estatal y la financiación real del año 1989, año inicial del primer cómputo diferencial, no alcanzaba el 6%, con las consecuencias de escasez de recursos y actividad.

La transferencia puso en marcha el proceso obligatorio de solidaridad previsto en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad, para que, en 10 años, se igualase la financiación sanitaria de Galicia con la media estatal.

Cada ejercicio, a partir de la transferencia, la financiación del SERGAS creció al ritmo de la financiación sanitaria general, más un 10% adicional de la diferencia que separaba a la sanidad gallega de la media nacional. Fué comparativamente con otras CC.AA, el mejor acuerdo de financiación conseguido. No obstante, el efecto de una disminución de gasto del INSALUD en el año 1990 y la demora de las liquidaciones produjo tensiones iniciales.

Durante la mayor parte de la década de los 90, y precisamente por los resultados favorables de la transferencia, la sanidad gallega mejoró sus niveles de asistencia y lo hizo en equilibrio, consiguiendo superar una situación de partida tan desfavorable.

El acuerdo sobre financiación, firmado en 1994, adelantó el periodo de convergencia con la media estatal, alcanzándose el equilibrio en el 97, en lugar de 2001 como estaba inicialmente previsto. Esta decisión facilitó recursos adicionales al SERGAS permitiéndole mejorar los niveles de prestación sanitaria en Galicia en un tiempo realmente corto.

La mejora de la financiación derivada de la transferencia permitió acometer la reforma de la atención primaria, y desarrollar un amplio plan de infraestructuras que dotó de centros de salud a prácticamente todos los municipios gallegos. Se construyeron cuatro nuevos hospitales y se realizaron planes funcionales con importantes renovaciones en la práctica totalidad de los centros de atención especializada. También se pudo realizar una importante renovación tecnológica, (TAC, resonancias magnéticas, aceleradores lineales, etc.), apoyados en un sistema de información de diseño propio, que funciona sobre una importante red de comunicaciones y equipamientos informáticos.

En el año 2000, en el que ya afloraban tensiones de gasto, se aborda el nuevo modelo de financiación de la ley 21/2001, de 27 de diciembre

Aunque desde un punto de vista financiero general, el modelo parecía correcto, sin embargo su aplicación ha trasladado el problema de la financiación de la sanidad a las CC.AA. El propio artículo 10 de la Ley de Cohesión y Calidad responsabiliza financieramente a las CC.AA. de las prestaciones que establezca la Administración Central, no obstante desde 1981 se han triplicado los recursos destinados a Sanidad

2.- Respecto al análisis que hacemos desde Galicia a las **insuficiencias del actual sistema**, las cuatro principales causas podríamos clasificarlas, en las siguientes:

1. **La estructura de edad de la población, que** genera una mayor actividad en la atención sanitaria a las personas mayores. Por ello entendemos que el

envejecimiento de la población debe ser un elemento cualitativo esencial del coste. En Galicia, en los últimos 20 años, la población >64 años aumentó el 50%, alcanzando en 2004 (fuente: tarjeta sanitaria) el 21,8% de la población. En nuestra cuantificación, realizada sobre datos de toda la asistencia del Sergas del año 2003, se demuestra que nuestro consumo por población >64 años, es 4,28 veces del resto de la población: sus altas hospitalarias superan el 42% del total, los costes de sus episodios de hospitalización son 4,75 veces superior a la población menor de 65 años, su frecuentación es 2,5 veces superior y el 76, % del gasto total de farmacia es de pensionistas >64 años.

2. **La dispersión de la población:** también es en sí mismo otro factor de coste que es necesario tener en cuenta para garantizar la equidad de los servicios sanitarios por el incremento de recursos que supone. Aunque este indicador forma parte de las variables distributivas para establecer la financiación de las "competencias comunes", no se ha tenido en cuenta en la financiación sanitaria. En Galicia el 60% de nuestra población vive en núcleos de menos de 20.000 habitantes (En España solo es un 35%). Galicia dispone de 382 centros de salud, el 13% de los totales de España (2.889), para una población que representa el 6,4% de la del Estado, y cada uno *debe dar cobertura a una media de 64,5 núcleos de población frente a la media estatal es de 5,5*, con el consiguiente incremento de gasto asistencial.

3. **La falta de definición de la cartera de servicios.** Actualmente solo existe una simple ordenación de prestaciones (R.D: 63/95) y no hay evaluación de la seguridad, eficacia, o relación coste –efectividad previa a la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos. Consideramos necesaria la delimitación entre lo sanitario y lo social, estableciendo una financiación a cargo del Estado de la contingencia de dependencia.

4. **“lealtad institucional”** (establecido en el artículo 2.1 de la ley 7/2001). Dentro de este apartado, hay que considerar el impacto financiero de algunas decisiones unilaterales de la Administración Central, que afectan a dicho principio y que, aunque son adoptadas en uso de lo que se denomina normativa básica, inevitablemente trasladan costes a las CC.AA.

13. Descripción de una experiencia innovadora

1.- La Dirección de Area

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud durante los últimos años centraron sus esfuerzos en la mejora de la coordinación entre atención primaria y especializada con el fin de paliar la fragmentación que el usuario percibe en la prestación de los servicios sanitarios. Entre las medidas puestas en marcha podemos citar la derivación motivada e informada desde atención primaria y la figura de especialista enlace-consultor que permite establecer los criterios de derivación de pacientes. Los resultados limitados de estas medidas hacen que la actual reforma de la sanidad de Galicia opte de manera clara por la integración de ambos niveles asistenciales.

Entre los problemas que afectan al sistema y que se intentan paliar con esta reforma podemos citar: la existencia de unas estructuras organizativas en cada uno de los niveles asistenciales con regulaciones propias y con culturas y visiones diferentes del sistema sanitario, la falta de unificación de criterios de indicación y derivación entre ellos y, en definitiva, una excesiva utilización de la atención hospitalaria y de la tecnología que no permiten la optimización de los recursos de forma que la capacidad de resolución de los problemas de salud se desplaza innecesariamente a los hospitales, que tienden a mantener “cautivos” a los pacientes y que no siempre permiten garantizar la equidad.

En atención especializada nos encontramos con que existen múltiples unidades superespecializadas con ámbitos específicos de actuación, que producen una fragmentación de los procesos asistenciales y con líneas jerárquicas específicas organizadas por profesiones que imposibilitan la actuación por procesos. La necesidad de evitar esta fragmentación llevó a la aparición de iniciativas que buscan la organización por procesos, uniendo servicios y personal multidisciplinar bajo una dependencia única, nos referimos a la gestión clínica.

Parece, por tanto, imprescindible un cambio que tenga como finalidad centrar los esfuerzos en el ciudadano y en el respeto de sus derechos, evolucionar en la organización de nuestro sistema sanitario potenciando la labor del médico de familia como integrador de la atención a los pacientes, eliminando las barreras entre primaria y especializada, clarificar el rol de cada uno de los profesionales que intervienen, definir con claridad los flujos tanto de los pacientes como de la información y organizar la asistencia por procesos.

El primer punto de apoyo de la reforma se encuentra en la Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia, que en su capítulo II de Ordenación territorial de la sanidad, establece que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia la sanidad se estructura territorialmente en áreas sanitarias, y que las áreas sanitarias constituyen las “*estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos*”.

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud persiguen con esta reforma tres objetivos básicos, en primer lugar desarrollar una atención por procesos, con el paciente como centro de la asistencia, superando la actual separación entre atención primaria y especializada, en segundo lugar alcanzar la responsabilidad integral en la continuidad de la asistencia de cada paciente, como superación de la actual fragmentación de la responsabilidad por centros y niveles y, en tercer lugar pro-

porcionar una mayor capacidad de gestión que permita la solución de las dificultades del día a día en el nivel de área.

Somos, no obstante, conscientes de las dificultades que entraña este proceso de cambio, entre las que no podemos dejar de señalar en primer lugar que modificar las formas de trabajo superando la inercia de funcionamiento de años solo se puede conseguir con una organización práctica que cuente con el apoyo decidido de los puestos directivos y que, puesto que los procesos asistenciales se extienden entre atención primaria y especializada, gestionarlos y mantener la operatividad de los centros exige establecer una responsabilidad de doble dependencia.

En definitiva, la dirección de área significa un único nivel estratégico para toda el área, en que la asistencia se integra por procesos, los centros disponen de mandos intermedios propios para solucionar los problemas del día a día y la gestión se organiza de forma que sea posible identificar la actividad y los recursos por cada centro.

Entre las particularidades del modelo gallego, queremos señalar:

- 1º. Los cambios no solo incumben a las áreas, los servicios centrales de la Consejería y del Sergas también modifican su forma de actuar para asumir la nueva forma de organización y para ello es preciso establecer claramente las funciones de autoridad sanitaria y las del Sergas. Es necesario por tanto modificar el organigrama de la Consejería y del Sergas y definir los principios de relación con las gerencias de área. Estas modificaciones se concretan en los Decretos 13/2005 por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y 14/2005 por el que se establece la estructura orgánica del Sergas.
- 2º. En los servicios centrales sobre todo en las fases iniciales, existiran simultaneamente dos modelos diferentes, uno de dirección única en el área y en el resto de Galicia con direcciones específicas para primaria y especializada. Para disminuir este problema, las direcciones provinciales deberán acercar su funcionamiento al de las áreas asumiendo, sin cambios estructurales, funciones reales de coordinación.
- 3º. Las funciones de autoridad sanitaria a nivel periférico han de estar en las delegaciones de la Consejería. La inspección está asumiendo en la actualidad funciones de autoridad y de gestión. Hay que identificar los puestos de trabajo con funciones de gestión, que permanecerán en la dirección provincial del Sergas o en el área, mientras que los puestos de autoridad sanitaria deben pasar a las delegaciones. Es necesario ir trasladando progresivamente las competencias y el personal desde las direcciones provinciales a las delegaciones (autoridad sanitaria) y a las áreas (gestión).
- 4º. Las áreas sanitarias gestionarán los conciertos de su ámbito, aunque las funciones de compra de servicios se mantienen en los servicios centrales,

En cuanto a la estrategia normativa, queremos señalar que la LOSGA indica que el ámbito geográfico del área se determinará por decreto, en función de las necesidades sanitarias de la Comunidad Autónoma y teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, meteorológicos y de dotación de vías y medios de comunicación. Se procederá a definir la estructura organizativa de las gerencias de área individualmente, lo que permitirá que el modelo vaya evolucionando progresivamente.

Mediante el Decreto 15/2005 se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol. Esta es la etapa inicial de un proceso que finalizará en el momento en que todas las áreas de Galicia cuenten con una estructura integrada.

La dirección de área de Ferrol es una estructura organizativa sin personalidad jurídica, que gestiona la red gallega de atención sanitaria de utilización pública en su ámbito territorial, así como las prestaciones y programas sanitarios e integra todos los centros de atención primaria y atención especializada del Sergas, por lo que se le adscribe la Dirección de Ferrol de la Gerencia de Atención Primaria de Coruña–Ferrol y el Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

La estructura directiva del área de Ferrol está configurada de la siguiente forma:

- 1º. Órganos unipersonales. El equipo directivo del área tiene al frente al director de área. Del Director del área depende una estructura responsable de las prestaciones sanitarias (el gerente de procesos, los directores de procesos médicos, quirúrgicos, el director de urgencias y de procesos ambulatorios y el director de enfermería) y una estructura de apoyo (el director de recursos económicos y servicios generales y el director de recursos humanos).
- 2º. Órganos colegiados. Se conforman tres tipos de órganos colegiados, el de dirección que se constituye como Comisión de Dirección, los de asesoramiento que son la Comisión de Calidad, la Comisión Asistencial y los Comités técnico-sanitarios y los de participación que son el Comité de Seguridad e Salud Laboral y la Comisión de Participación Ciudadana.

Pero en la experiencia de Ferrol no solo se apuesta por la integración de primaria y especializada desde un punto de vista organizativo, sino que también se prioriza la prestación de los servicios con un enfoque de proceso, que limite la variabilidad clínica para conseguir mayor equidad en el sistema.

La gestión por procesos asegura la atención integral al paciente de una manera más adecuada y eficiente que en aquellas estructuras organizadas por funciones o por áreas donde es fácil perder la perspectiva de las necesidades de los pacientes y resulta difícil dar una respuesta coordinada de atención y cuidados. Supone, en suma, un cambio de visión del proceso asistencial, optando por un modelo transversal, donde el paciente es el eje alrededor del cual se producen las decisiones y actuaciones de los profesionales que directa o indirectamente están relacionadas entre sí, o que son interdependientes y que forman un todo complejo con una meta común.

En definitiva, esta reforma que se emprende en Galicia pretende, en primer lugar, que sea el ciudadano el centro de las actuaciones sanitarias de forma que sus expectativas sean un elemento básico en la toma de decisiones del sistema, en segundo lugar garantizar la continuidad asistencial evitando la actual fragmentación entre niveles y, en tercer lugar, asegurar la participación, la implicación y la satisfacción de los profesionales.

2. Sistema de homologación sanitaria de recetas

JUSTIFICACIÓN, MOTIVACIÓN DE INICIO O PLANTEAMIENTO.-

Determinados medicamentos, productos sanitarios y productos dietoterápicos incluidos en la prestación farmacéutica requieren, con carácter previo a su dispensación en las oficinas de farmacia, de un mecanismo en el que se verifique que sus condiciones de prescripción se ajustan a lo establecido en su autorización de comercialización, a su ficha técnica y demás requisitos contemplados en la normativa vigente al respecto.

Esta verificación, llamado “visado de inspección”, se realizaba en 11 puntos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, que se encontraban situados fuera de los centros sanitarios en los que se lleva a cabo la prescripción, lo que originaba que algunos pacientes/usuarios del SERGAS pudieran tener dificultades para el acceso a este procedimiento.

Por ello, el Servicio Gallego de Salud, con el objeto de facilitar a sus usuarios la prestación farmacéutica en aquellos casos en los que la prescripción de recetas esté sometida a este visado, consideró conveniente modificar dicho procedimiento.

A este respecto, se consideró que la verificación de la prescripción de los tratamientos farmacoterapéuticos se integrara como una actividad asistencial complementaria en la atención sanitaria que se presta al paciente, con el fin de aportar un valor añadido a la seguridad y calidad en el proceso de prescripción-dispensación.

Esta modificación implica que el procedimiento de visado se lleve a cabo dentro de las propias estructuras asistenciales y por personal facultativo farmacéutico perteneciente a los centros sanitarios de atención especializada y atención primaria del SERGAS, facilitándose, de esta forma, una mayor accesibilidad a la prestación farmacéutica que precise el paciente.

Teniendo en cuenta este cambio en el procedimiento, se consideró oportuno realizar un cambio de la denominación “visado de recetas” por la de “homologación sanitaria de recetas”, para reflejar en toda su extensión la finalidad de verificación previa a la dispensación de todas las prescripciones de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.

Estos aspectos han sido plasmados en el Decreto 244/2003, de 24 de abril, de homologación sanitaria de recetas oficiales para la prestación farmacéutica, de entrada en vigor el 10 de junio de 2003.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE SU DESARROLLO.-

El desarrollo del procedimiento de homologación sanitaria de recetas requirió primeramente la elaboración, aprobación y publicación de una normativa específica (Decreto) que regulara el cambio de “visado de inspección” a “homologación sanitaria de recetas”, contemplando tanto el procedimiento a llevar a cabo como las profesionales responsables de su realización.

Una vez publicada dicha disposición normativa y hasta su entrada en vigor, se realizaron actividades formativas, dirigidas a los farmacéuticos de atención primaria y de atención especializada que iban a realizar el proceso de homologación, sobre el

sistema de información que se había diseñado y que sirve de soporte en dicho proceso.

ASPECTOS DESTACABLES DE SU IMPLANTACIÓN O APLICACIÓN.-

La implantación del proceso de homologación sanitaria de recetas ha tenido como soporte dos aspectos:

- Existencia de una “infraestructura de farmacéuticos” en atención especializada y atención primaria.

En atención especializada se consideran puntos de homologación los servicios de farmacia de los complejos y hospitales públicos, y los servicios de farmacia de las fundaciones públicas. Así, en total existen 25 puntos.

En atención primaria se consideran puntos de homologación los centros de salud en los que el farmacéutico de atención primaria está formando parte del equipo multidisciplinar, siendo en total 80 puntos.

La realización de este proceso por los farmacéuticos, integrantes de equipos multidisciplinarios de atención al paciente, favorece la intercomunicación con los facultativos médicos y la coordinación entre niveles asistenciales.

Este hecho es especialmente importante cuando surgen problemas en la prescripción de un producto farmacéutico que es susceptible de homologación, ya que, al encontrarse los farmacéuticos ubicados físicamente en el mismo lugar que los facultativos médicos prescriptores pueden solucionar cualquier incidencia, de tal forma, que el paciente sale del centro sanitario con la prescripción en receta adecuadamente cumplimentada para su dispensación en la oficina de farmacia.

- Diseño, desarrollo e implantación de un sistema de información centralizado específico para este procedimiento

La necesidad de proveer a los farmacéuticos de atención primaria y de atención especializada del Servicio Gallego de Salud de una herramienta informática que permita la automatización de los procesos relacionados con la homologación sanitaria de recetas ha sido la el origen del diseño, desarrollo e implantación de una nueva aplicación, que fue denominada VALIDARE.

Esta aplicación, centralizada y on-line, pretende dotar a los farmacéuticos autorizados para la realización de dicho procedimiento de una herramienta que facilite y permita la homologación de recetas y que gestione en soporte electrónico dicha actividad. Por ello, se realiza su integración en un entorno basado en tecnologías web que permita su utilización desde cualquier punto de la red de datos del Sergas.

El acceso a este sistema está restringido y controlado mediante el uso de claves de usuario y contraseñas individualizadas, asignadas a los farmacéuticos autorizados para la realización de este proceso.

Este sistema de información integra datos procedentes de diferentes fuentes. Así de tarjeta sanitaria, se obtiene toda la información correspondiente a los

facultativos médicos prescriptores, a los farmacéuticos homologadores (puesto de trabajo, centro sanitario, área sanitaria) y a los usuarios del SERGAS (identificación, nº de tarjeta sanitaria, médico de atención primaria ...), del XECORE –Programa de Xestión e Control de Talonarios de Receitas Médicas- se obtienen los facultativos médicos autorizados para el uso de talonarios de recetas oficiales del SERGAS y del “catálogo de homologación” se obtienen los productos farmacéuticos susceptibles de homologación, sus indicaciones autorizadas, sus fichas técnicas y cualquier otra información que se requiera para realizar su homologación. Este catálogo se obtiene a partir del nomenclator enviado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, del cual se extraen todos los medicamentos y productos sanitarios susceptibles de homologación, a los que se incorporan los productos dietoterápicos y la información necesaria para realizar la homologación.

Los farmacéuticos desde sus respectivos puntos de homologación tendrán acceso a toda la información contenida en el VALIDARE (fichas técnicas de las especialidades farmacéuticas, indicaciones autorizadas, observaciones, condiciones especiales de prescripción ...), así como toda la información correspondiente a las homologaciones llevadas a cabo para cada paciente, pudiendo realizar una gestión de las mismas.

A este respecto, se facilita que cualquier usuario pueda ir a cualquier punto de homologación de la Comunidad Autónoma para homologar su prescripción en receta médica, no habiendo problemas ante un traslado de su domicilio habitual.

Por tanto, este aplicativo informático permite la gestión global del proceso de homologación, verificando previamente a la dispensación, el cumplimiento de los requisitos establecidos para la prescripción de un producto farmacéutico de acuerdo con las indicaciones terapéuticas y demás condiciones establecidas en su autorización de comercialización y en su ficha técnica.

METODOLOGÍA SEGUIDA PARA SU EVALUACION.-

Para estimar la repercusión de la homologación sanitaria de recetas se hizo una primera valoración desde el inicio de este nuevo procedimiento, 10 de junio de 2003, hasta diciembre de 2003, y una segunda valoración en diciembre de 2004. Para ello, se realizó un análisis del gasto farmacéutico del SERGAS antes y después de su implantación, para observar los posibles cambios en el componente tendencial de la serie para cada uno de los periodos.

Dicha diferencia es cuantificada mediante la comparación de los valores de facturación estimados a partir de la tendencia previa a la implantación de la medida mediante el método de regresión lineal frente a los valores observados para cada uno de los medicamentos y productos sanitarios susceptibles de homologación sanitaria.

RESULTADOS MÁS DESTACABLES, CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS Y LOS CIUDADANOS.

La implantación de este nuevo procedimiento tuvo una importante repercusión sobre la calidad asistencial que recibían los pacientes al integrarse esta actividad dentro de la atención sanitaria, y en particular, dentro de la atención farmacéutica.

El seguimiento individualizado de la farmacoterapia de los pacientes así como el contacto directo con los mismos ha permitido que el farmacéutico le proporcione información sobre su tratamiento farmacológico, favoreciéndose, de esta forma, una mejora del cumplimiento terapéutico, aspecto que en muchas ocasiones determina una falta de efectividad en los tratamientos instaurados.

La existencia de una “infraestructura farmacéutica” en ambos niveles asistenciales, así como un soporte de información específico y centralizado, permite que el paciente pueda acudir a cualquier punto de homologación, garantizándose en todo momento una continuidad en el cuidado farmacéutico, y una homogeneidad de los criterios en la realización de esta actividad sanitaria.

Asimismo, gracias a este sistema específico y centralizado, ante una alerta farmacéutica debido a problemas de seguridad relacionados con la utilización de medicamentos, se pueden localizar los pacientes que se encuentran a tratamiento con el medicamento implicado.

El incremento de los puntos de homologación y su realización en las propias estructuras asistenciales ha permitido que el paciente tenga una mejor accesibilidad a la prestación farmacéutica susceptible de homologación y una mayor agilización de los trámites.

A lo anteriormente expuesto, cabe señalar que con la implantación de este procedimiento se observó, durante el periodo 10 de junio-diciembre 2004 un cambio en la evolución del gasto debido a una moderación del incremento del número de recetas en forma de reducción de la tendencia incremental en relación a la tendencia que se mostraba anteriormente a julio de 2003. Esta modificación en la tendencia se tradujo en un ahorro económico para el SERGAS, que fue cuantificado en 8,6 millones de euros para dicho periodo.

En resumen, la homologación sanitaria de recetas oficiales permite una mayor homogeneidad de criterios, una mejor accesibilidad para el paciente, una coordinación de la atención farmacéutica intra e interniveles asistenciales, su integración en la actividad sanitaria y por supuesto una agilización de los procesos. Todo ello, confluye en una mejora de la calidad asistencial percibida y recibida por los pacientes, eje de todas nuestras actuaciones sanitarias.