

# Galicia





# 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

El producto interior bruto generado por la economía gallega pasó de 10,150,534 miles de euros en el primer trimestre de 2003 a 12,301,152 miles de euros en el 4.º trimestre de 2004. La tasa de variación absoluta interanual (Índice 2000 = 100) en el primer trimestre de 2003 fue de 2,63 y en el 4.º trimestre de 2004 de 3,89.

## Producto Interior Bruto pm. Datos corregidos de estacionalidad y de calendario

Año	Periodo	PIB (miles de euros)
2003	1.º trimestre	10.150.534
2003	2.º trimestre	10.276.702
2003	3.º trimestre	10.373.136
2003	4.º trimestre	10.637.555
2004	1.º trimestre	10.812.650
2004	2.º trimestre	10.974.842
2004	3.º trimestre	11.267.307
2004	4.º trimestre	11.439.027
2005	1.º trimestre	11.590.916
2005	2.º trimestre	11.885.047
2005	3.º trimestre	12.072.601
2005	4.º trimestre	12.301.152

Fuente: Instituto Galego de Estatística (IGE). Contabilidad Trimestral de Galicia. Base 2000 revisada.

La tasa de actividad de año 2005 (53,0) fue ligeramente inferior a la de 2004 (53,2), a costa de la tasa de actividad en mujeres. En cambio las tasas de ocupación fueron superior en 2005, tanto en hombres como en mujeres, disminuyendo la tasa de paro que pasó de 13,6 en 2004 a 9,9 en 2005.

## Tasas de actividad, ocupación y paro por sexo. Galicia. Metodología EPA 2005 (en porcentajes)

	2004			2005		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad	53,2	62,6	44,6	53,0	62,6	44,3
Tasa de ocupación	46,0	56,9	36,0	47,8	58,1	38,3
Tasa de paro	13,6	9,2	19,3	9,9	7,2	13,5

Instituto Galego de Estatística (IGE). Encuesta de Población Activa (INE).

## Población

Galicia cuenta, según la revisión del padrón municipal de 1 de enero de 2005, con un total de 2.762.198 habitantes (2.750.985 a 1/1/04), 11.104 personas más que las recogidas en la revisión de 2004 (109 personas menos que las de 2004/2003). En términos relativos la población gallega creció un 0,41% frente 2,11% 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 en el 2003, al 6,37 en el 2004 y finalmente al 6,26% del 2005.

El número de extranjeros residentes en Galicia ascendió, según la revisión del Padrón Municipal 2005 (fuente INE) a 69.163 personas de las que 36.183 son mujeres (52,3%). Comparado con el total estatal, conviene subrayar que Galicia acoge el 1,85% de los extranjeros residentes, siendo este porcentaje del 2,1% en el caso de las mujeres y del 1,7% en el caso de los hombres.

En el año 2004 se registraron en Galicia un total de 20.621 nacimientos (198 más que en el 2003) y 28.540 defunciones (1.265 menos) por lo que el crecimiento vegetativo fue de -7.919 (-9.382 en el año anterior).

La tasa de natalidad en Galicia fue en el año 2004 de 7,65 nacimientos por cada mil habitantes (10,65 nacimientos en el conjunto del Estado) y la tasa de mortalidad de 10,53 defunciones por cada mil habitantes (8,71 fallecimientos en España).

Casi un 22% de la población gallega cuenta hoy con 65 años o más, según el último avance del padrón hecho público por el INE. En concreto algo más de 594.000 gallegos, el 21,5 del total de población registrada a 1 de enero de 2006. Un 0,3% más que en la misma fecha un año antes.

Tomando estos datos del INE, la comunidad se halla seis puntos por encima del conjunto del Estado. Estos últimos datos confirman la tendencia de que la población mayor va en aumento: en apenas 5 años casi un 5,8% más.

Los datos son más alarmantes en Ourense y Lugo que son, por este orden, la segunda y la tercera provincias españolas con un mayor porcentaje de población por encima de los 65 años, sólo por detrás de Zamora.

## 2. Desarrollo Legislativo llevado a cabo por la Consellería de Sanidad durante el año 2005

En el año 2005, tras las elecciones autonómicas que tuvieron lugar en el mes de junio, se produjo un cambio de gobierno en la Xunta de Galicia, habiéndose ido incorporado el nuevo equipo directivo con responsabilidades sanitarias a partir del mes de agosto y sucesivamente en los meses posteriores.

Esta situación, lógicamente, ha influido en la actividad legislativa de los nuevos responsables, ya que gran parte de las normas que se tienen previstas poner en marcha están en fase de borrador o alegaciones o se han ido publicando a lo largo del año 2006. No obstante, se han podido publicar algunas normas relevantes en el año 2005, que se adjuntan en la tabla 2.

La primera de las tareas legislativas a la que tuvimos que hacer frente fue la de establecer la estructura orgánica de la Consellería de Sanidade y del Servicio Gallego de Salud. Su tramitación no ha sido fácil, ya que se han abordado grandes cambios estructurales y ha estado precedida de un serio debate para establecer la estructura y organización de la que nos queríamos dotar que fuera funcionalmente operativa y que definiera las Unidades Directivas y los Servicios asignados a cada una de ellas.

Fruto de este trabajo han sido la publicación en el Diario Oficial de Galicia (DOG) de los Decretos:

- *Decreto 45/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad.*
- *Decreto 46/2003, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud.*

En esta línea, la Conselleira de sanidad compareció en el Parlamento de Galicia el 10/11/05 para contar las líneas estratégicas y políticas de actuación que tenemos pensado llevar a la práctica a lo largo de la legislatura. Dentro de estas líneas estratégicas nos hemos impuesto un gran reto legislativo: promover la elaboración de una **Ley de Salud de Galicia**.

Esta nueva ley, ya ha sido elaborada y pasada por todos los departamentos para sugerencias, está actualmente en fase de alegaciones y se ha enviado a sindicatos, asociaciones y representantes. Esta además colgada en la página Web de la Consellería, para que cualquier ciudadano haga las sugerencias que estime convenientes hasta el mes de septiembre que comenzará su tramitación parlamentaria.

Las características de la Ley de salud de Galicia son las de:

- Incorporar valores y convicciones que expresamos como fundamentales.
- Incorporar una nueva ordenación sanitaria de Galicia.
- Garantizar los derechos de los ciudadanos y de los profesionales, propiciando su participación.
- Dar al «*Vedor do Paciente*» (valedor del paciente) la independencia que supone una elección por la mayoría del Parlamento.
- Se realizará con el más amplio consenso.

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden por la que se establece el procedimiento de validación y seguimiento de los programas de garantía de calidad asociados a las unidades asistenciales de radiodiagnóstico médico radioterapia y medicina nuclear.	DOG n.º 9, 14-01-2005		
Orden por la que se aprueba el Plan de Inspección Sanitaria para el año 2005.	DOG n.º 22 de 2-02-2005		
Decreto por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol.	DOG. n.º 25 de 07-02-2005		
Decreto por el que se determina la composición del Consejo Gallego de Salud.	DOG n.º 78 de 25-04-2005		
Decreto por el que se regula la formación y el uso de desbrilladores externos por personal médico.	DOG n.º 87 de 06-05-2005		
Decreto por el que se regula la hemodonación y hemoterapia en la comunidad autónoma de Galicia.	DOG n.º 88 de 09-05-2005		
Decreto por el que se establece la reglamentación técnica sanitaria de piscinas de uso colectivo año 2005.	DOG. n.º 90 de 11-05-2005		
Orden por la que se convoca el segundo procedimiento de integración voluntaria en el régimen estatutario para el personal funcionario y laboral de los hospitales dependientes del Servicio Gallego de Salud no integrados en el régimen estatutario en la primera convocatoria realizada por centro año 2005.	DOG n.º 91 de 12-05-2005		

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden por la que se regula el acceso al certificado electrónico de identidad por los profesionales que intervengan en los procedimientos de prestación y gestión de servicios del sistema sanitario gallego de Galicia.	DOG, n.º 99 de 25-05-2005		
Orden por la que se establecen las normas generales de organización y funcionamiento del Consejo Gallego de Salud.	DOG n.º 100 de 26-05-2005		
Orden por la que se regula la composición organización y funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Sanitario de Galicia.	DOG n.º 102 de 30-05-2005		
Decreto de garantía de los tiempos máximos de espera en la atención primaria.	DOG n.º 90 de 11-05-2005		
Orden por la que se aprueba la composición, organización y funcionamiento de las Comisiones de Participación Ciudadana.	DOG n.º 104 de 01-06-2005		
Orden por la que se establecen las bases y se convocan en régimen de concurrencia competitiva subvenciones ayudadas a proyectos de acciones de investigación y acción que tengan relación con esfuerzo global anti –VIH/SIDA.	DOG n.º 111 de 10-06-2005		
Orden por la que se regulan las ayudas en régimen de concurrencia competitiva para la realización de programas de prevención del alcoholismo.	DOG n.º 112 de 13-06-2005		
Orden por la que se acuerda el inicio de oficio del procedimiento de autorización de apertura de nuevas oficinas de farmacia.	DOG n.º 113 de 14-06-2005		

**Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las Fundaciones Públicas Sanitarias.	DOG n.º 115 de 16-06-2005		
Decreto 193/02 por el que se modifica el decreto 146/2001, de 7 de junio, sobre planificación, apertura, traslado cierre y transmisión de oficinas de farmacia.	DOG n.º 133 de 12-07-2005		
Orden por la que se establecen las tarifas aplicables a la prestación de asistencia socio sanitaria concertada por el Sergas.	DOG n.º 133 de 12-07-2005		
Orden por la que se establecen medidas de estandarización, coordinación y supervisión en materia de tecnologías de la información.	DOG n.º 135 de 14-07-2005		
Decreto por el que se crea la clase de farmacéuticos inspectores de salud pública.	DOG n.º 141 de 22-07-2005		
Decreto de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud.	DOG n.º 145 de 29-07-2005		
Orden por la que se regula la concesión de subvenciones y ayudas a las entidades locales de la comunidad autónoma de Galicia para el mantenimiento de puntos de Atención Continuada y zonas especiales de urgencias que funcionen en centros de salud de titularidad municipal.	DOG n.º 216 de 10-11-2005		

### 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 plan de salud (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.

Finalizada la vigencia del Plan de salud 2002-2005, fue necesario acometer la elaboración de un nuevo Plan para el periodo 2006-2010 que reflejara las directrices del nuevo gobierno de Galicia. Pretende ser una experiencia técnica importante y con una visión estratégica diferenciada con respecto a los anteriores por dos circunstancias: la primera es que está vigente la Ley de ordenación Sanitaria de Galicia que alude específicamente al plan de salud dedicándole un Título; la segunda derivada de la aplicación de una metodología más participativa en las diferentes fases de elaboración y evaluación del Plan.

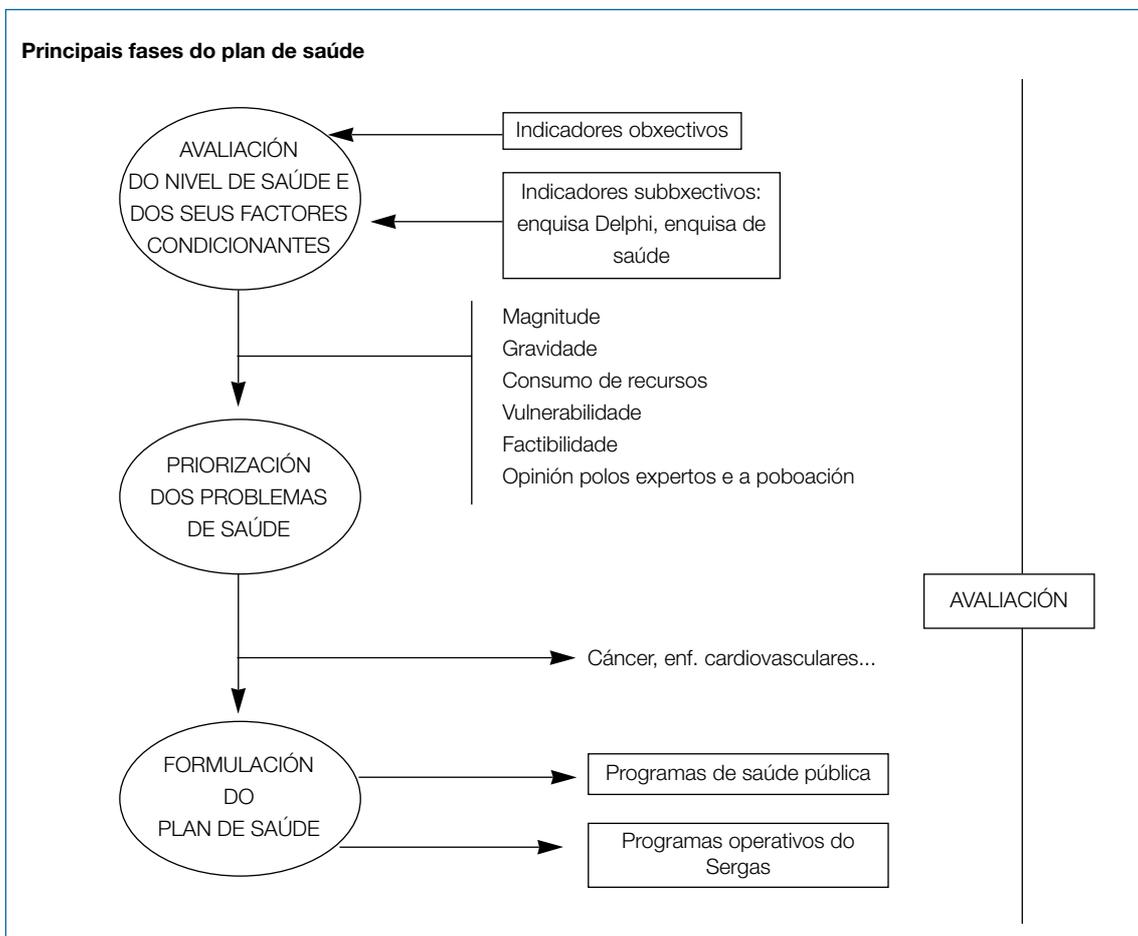
El Plan se constituye como un instrumento superior de planificación y dirección de nuestro sistema sanitario, orientado a la mejora del nivel de salud de la ciudadanía. Determina objetivos cuantificables, para su periodo de vigencia de cuatro años.

Esta metodología incorpora elementos que implican una participación más efectiva de los diversos sectores interesados, tanto en la elaboración como en la ejecución. Además de la participación en el análisis de la situación, de los ciudadanos y de los profesionales, a través de la encuesta de salud y de la encuesta Delphi, se constituyen una serie de grupos a tres niveles:

1. Un **grupo director** (comisión de dirección del plan de salud) con responsabilidades político-estratégicas, dirigido por la Consellería de sanidad y compuesto por altos cargos de la Consellería y del Sergas.
2. Bajo la Dirección General de aseguramiento y Planificación sanitaria, un **Grupo Técnico**, que asume la dirección técnica del Plan de Salud y la priorización de problemas.
3. Finalmente, los **grupos de trabajo**, específicos para cada problema de salud, compuestos por profesionales expertos en la materia a tratar. Realizan el análisis detallado de cada problema, elaborando las medidas precisas tendentes a su minoración, para lo que formularon estrategias, objetivos y líneas de actuación, así como indicadores de evaluación para la monitorizar el nivel de implantación en cada programa.

El proceso de elaboración del Plan de salud comporta la utilización de una metodología que comprende una serie de fases:

1. Selección y recogida de la información.
2. Estudio y análisis de de la información recogida para detectar las necesidades de salud de la población y de sus factores determinantes.
3. Priorización de los principales problemas.
4. Elaboración y formulación del Plan.
5. Desarrollo del plan a través de los programas de salud pública y del sergas.
6. Evaluación del Plan



## Priorización de los problemas

Para priorizar los problemas se aplicaron los siguientes criterios, puntuados de 0 a 10, como ayuda para el cálculo del problema:

- **Magnitud:** número de personas afectadas por él.
- **Gravedad:** mortalidad, complicaciones, secuelas, incapacidad, carga social.
- **Consumo de recursos:** Costes directos en asistencia sanitaria y otros factores indirectos: disminución de productividad, muerte prematura...
- **Vulnerabilidad:** capacidad de las intervenciones existentes para modificar sensiblemente el problema.
- **Factibilidad:** Capacidad de llevar a cabo con éxito las medidas correctoras que se propongan.
- **Opinión:** Valoración del problema por los expertos (encuesta Delphi) y por la población (encuesta de salud).

Tras la priorización se determinaron las siguientes enfermedades o problemas:

1. Enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y cerebrovasculares).
2. Cáncer (de pulmón, de mama femenino y colorectal).
3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
4. Enfermedades transmisibles (VIH-SIDA, de transmisión sexual, hepatopatías víricas).
5. Trastornos mentales afectivos.
6. Drogodependencias.
7. Accidentes de tráfico.
8. Problemas sanitarios ligados al envejecimiento

En definitiva, el Plan de Salud 2006-2010, se comenzó a elaborar en el año 2005, tan pronto como nos incorporamos a la gestión sanitaria, como instrumento de actualización de las políticas de salud de Galicia, pero con un marco más participativo. La selección de las áreas ha tenido en cuenta criterios objetivos, así evitamos que los grandes problemas de salud queden relegados por problemas menos trascendentes desde un punto de vista sanitario, pero más mediáticos o llamativos.

Los documentos preliminares han estado expuestos en la Web, para que toda persona interesada pudiera hacer sus sugerencias o alegaciones. Se ha presentado en el Consejo Gallego de Salud, y está pendiente de ser aprobado por el Consello de la Xunta.

**Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005**

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>		1993-1997 1998-2001 2002-2005 2006-2010	El Plan 2006-2010, se comenzó en 2005. Se ha elaborado con muchos grupos de Trabajo y se ha colgado en la Web para sugerencias de toda la ciudadanía.
<b>Cáncer de mama</b>	Sí	Desde 1992	En 2005 se ha ampliado hasta 69 años.
	NO		En proyecto.
<b>Cáncer de cervix</b>	NO		Incluido en Plan de Atención Integral a la mujer (vacunaciones). En elaboración.
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Sí	Desde 1998 Desde 2004	Progaliam (Programa Gallego contra el Infarto Agudo de Miocardio). Extendido en 2005 a toda Galicia.
<b>Salud mental</b>	Sí	En elaboración	El nuevo Plan Gallego va a integrar todos los recursos asistenciales en el Servicio Gallego de Salud.
<b>Violencia de género</b>	Sí	2002-2005	En borrador Plan de Atención Integral a la Mujer.
	En proyecto		
	En proyecto		

(\*) Aspectos innovadores y diferenciales.

## 4. Farmacia

Uno de los objetivos de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia es 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 en la utilización de medicamentos incidiendo en el proceso de selección farmacoterapéutica, en la prescripción y en la correcta utilización de medicamentos por parte del paciente a través del seguimiento individualizado de su farmacoterapia.

La **selección farmacoterapéutica** en el ámbito hospitalario es realizada por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica y se refleja en la guía farmacoterapéutica, de obligado cumplimiento para cada centro hospitalario y para los centros de asistencia social con atención farmacéutica. Además en cada una de las áreas de atención primaria existe una Comisión de Farmacia y Terapéutica integrada por facultativos médicos y farmacéuticos de los dos niveles asistenciales, cuya misión es la elaboración, difusión, actualización, implantación y seguimiento de protocolos terapéuticos consensuados que contribuyen a una utilización eficiente y segura de los medicamentos.

Asimismo es fundamental conseguir una optimización del sistema de adquisición de medicamentos y productos sanitarios en los centros de la red del Sergas, por lo que durante el año 2005 se inició el Proyecto de Integración de Compras del Sergas.

Para conseguir una **prescripción farmacoterapéutica** coste-efectiva y segura se estableció el programa de fomento de la calidad en la prescripción, que se basa en el cumplimiento de indicadores de calidad de prescripción que implican las patologías de mayor prevalencia en atención primaria, los nuevos medicamentos y las especialidades farmacéuticas genéricas, para los médicos que prescriben en receta médica oficial. Con el fin de analizar el cumplimiento de los indicadores de calidad de prescripción previamente establecidos, los facultativos disponen de sus perfiles farmacoterapéuticos estructurados por los indicadores y por grupos terapéuticos, así como el análisis comparativo de su prescripción en relación a su servicio y área de atención primaria.

Otra medida fundamental es la creación de sistemas integrados de información electrónicos que permiten la configuración de la historia farmacoterapéutica única del paciente. La integración de todos los sistemas de información de los niveles asistenciales de atención primaria y especializada permite una gestión eficiente de los recursos farmacoterapéuticos y sirve de canal de comunicación para proporcionar a los profesionales sanitarios un soporte científico de racionalización de la prescripción de medicamentos.

En este sentido, en el año 2005 se comenzó el pilotaje del módulo de prescripción de IANUS (proyecto de historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud) en los centros de salud del área sanitaria de Ferrol.

El **seguimiento individualizado de la farmacoterapia** de los pacientes es realizado por los facultativos farmacéuticos integrados en los centros asistenciales.

- En atención primaria este seguimiento individualizado se realiza mediante la elaboración de la historia farmacoterapéutica de los pacientes, desarrollando distintos programas de atención farmacéutica especialmente dirigidos a pacientes cró-

nicos afectados por las patologías de mayor prevalencia y a pacientes polimedicados, con la finalidad de lograr un uso correcto de la farmacoterapia y una mayor adherencia al tratamiento. Además se complementa con el programa de homologación sanitaria de recetas médicas.

- En atención especializada se realiza en pacientes hospitalizados, a través del sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria y mediante los programas de dispensación de medicamentos al alta hospitalaria, así como en los residentes en centros de asistencia social en régimen de asistidos.
- En pacientes no hospitalizados se lleva a cabo a través de la dispensación de medicamentos y el desarrollo de programas de atención farmacéutica en consultas externas hospitalarias. Este seguimiento individualizado permite disponer de datos de consumo y gasto de medicamentos en los centros hospitalarios y residencias sociosanitarias.

El Servicio Gallego de Salud dispone de un sistema de información centralizado único en los servicios de farmacia hospitalaria, que permite el conocimiento y seguimiento del presupuesto asignado para cada centro hospitalario. La evolución global del gasto es desagregada en dos grandes bloques: pacientes hospitalizados y pacientes no hospitalizados. Estos últimos subdivididos en ambulatorios (hospital de día, hospitalización a domicilio, urgencias y diálisis ambulatoria) y externos (dispensación de medicamentos de uso hospitalario, prosereme, pacientes atendidos en centros concertados). Además se dispone de información acerca de los programas especiales hospitalarios, como leucemia mieloide crónica, dispensación de medicamentos al alta hospitalaria y dispensación de medicamentos en centros de asistencia social.

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/programa (fibrosis quística, hemofílicos, hepatitis C, nutrición enteral...).

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

En el año 2005 se sentaron las bases para la implantación de un nuevo aplicativo informático común para todos los hospitales de la red del Sergas, que contribuirá a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica hospitalaria. Este sistema de información centralizado precisa de una base de datos de medicamentos y productos sanitarios que permita el acceso de todos los profesionales sanitarios a información única, actualizada y completa, por lo que fue preciso la homogeneización de las bases de datos de medicamentos y productos sanitarios de todos los hospitales de la red del Sergas.

**Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005**

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

	Datos 2005		Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Número total de recetas	52.468.637	
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	6,73%	El denominador es «total recetas especialidades farmacéuticas».
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	734.949.583,38	
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	3,27%	El denominador es «total recetas especialidades farmacéuticas».
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el n.º de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	En el total de recetas dispensadas	3.190.674 recetas N05BA Derivados de la benzodiazepina. 2.319.611 recetas C10AA Inhibidores de la HMG COA reductasa. 2.255.251 recetas A02BC Inhibidores de la bomba de protones.	
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	869.889 recetas A02BC Inhibidores de la bomba de protones. 335.786 recetas C10AA Inhibidores de la HMG COA reductasa. 262.007 recetas C09AA Inhibidores de la ECAnonofármacos.	

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

En las fichas adjuntas se informa de los datos solicitados referidos al Servicio Gallego de Salud.

### Reflexión sobre la disponibilidad, necesidades, dificultades surgidas y mecanismos de superación desarrollados

La Consellería de Sanidad de la Comunidad Autónoma Gallega ha hecho un estudio de disponibilidad de facultativos para la próxima década. De acuerdo con dicho informe algunas especialidades serán deficitarias, tales como Alergología, Cardiología, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía General, Medicina Intensiva, Microbiología, Nefrología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neurofisiología Clínica y Urología.

Se va a abordar un Plan de Ordenación de Recursos Humanos que integre algunas medidas para abordar la cobertura de las necesidades.

Dentro de las acciones previstas están las ofertas de empleo para atraer a personal que quiera establecerse con vínculos fijos en las instituciones sanitarias del SERGAS, y realizar pruebas de acceso cada dos años.

Otra acción está dirigida a la promoción profesional como incentivo a los profesionales y como mecanismo para modernizar la administración sanitaria, conjugando los méritos del personal fijo en la actualidad con las expectativas del personal futuro.

Las dificultades vienen derivadas de la capacidad de formación de residentes y por el número de especialistas que cumplen la edad de jubilación. En el SERGAS está prorrogada con carácter general para todos los facultativos hasta los 70 años.

### Aspectos como la jornada laboral e impacto previsible de la jornada de 48 horas, disponibilidad de especialistas, los incentivos contemplados en los contratos de gestión, la política de permisos y sustituciones y en general todos aquellos asuntos en debate en la actualidad

La jornada ordinaria y la complementaria en guardias así como la especial con carácter general no está generando incidencias salvo en demandas muy concretas. Las incidencias se relacionan con la exención de los mayores de 55 años y la falta de personal para la cobertura de guardias.

Los contratos de gestión del SERGAS con los centros directivos contemplan incentivos ligados a objetivos.

Los permisos están regulados por un acuerdo sindical.

Las sustituciones se realizan con personal temporal y con personal fijo mediante intersustitución en el ámbito médico de primaria.

## Elementos clave: ¿cómo se planifica y gestiona la formación continuada?

La elaboración, desarrollo e implementación del Plan de Formación Continuada del Sistema Sanitario de Galicia, se sustenta en seis elementos fundamentales:

**1. Identificación de las necesidades de formación:** detección tanto de las necesidades sentidas por los profesionales (enfoque subjetivo) como de las necesidades «reales» (enfoque objetivo) de todos los colectivos y grupos, mediante un procedimiento factible y repetible periódicamente y capaz de analizar posibles barreras internas y externas.

Así, la Consellería de Sanidad, con la colaboración de la Universidad de Santiago (USC), iniciará en el presente mes de julio un trabajo de investigación para conocer mejor las demandas formativas de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, de las instituciones sanitarias del SERGAS, investigación que incorpora dos fases:

- 1.<sup>a</sup> de naturaleza cuantitativa: encuesta a través de entrevista personal.
- 2.<sup>a</sup> de naturaleza cualitativa ligada al análisis de tareas, mediante entrevistas en profundidad con personal directivo y grupos de discusión integrados por mandos intermedios.

**2. Definición de las áreas temáticas:** unidades de contenido en las que se divide el conjunto de actividades ofertadas en el Plan de Formación Continuada.

Se definen seis grandes bloques o parcelas exhaustivas, mutuamente excluyentes, independientes del puesto y categoría profesional y del origen de la formación. Proporcionan una visión de globalidad y facilitan al profesional la búsqueda de actividades por contenidos de desarrollo profesional. Será el objetivo de la actividad (o finalidad precisa a alcanzar por sus receptores) el elemento que determine su inclusión en una de las siguientes áreas:

- I. Asistencia sanitaria
- II. Prevención y promoción de la salud
- III. Comunicación y atención al usuario
- IV. Administración, gestión y dirección de las organizaciones sanitarias
- V. Gestión del conocimiento en la organización
- VI. Tecnología

**3. Participación de las diferentes unidades de la administración sanitaria y de las gerencias de los centros asistenciales:** tanto en el planteamiento de propuestas formativas, como

en la programación, implementación, difusión y seguimiento de las actividades que integren el plan.

**4. Planificación de la formación continuada que garantice simultáneamente la capacidad de respuesta ante necesidades cambiantes y eficiencia de la formación financiada con fondos públicos:** Esto implica coordinar y ordenar las acciones de formación en función de las necesidades del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma, lo que obliga a un análisis previo y pormenorizada de las propuestas procedentes de las unidades y centros, que será realizada en base a los criterios de inclusión de actividades en el Plan de Formación Continuada del Sistema sanitario de Galicia.

4.1. Pertinencia de la actividad formativa: en función de:

- 4.1.1. Relación con el Plan de Salud 2006-2009.
- 4.1.2. Orientación a las directrices de la Política Sanitaria de Galicia para el período 2005-2009.
- 4.1.3. Importancia de la actividad formativa para la unidad proponente, que su vez vendrá determinada por la justificación y/o necesidad a la que responde la actividad para la unidad que la propone y el nivel de prioridad que le es otorgado por ésta.

4.2. Identificación de déficit de formación y detección de propuestas innecesarias, redundantes o duplicadas injustificadamente, en base a:

- 4.2.1. El área temática.
- 4.2.2. Objetivo de la actividad formativa.
- 4.2.3. Características de los destinatarios:
  - Profesión.
  - Tarea, actividad y/o puesto de trabajo de los receptores de la formación, que los configura como destinatarios de la misma.
- 4.2.4. Número de ediciones consideradas necesarias para cubrir los objetivos y justificación en caso de propuesta de más de una edición.

**5. Programador docente:** como elemento clave de la calidad y seguimiento de las actividades, cuyas funciones deben ir mas allá del diseño, manteniendo un papel activo durante la ejecución de la actividad y concluyendo tras la recepción de la evaluación de proceso con la identificación de áreas de avance y propuesta de medidas correctoras.

**6. Evaluación del proceso,** mediante indicadores como proporción de alumnos admitidos y de alumnos que finalizan el curso, calidad y satisfacción de discentes y docentes, porcentaje de cursos aplazados, suspendidos, con menos de la mitad de las plazas cubiertas y con incidentes o no conformidades.

Para la actividad realizada durante y a partir el 2006 estos indicadores se calcularán trimestralmente por curso, por unidad proponente y para el total de actividades realizadas

en ese período, evaluándose además anualmente las no conformidades y el porcentaje total de cursos acreditados.

## Indicadores utilizados para el seguimiento y evaluación de los programas formativos

- Indicadores por curso y para el total de actividades con frecuencia trimestral:
  - Alumnos admitidos/solicitudes recibidas
  - Alumnos que completan el curso/alumnos admitidos
  - Opinión y satisfacción global de los alumnos en relación al curso/ mejor evaluación posible
  - Opinión y satisfacción global de los alumnos en relación a los ponentes/mejor evaluación posible.
  - Evaluación de los ponentes del curso/ mejor evaluación posible
  
- Indicadores por programa, por área temática, por lugar de realización, por modalidad (presencial o a distancia) con frecuencia trimestral:
  - Cursos aplazados/total de cursos programados
  - Cursos suspendidos/total de cursos programados
  - Cursos con menos del 50% de las plazas cubiertas/total de cursos programados
  - Cursos con incidencias o no conformidades/total de cursos programados
  
- Indicadores por programa, por área temática, por lugar de realización, por modalidad (presencial o a distancia) con frecuencia anual:
  - Evaluación temporal de no conformidades
  - Cursos acreditados/total de cursos programados

### **¿Se llevan a cabo encuestas de satisfacción al personal? Fecha de la última y síntesis de resultados más importantes.**

Se utilizan tres cuestionarios estándar para evaluar la opinión y satisfacción de los usuarios:

- 1.º Opinión y satisfacción de los usuarios sobre distintos aspectos del curso.
- 2.º Opinión y satisfacción de los usuarios sobre distintos aspectos de los relatores
- 3.º Opinión y satisfacción de los relatores sobre distintos aspectos de los alumnos y de la organización de la Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).

Estos cuestionarios se efectúan para cada una de las actividades de Plan de Formación Continuada del Sistema Sanitario de Galicia. Los datos globales más recientes son los referidos al año 2005, cuya síntesis es:

- 1.º Satisfacción media de los alumnos con las actividades formativas recibidas es de 8,24 sobre 10.
- 2.º Satisfacción media de los alumnos con los relatores (docentes) de las actividades formativas recibidas es de 8,24 sobre 10.
- 3.º En cuanto a la opinión de los relatores cabe señalar que la participación del alumnado es valorada con un 4,25 sobre 5.

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005**

Organización de la formación continuada	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)			
Institución u Organismo específico	Sí	FEGAS (Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria).	Creada por acuerdo del Consello de la Xunta (19/12/97). Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (Art. 156-158). Convocatoria anual de cursos de formación publicados en DOG.	Fundación Pública.			
Otro Sistema (especificar)							
<b>Edad</b>							
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>&lt;30 años</b>	<b>30-50 años</b>	<b>&gt;50 años</b>	<b>Totales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Número de Profesionales en Atención Primaria</b>							
Medicina familiar y comunitaria	1.336	1.263	175	1.729	695	<b>2.599</b>	
Pediatría A.P.	138	201	30	172	137	<b>339</b>	
Enfermería	495	2.086	635	1.381	565	<b>2.581</b>	
Auxiliar Enfermería	13	428	32	230	179	<b>441</b>	
Matrona	41	230	0	181	90	<b>271</b>	
Farmacía	14	55	1	67	1	<b>69</b>	
Psicología Clínica	12	10	0	11	11	<b>22</b>	
Otros profesionales sanitarios	111	232	46	259	38	<b>343</b>	
Otros profesionales no sanitarios	902	1.727	159	2.041	429	<b>6.665</b>	
	<b>3.062</b>	<b>6.232</b>	<b>1.078</b>	<b>6.071</b>	<b>2.145</b>	<b>13.330</b>	
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria	95,8%						
<b>Número de Profesionales en Atención Especializada</b>							
Medicina	2.500	1.994	649	2.480	1.365	<b>4.494</b>	
Enfermería	757	6.623	1.328	4.599	1.453	<b>7.380</b>	
Auxiliar de Enfermería	121	5.424	431	3.659	1.455	<b>5.545</b>	
Otro personal sanitario	250	1.593	190	1.266	387	<b>1.843</b>	
Personal no sanitario vinculado	2.178	4.237	211	4.312	1.892	<b>6.415</b>	
	<b>5.806</b>	<b>19.871</b>	<b>2.809</b>	<b>16.316</b>	<b>6.552</b>	<b>25.677</b>	

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Totales	Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años		
<b>Número de profesionales por especialidades médicas</b>							
(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)							
Alergología	9	15	4	17	3	24	
Análisis Clínicos	63	102	12	84	69	165	
Anatomía Patológica	44	44	7	48	33	88	
Anestesiología y Reanimación	140	182	64	181	77	322	
Angiología y Cirugía vascular	32	19	12	28	11	51	
Aparato Digestivo	69	25	15	52	27	94	
Cardiología	105	37	23	77	42	142	
Cirugía Cardiovascular	18	2	4	7	9	20	
Cirugía General y del aparato digestivo	164	52	17	95	104	216	
Cirugía Maxilofacial	12	7	4	12	3	19	
Cirugía Pediátrica	26	10	2	23	11	36	
Cirugía Plástica y Reparadora	23	12	8	16	11	35	
Cirugía Torácica	6	11	2	12	3	17	
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	40	28	15	31	22	68	
Endocrinología y nutrición	28	29	12	29	16	57	
Estomatología						0	
Farmacología clínica	2	1	1	0	2	3	
Geriatría	9	11	5	14	1	20	
Hematología y Hemoterapia	36	62	15	45	38	98	
Inmunología	5	5	0	6	4	10	
Medicina Intensiva	65	54	17	64	38	119	
Medicina Interna	163	126	41	178	70	289	
Medicina Nuclear	7	3	2	4	4	10	
Medicina Preventiva y Salud Pública	21	27	10	28	10	48	

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Totales	Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años		
Microbiología y Parasitología	16	42	4	33	21	58	
Nefrología	38	28	11	32	23	66	
Neumología	55	25	11	42	27	80	
Neurocirugía	29	9	6	20	12	38	
Neurofisiología Clínica	23	14	2	14	21	37	
Neurología	39	37	11	49	16	76	
Obstetricia y Ginecología	122	113	29	103	103	235	
Oftalmología	93	70	23	79	61	163	
Oncología Médica	25	27	16	32	4	52	
Otorrinolaringología	75	37	17	52	43	112	
Psiquiatría	108	79	34	101	52	187	
Radiodiagnóstico	114	122	23	140	73	236	
Rehabilitación	27	33	15	24	21	60	
Reumatología	26	9	6	24	5	35	
Traumatología y Cirugía ortopédica	190	36	34	103	89	226	
Urología	78	9	7	41	39	87	
Otras especialidades	355	440	108	540	147	795	
	<b>2.500</b>	<b>1.994</b>	<b>649</b>	<b>2.480</b>	<b>1.365</b>	<b>4.494</b>	

## 6. Investigación

A continuación se detallan los proyectos desarrollados durante el año 2005, aunque cabe señalar que no han finalizado sino que continúan su desarrollo en el presente año.

**Apoyo á las estructuras de investigación cooperativa.** Evaluación de las redes temáticas de investigación 2003-2005. Planificación de la I Jornada de investigación en biomedicina, realizada en enero de 2006, para presentación de actividad de los grupos gallegos e información de las iniciativas a desarrollar para la mejora de calidad de la investigación.

**Plan Galego de Investigación, Desenvolvemento e Innovación Tecnolóxica (PGIDIT) 2006-2010.** Por primera vez se incorpora no PGIDIT un área específica: Biomedicina e Ciencias da Saúde. Incluye: definición de las temáticas prioritarias, los objetivos para el período de vigencia del Plan, las herramientas y forma de gestión del mismo y la colaboración y articulación de las actividades de I+D+i. Esta área da énfasis especial a la investigación multidisciplinaria, cooperativa, con consideración específica a la investigación en atención primaria y enfermería, orientándola a las necesidades de salud de la población a partir del Plan de Salud de Galicia.

Contempla convocatorias competitivas dirigidas a potenciar recursos humanos; financiar infraestructuras, sobre todo para uso compartido; desarrollo de proyectos de investigación; acciones de difusión.

### **Programa de Estabilización de Investigadores en el Servizo Galego de Saúde**

Convenio de colaboración entre la Consellería y el Instituto de Salud Carlos III para 2006, con el objetivo de incrementar la capacidad investigadora de los centros sanitarios orientándola a la excelencia. Se permite por el citado convenio la incorporación estable de investigadores «senior» al sistema sanitario.

**Programa de Intensificación de la Actividad Investigadora en el Servicio Gallego de Salud.** Convenio de colaboración entre la Consellería y el Instituto de Salud Carlos III para 2006. Se trata de un nuevo programa orientado a promover la intensificación de la actividad investigadora de los facultativos con actividad asistencial; tras la oportuna selección, se incluyen en este programa dos profesionales de los Complejos Hospitalarios Universitarios de Santiago y de Vigo.

**Oficina de apoyo a la investigación.** Esta nueva estructura, creada para facilitar la participación de los grupos investigadores en las convocatorias, forma parte de la Subdirección General de Docencia e Investigación. Sus principales objetivos son aumentar la competitividad y procurar la mayor calidad de los proyectos que se desarrollen.

**Gestión de la información en docencia e investigación en la intranet corporativa de la Consellería.** Creación de un espacio en la Intranet corporativa que reúne y estructura toda la información de interés en estas áreas y mantenga la actualización de contenidos. El objetivo final es la mejora en la accesibilidad de los profesionales a la información y la eficiencia en su uso. Se plantea también como una herramienta de difusión de los resultados de investigación, tanto al ámbito profesional como a la sociedad.

**Gestión de los proyectos de investigación solicitados en convocatorias competitivas.** Durante el año 2005 se ha apoyado la presentación de proyectos de investigación a convocatorias de financiación competitivas, tanto convocatorias FIS como de Fondos Europeos o convocatorias Autonómicas. El número de proyectos financiados se detalla en la Tabla 6.

**Introducción de la práctica sanitaria basada en la evidencia.** Se cuenta con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Avalia-t) que desarrolla guías de práctica clínica y asesora a los centros sanitarios en temas relacionados. Así, está elaborando las siguientes guías:

- Guía de práctica clínica de la hernia inguino-crural.
- Guía de práctica clínica sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento del hipotiroidismo congénito.

Se ha establecido un Convenio específico de colaboración con el Instituto Carlos III y la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria (Fegas) para el desarrollo de un programa de detección de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes (5 de Agosto de 2005).

Cabe señalar además que la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Avalia-t) desarrolló en el año 2005 los siguientes proyectos financiados por el Instituto de Salud Carlos III:

- Efectividad diagnóstica, seguridad y utilidad clínica de la cápsula endoscópica en el diagnóstico de diferentes patologías del intestino delgado. Expediente n.º: 04/90017.
- Radioterapia de intensidad modulada. Expediente: 03/10036.

## Balance

Existe una creciente actividad en materia de investigación en salud en la Comunidad Autónoma de Galicia, con una participación en proyectos que se hace mayor, grupos de investigadores en los centros sanitarios de una trayectoria consolidada y una producción científica que sitúa a Galicia en el 5.º lugar entre las CC.AA. de España (estudio de J Camí).

A pesar de ello, los grupos de investigación aún tienen una organización muy fragmentada, con dificultades para incorporar a investigadores «senior» por la falta de una carrera investigadora establecida y para un trabajo cooperativo entre diferentes instituciones. Por otra parte, existen importantes diferencias entre centros y una escasa participación de atención primaria o enfermería en la actividad investigadora.

## Principales retos

Se plantean los siguientes retos en materia de investigación en salud:

- Definir el mapa de investigación en biomedicina y ciencias de la salud de Galicia. Actualmente en desarrollo, permitirá el conocimiento actualizado de los recursos y líneas de actuación que se desarrollan y facilitará la cooperación interinstitucional y multidisciplinaria. Se trata de un elemento básico para la identificación de fortalezas y necesidades y para la planificación de las acciones de fomento de la investigación.
- Establecer una carrera investigadora adecuada a las características del sistema sanitario que permita a los especialistas que finalizan su formación incorporarse a la misma y al tiempo atraer a investigadores senior que trabajan fuera de Galicia.
- Potenciar las líneas de investigación orientadas a los problemas de salud más prevalentes. En el PGIDIT 2006-2010 se detallan las áreas prioritarias de investigación en salud, que están en consonancia con las necesidades identificadas en el Plan de Salud de Galicia; las convocatorias de financiación y el apoyo a los grupos de investigadores se orientarán al desarrollo de estas áreas para responder a las necesidades de la población.
- Consolidar un sistema de gestión de los ensayos clínicos que se realizan en los centros sanitarios. Esto supone disponer de un procedimiento unificado de información y gestión que haga más eficiente la participación de los centros sanitarios en este tipo de estudios.
- Favorecer la colaboración con la empresa para que los resultados de investigación tengan el necesario desarrollo en innovación. En estos momentos la participación empresarial es escasa, por lo que el desarrollo industrial de los resultados de investigación suele hacerse fuera de Galicia lo que supone pérdida en capacidad productiva.
- Establecer un sistema de seguimiento y evaluación dirigida a las acciones de investigación. Para ello se está trabajando con un grupo de expertos en la definición de indicadores que permitan una evaluación tanto del proceso como de los resultados obtenidos por las actividades de investigación, con especial atención al desarrollo de indicadores de impacto de estos resultados en la modificación de la práctica clínica.

**Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	Sí	Avalia-T	Dependiente de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria	Se detalla su actividad en el texto correspondiente al punto 6
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	Sí	Universidad/Sergas	Institución Pública con personalidad Jurídica	Convenios de colaboración entre Sergas y las tres Universidades Gallegas
		Genómica	Fundación Pública	Dentro de la Plataforma Fundación genoma España
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	1		Se trata de un CEIC para toda la Comunidad Autónoma.
Proyectos de Investigación financiados por FIS	Sí	64		El cómputo incluye las convocatorias de proyectos FIS de los años 03,04 y 05. Se contabiliza las convocatorias de Evaluación Tecnológicas Sanitarias.
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	Sí	3*		* Uno a través de la Fundación MGEN for Public Health (Agencia francesa).
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	Sí	61		En el cómputo no se han contabilizado las ayudas de incentivos a otros programas, que suponen un total de 51 incentivos. Si se consideran en el cómputo el n.º ascendería a 112 (61+51). Se han computado proyectos vigentes en 2005.
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	Sí	517		517 EE.CC. activos en el año 2005. Si se hace referencia únicamente a los iniciados en el 2005 serían 117.

## 7. Sistemas de información sanitaria

La información sanitaria es un elemento básico en la garantía de la equidad y en la mejora de la efectividad y eficiencia del Sistema Sanitario de Galicia. A medida que la información tiene un mayor peso en la toma de decisiones, surge la necesidad de contar con un plan de desarrollo y reestructuración en profundidad de los sistemas de información, a fin de contar con información pertinente y de buena calidad que apoye la evaluación de los programas sanitarios en el ámbito de la salud pública y de la asistencia sanitaria. Por ello, la Consellería de Sanidad han establecido las siguientes medidas:

1. Integración de la información sanitaria en un proyecto único que coordina la estructura básica del sistema de información del sistema sanitario de Galicia, su normalización, su mantenimiento y explotación.
2. Establecimiento de medidas tendentes a garantizar una mayor calidad en la información que se elabora y difunde:
  - Despliegue de los Sistemas de Análisis orientados a la toma de decisiones en planificación y gestión a través de cuadros de mandos. Los denominados SIAC's, integran 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.
  - Gestión de los datos del Sistema Sanitario de Galicia (CMBD, SISINFO) y de las obligaciones legales existentes (ESCRI, Catálogo de hospitales).
  - Mejora del grado de coherencia entre las bases de datos y su normalización (normalización del sistema de información y control de la demanda de actividad programada de hospitalización, cirugía y salas, en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud; integración de bases de datos; normalización de los sistemas de codificación)
  - Formación continuada en metodología de análisis de la información sanitaria.
  - Medidas de carácter interno orientadas a consolidar los procedimientos de recogida, análisis e difusión existentes.
  - Revisión de las clasificaciones, definiciones y conceptos, a fin de incrementar la coherencia en todas las bases de datos.
3. Consolidación de un Sistema de Información robusto, accesible e interoperable, en el que se apoyan las líneas estratégicas de la Consellería y como herramienta impulsora de nuevos modelos organizativos, sustentado en las siguientes líneas maestras en cuanto a las tecnologías:
  - Profesionalización de las funciones relacionadas con la 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 sanitarios.
4. Otro 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 de la Consellería de Sanidad. Esta red interconecta 30 hospitales y 197 centros de salud y dispone de un ancho de banda total de 1,66 Gb. Por otra parte, el soporte a los sistemas operativos se garantiza las 24 horas al día los 365 días del año.
5. Desarrollo de aplicaciones que facilitan la gestión por procesos y la gestión de pacientes en el entorno asistencial, facilitando la interacción de los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado de la salud:
- IANUS constituye un proyecto estratégico, que hace realidad el concepto de historia clínica electrónica. La historia clínica es el instrumento básico sanitario del médico que presta asistencia, ya que le permite disponer de una visión completa y global del paciente. La historia clínica electrónica permite integrar y estructurar toda la información sanitaria, lo cual contribuirá a mejorar la efectividad y seguridad de la atención, facilitará la atención continuada del paciente y abrirá nuevas posibilidades de atención por vía telemática.
  - La prescripción electrónica.
  - Los proyectos de digitalización de la imagen médica.
  - La gestión de los cuidados de enfermería para la mejora de los cuidados asistenciales del paciente, personalizando su atención y orientándola hacia sus necesidades.
  - La implantación de Telemedicina en dermatología, oftalmología y radiología.
  - La descentralización del tratamiento anticoagulante oral.
6. Desarrollo de servicios «on-line» de comunicación interactiva con el ciudadano a través de Internet:
- Portal informativo.
  - Trámites de tarjeta sanitaria.
  - Cambio de médico.
  - Cita médica en atención primaria.
  - Guía de servicios personalizados.
  - Sugerencias y reclamaciones.
  - Carné de donante.
7. 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.

8. Otra de las líneas de trabajo en las que se viene desarrollando un esfuerzo importante en los últimos años es en el campo de la Salud Pública. Los fundamentales son REGAT (Registro Gallego de Tumores) y 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 información sanitaria. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	NO				(*)
(*) Los datos sanitarios se procesan en la Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información, dependiente de la Secretaría General de la Consellería de Sanidade. Existe un Instituto Gallego de Estadísticas (IGE), en el que se recogen datos sanitarios aportados por la Consellería de Sanidade.					
<b>Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en &gt;16 años</b>					
		Año(s) en que se ha realizado	Porcentaje hombres		Porcentaje mujeres
	Sí/no		Bueno	Muy bueno	Bueno
Encuestas de Salud (CC.AA.)	Sí	2001	59,4	13,0	51,0
	Sí	2005	66,4	19,5	66,7
					15,4

## 8. Calidad

Dentro de los planes de calidad llevados a cabo en la Consellería de Sanidad a través de la División de Asistencia Sanitaria, consideramos más relevantes los proyectos puestos en marcha para la fijación de objetivos estratégicos en todos los Centros de la red asistencial del Sergas, así como el proceso establecido y los instrumentos de gestión y seguimiento de las listas de espera en la red pública que pasamos a resumir:

### El Plan de Objetivos Estratégicos 2005

El Plan de Objetivos Estratégicos (POE) desarrollado por el SERGAS para el año 2005, pretende plasmar las líneas maestras de lo que será su actividad asistencial para el referido año. Así, el Plan de Objetivos Estratégicos (POE) del año 2005 trata de establecer, desde un marco de respeto a la autonomía de los centros asistenciales, unos indicadores básicos y precisos que definan la prestación de una asistencia sanitaria de calidad, gratuita, equitativa y que garanticen su prestación en un tiempo adecuado.

Contiene las siguientes áreas asistenciales:

- Área de consultas externas.
- Área de Hospital de día.
- Área de Urgencias.
- Área de Hospitalización con ingreso.
- Área de hospitalización a domicilio.
- Objetivos generales de la Organización.
- Farmacia.

Cada área está sometida a una definición de la actividad autorizada de producción financiable, medida por UPH.

Así mismo se establecen una serie de moduladores de la actividad y de la financiación, y unos objetivos específicos que estarán englobados en cada uno de los siguientes apartados:

#### 1. Calidad

- Gestión de las reclamaciones y quejas de los usuarios.
- Disponibilidad de sistemas de información, de cara a los usuarios.
- Puesta en marcha de un Plan Global de Gestión de la Calidad.
- Elaboración, desarrollo y evaluación de una encuesta de satisfacción de los usuarios.
- Desarrollo de Planes de Humanización en alguna de las áreas hospitalarias.

#### 2. Coordinación asistencial.

#### 3. Sistemas de información

## Gestión de listas de espera

El SERGAS estableció diversos instrumentos para llevar a cabo la verificación de que el acceso de los usuarios al sistema sanitario público y las prestaciones sanitarias necesarias sean dispensadas en unos plazos determinados, y de este modo cumplir con la finalidad de garantizar la calidad, accesibilidad y tiempo de acceso al sistema sanitario.

Con carácter quincenal, desde la División de Asistencia Sanitaria, se realiza un seguimiento de la evolución de las Listas de Espera Quirúrgica, tanto de la cirugía con hospitalización como de la cirugía mayor ambulatoria, en todos los centros hospitalarios del Sergas, Fundaciones Públicas Hospitalarias y centros con conciertos singulares como Policlínico de Vigo S.A. (Povisa).

Con carácter mensual, se realiza una evaluación de las Listas de Espera de Consultas externas tanto de las consultas de enfermedad como de las de salud, desglosadas por consultas iniciales y sucesivas.

En estas evaluaciones se analizan, entre otros, los siguientes datos tanto para la Lista de Espera Quirúrgica como la de Consultas Externas:

- Tiempo medio de espera de los pacientes en Lista de Espera.
- Total de pacientes en Lista de Espera, desglosada por tramos.
- Entradas en el registro de pacientes
- Salidas del registro de pacientes

Se lleva a cabo también el seguimiento por servicio quirúrgico de los pacientes de entrada y salida en registro, tanto de hospitalización quirúrgica como de cirugía ambulatoria en quirófano.

También con periodicidad mensual, la División de Asistencia Sanitaria realiza reuniones con los gerentes de los hospitales, gerentes de atención primaria y directores provinciales del Sergas con el fin de evaluar la evolución de las listas de espera en cada ámbito asistencial.

## Experiencias de éxito a destacar

### 8.1. Bioseguridad y minimización de infecciones nosocomiales

Se detallan los objetivos, actividades y evaluación prevista del **Plan de minimización de riesgos microbiológicos en el medio hospitalario de Galicia (PLAMIRMIHGA)**.

#### Antecedentes

La enfermedad infecciosa hospitalaria representa un importante problema de salud. Se estima que aproximadamente entre el 5 e el 10% de los pacientes hospitalizados adquieren una Infección nosocomial (IN), y que se pueden evitar aproximadamente un tercio de ellas mediante la aplicación de prácticas de control adecuadas. Pero la implantación, difu-

sión y mantenimiento de estas prácticas no es sencilla, por estar sometidas constantemente a revisión científica; por depender de un sistema de vigilancia que permita, entre otros objetivos, detectar rápidamente los problemas; y porque necesita una importante implicación del hospital en su conjunto, implicación que tiene que quedar reflejada en la organización del hospital.

En 1999, la Consellería de Sanidade elaboró el «Plan de minimización de riesgos microbiológicos en el medio hospitalario de Galicia» (PLAMIRMIHGA).

Con este plan se pretendía «proteger al paciente, al personal sanitario, a los visitantes y a quien tenga relación con el medio sanitario, de los riesgos derivados de la acción de microorganismos en los hospitales gallegos»; el «Plan Operativo de Minimización de Riesgos Microbiológicos Hospitalario», presente en los hospitales estaría integrado por los elementos siguientes:

- Comisión de infección hospitalaria y política antibiótica.
- Sistema de vigilancia.
- Dotación de personal y medios, que contempla la creación del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de la infección nosocomial.
- Medidas de prevención y control, pensadas como protocolos que los propios hospitales desarrollan siguiendo las directrices de las Guías elaboradas.
- Formación continuada del personal.
- Sistema de aseguramiento de la calidad.

## Resultados 1999-2005

Planteado el plan Plamirmihga como un conjunto de planes hospitalarios que cuenta con un sistema organizativo de referencia en el hospital, sistema de referencia para elaborar sus propios protocolos de vigilancia y control (las Guías), un sistema externo de evaluación (las auditorías) y prevé la formación continuada del personal.

El desarrollo del Plan permitió poner en marcha un gran número de actividades entre las que destacan:

(*Elaboración documental* publicada en la página web del SERGAS, <http://www.sergas.es>)

### 1. Componentes del Plan

- Plan de Minimización de Riesgos Microbiológicos no medio hospitalario de Galicia,
- Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial de Galicia
- Comisión de Infección Hospitalaria y Política Antimicrobiana de los hospitales de Galicia.
- Sistema de evaluación del Plan de Minimización de Riesgos Microbiológicos de los hospitales de Galicia.
- Manual que se utiliza en la realización de las auditorías de evaluación.

## 2. Guías de prevención y control de enfermedades transmisibles

- Guía de actuación para la implantación de un plan DDD no medio hospitalario.
- Guía para la gestión do sistema de información de vigilancia epidemiológica no medio hospitalario.
- Guía de actuación para a implantación de un plan de gestión de residuos sanitarios no medio hospitalario.
- Guía de procedimientos de limpieza no medio hospitalario
- Guía de procedimientos de esterilización no medio hospitalario.
- Guía de recomendaciones de actuación urgente tras la exposición ocupacional a patógenos de transmisión sanguínea no medio hospitalario.
- Guía de prevención e control de la tuberculosis no medio hospitalario.
- Guía para el control de la calidad del agua de consumo no medio hospitalario.
- Guía de recomendaciones de prevención e control das encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH) no medio hospitalario.
- Guía de procedimientos de desinfección en el medio hospitalario
- Guía de procedimientos para o control higiénico-sanitario das lavanderías do medio hospitalario
- Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria. Plan de análisis de peligros y puntos de control crítico

**Grado de implantación en los hospitales:** 2 auditorias realizadas evaluando diferentes guías.

**Formación:** *Cursos de formación:* 10 ediciones del curso «infección nosocomial» y cuatro ediciones del curso de formación de «auditores de instituciones sanitarias: auditorías do Plan de Minimización de Riscos Microbiolóxicos dos hospitais de Galicia».

**Ámbito:** Las actividades formativas y el Plan se llevaron a cabo con la participación de todos los hospitales de la red pública de Galicia.

### 8.2. Proyecto Aprovisio

El Servicio Gallego de Salud pretende establecer las bases para el avance continuo de la calidad en los servicios de aprovisionamientos/suministros de los hospitales y centros de atención primaria por tratarse de un área de gestión de importancia capital en la gestión de los centros sanitarios al tener que considerar:

- 1) Su relación tanto con el ámbito externo (proveedores y mercado de productos sanitarios con el marco normativo que lo regula) como con el ámbito interno (unidades asistenciales y pacientes).
- 2) La implicación de procesos diversos desde las compras a los consumos, pasando por el almacenamiento, distribución y control de calidad de productos destinados a la actividad asistencial.

La eficiencia de este ciclo completo le da carácter estratégico al área de compras y aprovisionamientos, por lo que el impacto es claro, directo y fácilmente medible en cuanto al

logro de la eficiencia del centro, donde hablar de gestión eficiente implica, necesariamente, hablar de compra eficiente, y por lo tanto, impacto también directo en el logro de objetivos de calidad de servicio prestado. Con este enfoque, el Sergas estableció una política integral de aprovisionamiento para sus Centros, dotándolos de modernas herramientas de gestión tales como:

- Manual de Organización de los Servicios de Compras y Suministros.
- Aplicación informática de Compras y Suministros en todos los centros.
- Módulo informático común para gestión de depósitos (implantes).
- Catálogo Central de productos.
- Pliegos tipo de cláusulas administrativas particulares.
- Módulo de gestión de expedientes de contratación.
- Módulo de gestión del inmovilizado (Inventario inmovilizado).
- Intercambio electrónico de datos con los proveedores, EDI por internet.
- Código de barras para automatización de la distribución interna (en almacenes centrales y periféricos).

De esta forma, se dota la organización de una idea directriz en la que se enmarquen estas herramientas de avance y las futuras que vengan. La gestión de la calidad supone un marco excelente para las mismas.

Por otra parte, servirá de estímulo para que los centros incorporen estas herramientas dentro de este marco general.

El proyecto de certificación de la calidad, según la ISO 9000, de las unidades de Aprovisionamientos/Suministros en los centros sanitarios del Servicio Gallego de Salud dota de una idea directriz clara a todo el proceso hasta ahora enfocado, idea que puede extenderse en el tiempo ya que la fase siguiente de cualquier proceso de implantación de un sistema de garantía de la calidad es la elaboración y ejecución de proyectos de mejora.

El proyecto está publicado en la página web del SERGAS, <http://www.sergas.es>

### 8.3. Premio EFQM a la actividad docente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago ha seguido el modelo **EFQM**, como instrumento para mejorar su actividad docente.

Se convirtió en mayo de 2005, en la primera organización sanitaria española en recibir el **Sello de Calidad Europeo**, al Programa de Formación Especializada, concedida por el Llod's Register Quality Assurance, tras año y medio de análisis de la actividad de residentes, tutores, facultativos y colaboradores de la docencia.

Este plan de formación contempla el progreso en la docencia a partir de la autoevaluación, el análisis periódico de situación de cada residente, la motivación o el fomento del sentido de pertinencia a la organización.

## 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 de salud de Galicia**

	Galicia (2002)	Galicia (2003)
Esperanza de vida al nacer	80,61	80,09
Esperanza de vida a los 65 años	20,00	19,74
Mortalidad infantil	4,63	3,87 (*)
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	0	0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Cifras provisionales (Las cifras definitivas del Movimiento Natural de Población están clasificadas por el lugar de residencia del suceso demográfico, en tanto que las provisionales, por el lugar de inscripción.)

### Indicadores de morbilidad

La evolución de las patologías como el sida o la tuberculosis muestran una marcada tendencia descendente desde el año 1996, año de nuestra 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.

	Galicia (2004)	Galicia (2005)
Tasa incidencia sida	42,2	25,3
Tasa incidencia tuberculosis	37,9	37,7

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 enfermedad invasiva por HiB entre otras.

Casos por cien mil	Galicia (2004)	Galicia (2005)
Tasa incidencia sarampión	0	0
Tasa incidencia hepatitis B	1,31	1,48
Tasa incidencia enfermedad invasiva por HiB (menores de 5 años)	2	0

## 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, 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 de 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

Galicia aprobó la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

En esta Ley se regula:

- El **consentimiento informado** entendido como el derecho del paciente a obtener información y explicación adecuadas sobre la naturaleza de su enfermedad, y el balance entre los efectos de ella y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

- Las **voluntades anticipadas**. Documento por el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar su voluntad. Se establece el procedimiento a seguir.
- La **historia clínica** que se configura como un conjunto de documentos de carácter jurídico asistencial que posibilita el derecho de los ciudadanos a la disponibilidad de la información contenida en las historias clínicas y su adecuada utilización, asegurando el obligado respeto a las exigencias de confidencialidad y secreto y el uso de estas por el personal sanitario para unos fines específicos que, con las debidas cautelas, justifican el acceso por parte del personal autorizado.

Con posterioridad, se aprobó la Ley estatal 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta Ley nos obligó a adaptar la normativa autonómica a los requisitos básicos establecidos en la Ley estatal. Fruto de esta adaptación es la **Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes**.

La adaptación comprende varios aspectos:

- Cambia la definición de consentimiento informado, tomando el de la norma estatal.
- Se mencionan expresamente los derechos del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, y a negarse al tratamiento.
- La autonomía del paciente no se circunscribe solo a una asistencia actual, sino que también se proyecta en el tiempo, de tal modo que, en previsión de que pueda encontrarse en una situación futura en la que no pueda expresar su voluntad, pueda dictar previamente instrucciones respecto a los cuidados y al tratamiento de su salud o, si es el caso, al destino de su cuerpo y órganos tras el fallecimiento.
- Se modifica el término voluntades anticipadas por **instrucciones previas**, estableciéndose la libre revocación en cualquier momento.
- Se le da un papel más activo en relación al derecho a la información y al consentimiento a los denominados «**menores maduros**».
- Se prevé el estado de «**necesidad terapéutica**» como supuesto de restricción de la información en interés del paciente.
- Se establece que el titular del derecho a la información es el paciente. Se admite la renuncia del paciente a recibir información, pero limitada aquella por el interés de su salud, de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso.
- Respecto a la historia clínica, la principal modificación pasa por una determinación de datos que serán los mínimos que la constituyan, subrayándose la necesidad de que conste la identificación de los médicos y demás profesionales que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
- Se establece el derecho del paciente al acceso a la documentación de la historia clínica. Además podrá ejercitarse por representante debidamente acreditada. Por último se hace referencia a los supuestos de acceso a la historia clínica por terceros.

## Participación de pacientes y de la comunidad

La participación de la ciudadanía se establece como principio general en la **Ley 7/2003 de 9 de diciembre, de ordenación sanitaria de Galicia**, como un derecho a participar en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida o al bienestar general y, en concreto, en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

Se crean os siguientes órganos de participación comunitaria:

- **El Consejo Gallego de Salud.** Es el principal órgano colegiado de participación en el sistema sanitario de Galicia al que le corresponde el asesoramiento a la Consellería de Sanidad en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución. Composición: 6 vocales en representación de la Administración sanitaria, Doce vocales en representación de los ciudadanos a través de las entidades locales, ocho vocales en representación de las organizaciones sindicales, ocho en representación de las organizaciones empresariales, seis por los consumidores y usuarios, seis por los colegios profesionales sanitarios: médicos, farmacéuticos, diplomados en enfermería, veterinarios, psicólogos y trabajadores sociales; dos en representación de las reales academias radicadas en Galicia con fines sanitarios: Real Academia Gallega de Medicina y Cirugía y Real Academia Gallega de Farmacia.
- **El Consejo Asesor del Sistema Sanitario de Galicia.** Es un órgano no colegiado de consulta y asesoramiento de la Consellería de Sanidad. Integrado mayoritariamente por profesionales del sistema sanitario gallego.
- **Comisiones de participación ciudadana.** Son órganos colegiados de naturaleza consultiva a través de los que se anticua la participación ciudadana en el seno de las áreas sanitarias. Composición: entidades locales comprendidas en el área sanitaria, asociaciones vecinales con actuación en el ámbito del área sanitaria, organizaciones empresariales y sindicales más representativas de la Comunidad Autónoma.

Para desarrollar estos órganos de participación se ha procedido a su desarrollo reglamentario a través de las siguientes normas:

- **Decreto 74/2005 de 14 de abril, por el que se determina la composición del Consejo Gallego de Salud.** Con posterioridad a su entrada en vigor ya se ha procedido a nombrara a los integrantes y sus nombramientos ya han sido publicados en el DOG. El Consejo Gallego de Salud ya se ha constituido y ha tenido dos reuniones.
- **Orden de 25 de mayo de 2005 por la que se regula la composición, organización y funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Sanitario de Galicia.** Las funciones encomendadas son, además de asesoramiento en cuestiones de carácter técnico, científico, profesional, ético y social, la de emitir informes y realizar estudios sobre cualquier cuestión relacionada con las anteriores materias y que la Consellería de sanidad someta a su consideración. Se establece su composición en un máximo de 15 miembros, escogidos entre profesionales del sistema sanitario

gallego y personas de reconocida competencia relacionadas con la actividad científica o técnica en salud pública, asistencia sanitaria, docencia, formación e investigación. Su funcionamiento puede ser en Pleno y en Comisiones Sectoriales que se constituirán para un estudio o informe concreto estableciéndose su objeto, finalidad y tiempo para su desarrollo. Los nombramientos ya se han realizado y han sido publicados en el DOG, habiéndose constituido oficialmente el Consejo Asesor y ya se ha convocado en dos ocasiones.

- ***Orden de 27 de mayo de 2005 por la que se aprueba la composición, organización y funcionamiento de las Comisiones de Participación ciudadana.*** Se crea una Comisión por cada área sanitaria. Estarán integradas por: 4 representantes de entidades locales, 4 de asociaciones vecinales, dos por las organizaciones empresariales, 4 representantes de las organizaciones sindicales y el Director del área sanitaria correspondiente (o, de ser el caso, por los Gerentes existentes en el área). Sus funciones son proponer a los órganos de dirección del área aquellas medidas de carácter sanitario que contribuyan a elevar el nivel de salud de la población y a mejorar la gestión sanitaria. Para ello conocerán el Plan de salud del área sanitaria y la memoria anual. Ya se ha iniciado el proceso de constitución de las Comisiones de Participación ciudadana, habiéndose iniciado por la de Pontevedra, que nos servirá de experiencia piloto, para ir ampliándolas al resto de las áreas sanitarias de Galicia.

**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005**  
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Ley 7/2003 de Ordenación Sanitaria de Galicia	
Segunda opinión	Contemplada por Ley	En borrador Proyecto de Decreto	En estudio.
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Ley 3/2001, de 28 de mayo.	
Consentimiento Informado	Sí	Ley 3/2001, de 28 de mayo.	
Instrucciones Previas/Últimas Voluntades	Contemplada por Ley	En borrador Proyecto de Decreto.	En estudio.
Guía o Carta de Servicios	NO		
<b>Información en el Sistema Nacional de Salud</b> (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos; libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)			Colgados en la Web de la Consejería de Sanidade. Información trimestral de listas de espera: <a href="http://www.sergas.es">www.sergas.es</a>
<b>Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad</b>			



**Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005 (continuación)**  
Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Cuantía dedicada en 2005	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
<b>Salud mental infanto-juvenil</b>	Sí	149.906	1	Convenio.	Programa de salud mental infanto-juvenil en el Átea de Ferrol.
<b>Alcohólicos en régimen de internamiento</b>	Sí	21.000	1	Convenio.	Programa terapéutico-educativo para el tratamiento y rehabilitación de la dependencia alcohólica en régimen de internamiento temporal.
<b>Pisos protegidos</b>	Sí	729.000	15	Orden de 29 de diciembre de 2004. DOG n.º 3, 5 de enero 2005.	Programa de pisos protegidos, vivienda de transición o unidad residencial.
<b>Rehabilitación psicosocial y laboral</b>	Sí	1.515.236	21	Orden de 29 de diciembre de 2004. DOG n.º 3, 5 de enero 2005.	Programa de mantenimiento de centros de rehabilitación psicosocial y laboral.
<b>Apoyo enfermos mentales y cuidadores</b>	Sí	14.000	1	Convenio.	Actividades de formación. información y apoyo a los enfermos mentales y cuidadores.
<b>Enfermos de Alzheimer</b>	Sí	14.000	1	Convenio.	Actividades en el ámbito de actuación con los enfermos de alzheimer y cuidadores.

## 11. Equidad

### «Directrices de política sanitaria en Galicia.

#### Posicionamiento estratégico para el período 2005-2009»

La complejidad del sistema sanitario precisa una clarificación de competencias entre todas las partes implicadas en él, tanto para su comprensión interna, como para un mayor conocimiento de la ciudadanía sobre la totalidad del trabajo desarrollado en la Consejería de Sanidad para la prestación de servicios esenciales, y también de gestión de importantes recursos.

Para poder elaborar un Posicionamiento Estratégico del Sistema Sanitario Gallego, el nuevo equipo de la Consejería se basó en el marco conceptual «Health systems performance assessment» propuesto por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y empleado en el Informe Mundial de la Salud del año 2000. Este marco conceptual define que un Sistema de Salud incluye todos los actores, las instituciones y los recursos que emprenden acciones de salud (aquellas en las que su intención primaria es mejorar la salud).

Esta es una definición más amplia que la correspondiente a las acciones sanitarias que se encuentran bajo el control directo de un ministerio de salud, y alienta los rectores del sistema de salud a enfocarse en la prestación de servicios de salud clave, personales y no personales, así como a convertirse en promotores efectivos de una actividad intersectorial que cubra toda una gama de acciones dirigidas específicamente a mejorar la salud.

Por último señalar que este documento de Posicionamiento Estratégico define la visión, los valores, las estrategias y los proyectos más relevantes hacia el período 2005-2009. Algunos proyectos tendrán impacto positivo en poco tiempo, pero otros suponen reformas estructurales que obtendrán resultados a más largo plazo.

Al definir los valores en estas Directrices de Política Sanitaria se expresan los criterios fundamentales que tienen que tenerse en cuenta en todas las actuaciones y decisiones, así como en todos los niveles y procesos del Sistema Sanitario Gallego.

Desde la Consejería de Sanidad se identifican los siguientes vectores de estrategia de actuación para el período 2005-2009, hacia la consecución de visión al futuro planeada. Cada una de estas estrategias tienen que tener impacto en los tres factores de orientación estratégica: resultados en los ciudadanos, resultados en los profesionales y resultados en la organización sanitaria.

El análisis de cada una de ellas y los planes y los proyectos para implantarlas se resume en el cuadro adjunto.

En particular, la estrategia 1 y 5 se orientan claramente a la consecución de la equidad en el ejercicio de los derechos de nuestros ciudadanos. Su implantación se hará de forma progresiva en este período de tiempo.

	N.º de proyectos
<b>Estratexia 1: Garantir o efectivo exercicio dos dereitos recoñecidos na lexislación sanitaria</b>	
Plan 1: Plan de implantación dereitos	7
Plan 2: Plan de garantía dos dereitos	8
Plan 3: Plan de normalización lingüística na sanidade galega	2
<b>Totais</b>	<b>17</b>
<b>Estratexia 2: Promover unha xestión transparente do sistema sanitario</b>	
Plan 4: Plan de comunicación externa e imaxe corporativa	3
Plan 5: Plan de comunicación interna	1
<b>Totais</b>	<b>4</b>
<b>Estratexia 3: Mellorar a continuidade asistencial entre a Atención Primaria e a Atención Especializada</b>	
Plan 6: Plan de mellora da continuidade asistencial	11
Plan 7: Plan de atención sanitaria a persoas dependentes e con patoloxía crónica	4
<b>Totais</b>	<b>15</b>
<b>Estratexia 4: Motivar e apoiar aos profesionais sanitarios cara os resultados na saúde e nos dereitos dos cidadáns</b>	
Plan 8: Plan de incentivación e mellora dos profesionais	12
Plan 9: Plan de I+D+i da Consellería de Sanidade	1
Plan 10: Plan de formación	4
Plan 11: Plan de saúde laboral e prevención de riscos no sistema sanitario público	2
<b>Totais</b>	<b>19</b>
<b>Estratexia 5: Prestar uns servizos sanitarios de calidade</b>	
Plan 12: Plan de mellora de calidade dos servizos sanitarios	5
Plan 13: Plan de saúde mental	1
Plan 14: Plan de mellora da confortabilidade no sistema	8
Plan 15: Plan de atención sanitaria integral a muller	3
Plan 16: Plan de mellora dos servizos de saúde pública	5
<b>Totais</b>	<b>22</b>
<b>Estratexia 6: Aumentar a eficiencia na xestión e na prestación dos servizos sanitarios</b>	
Plan 17: Plan para a mellora da eficiencia do gasto sanitario	10
Plan 18: Plan de apoio á xestión	10
Plan 19: Plan de mantemento de instalacións e equipos sanitarios	2
<b>Totais</b>	<b>22</b>
<b>Estratexia 7: Mellorar os sistemas de información sanitaria cara a planificación, a xestión e á prestación dos servizos sanitarios.</b>	
Plan 20: Plan de mellora das tecnoloxías da información	3
Plan 21: Plan de mellora dos sistemas de información	9
<b>Totais</b>	<b>12</b>
<b>Estratexia 8: Reorientar o sistema sanitario para traballar por resultados na saúde e nos dereitos sanitarios dos cidadáns</b>	
Plan 22: Plan de reformas organizativas	8
Plan 23: Plan de operativización da carteira de servizos e novas prestacións	3
Plan 24: Plan de implantación de ferramentas de xestión	5
Plan 25: Plan de saúde 2006-2009	1
<b>Totais</b>	<b>17</b>
<b>Estratexia 9: Fomentar a participación real dentro do sistema sanitario galego</b>	
Plan 26: Plan de fomento da participación real no sistema	2
<b>Totais</b>	<b>2</b>
<b>N.º total de proxectos</b>	<b>130</b>

**Tabla 11. Proyectos y medidas para la equidad. Informe SNS 2005**

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
<b>Género</b>	Sí	Directriz estratégica.	Proyecto Ley del Servicio Galego de Saúde (2006).	Plan integral de atención a la mujer iniciado en 2006.
<b>Etnia</b>	Sí	Convenio colaboración.		<p>Estancia de niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— saharauis, senegaleses, rusos.</li> <li>— Convenio viaje hacia la vida (intervenciones quirúrgicas).</li> <li>— Emigrantes gallegos.</li> </ul>
<b>Discapacidad</b>	Sí	Directriz estratégica.	Proyecto Ley del Servicio Galego de Saúde (2006).	Incluido en Plan de Salud iniciado en 2006.
<b>Garantías</b>	Sí	Directriz estratégica.	Proyecto Ley del Servicio Galego de Saúde (2006).	Iniciado desarrollo en 2006.

## 12. Descripción de dos experiencias innovadoras

### 12.1. Programa Gallego de Atención al Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM)

#### 12.1.1. Justificación

La cardiopatía isquémica se ha convertido en un problema de salud prioritario en todo el mundo, habiendo alcanzado las dimensiones de una auténtica epidemia en los países desarrollados. Los costes directos estimados por cardiopatía en nuestra comunidad ascendieron a 48 millones de euros en el año 2003 y el coste total fue de 124 millones de euros.

Datos que indican la importancia de este problema en Galicia son (año 2001):

- Estimación de 4.951 IAM con 2.870 muertes a 28 días.
- 2.924 ingresos por IAM y 931 muertes al cabo de un año.
- 2.391 ingresos por angina inestable sin IAM, y 109 muertes a 3 meses.

Se calcula que tan sólo el 61% de infartos reciben asistencia hospitalaria, mientras que algo más de un tercio mueren antes de llegar al hospital. (Marrugat J. Et al. 2002). La letalidad del IAM suele suceder en el ámbito extrahospitalario, de hecho casi dos tercios de los fallecimientos por Síndrome Coronario Agudo suceden en la primera hora del inicio de los síntomas.

El tiempo constituye un factor determinante, por este motivo la optimización de las oportunidades ofrecidas al paciente en tales circunstancias constituye un factor clave de enorme trascendencia. Sin embargo, en estudios clínicos nacionales multicéntricos auspiciados por las sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, el intervalo entre el inicio de los síntomas de un infarto agudo de miocardio y la monitorización en el hospital oscila entre los 120 y 156 minutos. Además el intervalo observado entre la monitorización y el tiempo de administración de fibrinolíticos está, según estudios analizados, en un rango entre 45 y 60 minutos. Todos estos datos distan excesivamente de las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

El tratamiento de reperfusión debe instaurarse en cuanto sea posible y puede realizarse mediante angioplastia primaria o fibrinólisis endovenosa, siendo la angioplastia primaria más eficaz que la fibrinólisis. Sin embargo, la fibrinólisis es el tratamiento más aplicado en la población general y, en ausencia de programas estables de angioplastia primaria, debe iniciarse inmediatamente. El acortar el tiempo entre inicio de los síntomas y monitorización aumentará el número de pacientes candidatos a reperfusión coronaria.

Como norma general, los pacientes con IAM con elevación del ST (en adelante IAM) diagnosticados en un Hospital sin programa de Angioplastia Primaria (ACTP) deben dirigirse a otro centro que disponga de revascularización mediante angioplastia.

### 12.1.2. Características principales de su desarrollo

**De comunicación.** Elaborar y poner en marcha un plan estratégico de comunicación a las poblaciones de interés orientado a lograr un uso más eficiente de los sistemas de emergencias.

**Vías de diagnóstico y tratamiento.** Establecer una vía clínica de atención al paciente con IAM, que se inicia mediante protocolos validados de interrogatorio telefónico para el dolor torácico en los centros de coordinación médica. Hay que hacerlos extensivos a todos los sistemas de emergencias y médicos de familia de las áreas sanitarias y del hospital.

**Transporte medicalizado.** Ampliar la cobertura del transporte medicalizado (personal sanitario y desfibrilador) para toda la población, tanto urbana como rural, con los menores retrasos posibles.

#### **Redes asistenciales:**

- Coordinación de la asistencia entre los sistemas de emergencias médicas y los hospitales receptores.
- Los servicios de emergencias que asistan infartos agudos de miocardio en zonas rurales deben estar formados para realizar un diagnóstico e indicación del tratamiento de fibrinolisis extrahospitalaria.
- La angioplastia primaria requiere una red de hospitales terciarios con disponibilidad de angioplastia continua en el tiempo, y otra red de traslado de pacientes desde domicilio, centro de asistencia primaria u hospital comarcal con personal cualificado y con desfibrilador externo.
- Cada hospital debe tener asignado un hospital de referencia para el tratamiento de enfermos con IAM y existir un circuito de derivación bien definido, estable y fluido.

#### **Organización de los hospitales:**

- Organizar los servicios de urgencias para que puedan atender de forma emergente a los enfermos con sospecha de síndrome coronario agudo.
- El protocolo asistencial del paciente con sospecha de SCA que se desarrolle en cada centro y servicio debe garantizar la continuidad y fluidez entre estratos asistenciales.

Los hospitales que atienden enfermos con IAM deben estar dotados de personal médico capacitado e infraestructura suficiente. A tal fin, deben disponer de un servicio de urgencias con capacidad de monitorización, unidad coronaria o unidad de cuidados intensivos y medios de diagnóstico suficientes.

### 12.1.3. Objetivo general

- Disminuir la mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente con infarto.
- Promover la equidad en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, para disminuir la variabilidad en el uso de recursos y tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

#### 12.1.4. Objetivos específicos

- Revisar y/o consensuar los protocolos clínicos actuales sobre IAM en los distintos servicios, hospitales y niveles asistenciales.
- Mejorar y/o elaborar los protocolos organizativos necesarios para su integración funcional.
- Creación de una red específica para la atención del paciente con SCA.
- Creación de una base de datos que facilite el conocimiento, evaluación y mejora continua del proceso.

#### 12.1.5. Angioplastia (ACTP) primaria: papel en el tratamiento del IAM

Existen varios abordajes de tratamiento con ACTP en el IAM: se denomina ACTP primaria aquella en la que se utiliza como estrategia inicial de tratamiento, ACTP de rescate a la que se efectúa cuando ha fracasado la fibrinólisis previa y ACTP inmediata o facilitada a la realizada después de la fibrinólisis.

Después de la introducción de las unidades coronarias el tratamiento fibrinolítico ha supuesto el avance más importante en el tratamiento del infarto agudo de miocardio. La fibrinólisis con el mejor régimen farmacológico consigue una tasa de repermeabilización del 81% y de flujo TIMI III del 54%.

A nivel teórico la ACTP aporta varias ventajas:

- 1.<sup>a</sup> La realización de la coronariografía permite una estratificación del riesgo, pudiendo derivar ciertos pacientes con enfermedad coronaria severa hacia la revascularización quirúrgica y otros hacia el tratamiento médico.
- 2.<sup>a</sup> Es factible en pacientes con contraindicación absoluta para fibrinólisis y evita fibrinólisis innecesaria en el 5% de los pacientes en los que se produce recanalización espontánea.
- 3.<sup>a</sup> Se obtiene un mayor permeabilidad y flujo TIMI III, reduce la mortalidad un 32% en comparación con la fibrinólisis, tiene menor incidencia de reinfarcto, reoclusión y recurrencia de angina, consigue mayor supervivencia en pacientes de riesgo, parece existir menor daño de reperfusión y rotura, menor riesgo de ACV.
- 4.<sup>a</sup> La ventana de eficacia es más amplia que con fibrinólisis.

Por el contrario, la generalización de la angioplastia primaria como tratamiento del IAM adolece de ciertos inconvenientes que deben de ser solucionables, como son la necesidad de un equipo médico altamente cualificado durante las 24 horas del día los 365 días del año, una dotación tecnológica costosa y que no comporte retrasos logísticos importantes.

Por tanto, dado que el objetivo del tratamiento en el IAM con elevación del ST es la disminución del tiempo hasta la aplicación del tratamiento de reperfusión se requiere una organización excelente de todos los recursos sanitarios, tanto intra como extrahospitalarios, para asegurar la minimización de los retrasos inherentes a la cadena burocrática del sistema.

Así pues los retos para el futuro en este campo vendrán dados por los siguientes cambios:

- 1.º Incremento en el número de procedimientos de reperfusión mecánica del IAM en relación con la mayor evidencia científica en su favor.

- 2.º Mejoría de las dotaciones de las actuales unidades de Cardiología Intervencionista para posibilitar su eficiencia e incrementar significativa el número de procedimientos.
- 3.º Adecuar los medios del 061 para desarrollar los programas necesarios para el desplazamiento urgente de estos pacientes y la devolución a sus hospitales referentes.

#### 12.1.6. Situación en Galicia

Galicia dispone tanto de una red de hospitales terciarios con disponibilidad de ACTP primaria las 24 horas del día los 365 días del año, como de una red de traslado de pacientes con personal cualificado y con la tecnología necesaria para el desplazamiento de los pacientes (Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061). Con los medios actuales se realizan 166 ACTP primarias/millón de habitantes.

Posiblemente el IAM es el paradigma de la urgencia en el sentido de que «tiempo es igual a miocardio», por lo cual es trascendental el acortamiento en el tiempo de identificación, traslado y aplicación de la terapéutica de reperfusión mas adecuada.

Teniendo en cuenta que los recursos son limitados será necesario optimizar y mejorar los recursos actuales. Galicia presenta como característica negativa, una gran dispersión de la población, que a efectos de atención sanitaria se distribuye en 11 áreas.

Sin embargo contamos con la experiencia previa de los programas de ACTP primaria de las tres áreas de Galicia y 061, las cuales han demostrado que se puede trasladar a los pacientes con IAM desde los hospitales comarcales y de 2.º nivel a los centros terciarios, con absoluta seguridad y manteniendo los beneficios de la ACTP.

La extensión de la ACTP primaria en el IAM a toda de la población en la Comunidad Gallega, requiere de la actuación coordinada de atención primaria, 061 y hospitales para garantizar el acceso a este tratamiento en condiciones de equidad y eficiencia.

Desde el punto de vista funcional se trataría de acercar la disponibilidad de las salas de intervencionismo a la población y a los médicos del sistema responsables de la atención de estos síndromes, de forma que conceptualmente se podría considerar que el «pasillo hasta la sala de hemodinámica es más o menos largo pero con la misma disponibilidad para todos».

En el Programa se presenta un protocolo consensuado que unifica y amplía los ya existentes actualmente y que deberá de ser adaptado a las particularidades de cada zona específica.

#### 12.1.7. Activación del protocolo

Una vez realizado el diagnóstico de IAM mediante ECG de 12 derivaciones el protocolo se activará en las siguientes situaciones.

- Alerta de un caso susceptible de ACTP primaria procedente del ambito extra-hospitalario: Atención primaria o pacientes valorados por las Unidades de Soporte Vital Avanzado de Urgencias Sanitarias 061
- Alerta de un caso susceptible de ACTP primaria o angioplastia de rescate procedente del ámbito hospitalario: Servicio de UCI, Unidad Coronaria o Servicio médico responsable.

### 12.1.8. Indicaciones

Selección de pacientes candidatos: Individualizar siempre en función de edad, patologías concomitantes y calidad basal de vida.

a) ACTP primaria

- IAM según determinados criterios clínicos y electrocardiográficos
- IAM en Shock cardiogénico

b) ICP de rescate

c) Facilitación de la ICP y fármacos concomitantes

- ACTP facilitada con fármacos
- ACTP diferida

d) Fibrinolisis extrahospitalaria

### 12.1.9. Retorno

El retorno del paciente, tras angioplastia primaria o de rescate, a su hospital de procedencia constituye un elemento vital en todo el proceso de atención que se propone. Se realizará en todos los casos por personal del 061 y en el periodo más corto posible en función de la estabilidad del paciente y la disponibilidad del 061. Únicamente quedarán en el centro receptor aquellos que necesiten una ICP en un segundo tiempo, tratamiento de revascularización quirúrgico urgente u otra circunstancia que lo aconseje.

### 12.1.10. Procedimiento de actuación

a) **Activación.** La activación se realizará en las siguientes situaciones:

- a.1) **Ámbito extrahospitalario:** en caso de existir un caso susceptible de Angioplastia Primaria, valorado por el personal facultativo de las Unidades de Soporte Vital del 061 que está asistiendo al paciente in situ o de un Centro de Salud/ P.A.C.
- a.2) **Ámbito hospitalario:** Este protocolo será activado, en caso de existir un caso susceptible de Angioplastia Primaria o de Rescate en cualquiera de los Hospitales del sistema sanitario gallego por el médico responsable de la U.C.I./Unidad Coronaria de cualquiera de los hospitales.

b) **Procedimiento de activación:**

- b.1) Si la alerta se produjo desde una USVA del 061, el jefe de sala de la central de coordinación se pondrá en contacto telefónico con el servicio de hemodinámica de referencia. El transporte lo realizará la propia USVA hasta la unidad de referencia.
- b.2) Si la alerta procede de un centro de salud, el jefe de sala de la central de coordinación se pondrá en contacto telefónico con el hemodinamista/cardio-

logo de referencia. En este caso se requiere activar el sistema de transporte del paciente. Si el centro de salud se halla dentro de la isocrona de influencia de una USVA (aérea o terrestre) y ésta está disponible, se activará por los medios habituales y se enviará directamente al centro de salud para recoger al paciente y proceder al traslado. Si la USVA no está en isocrona, se procederá a realizar una transferencia en ruta entre la ambulancia de la zona medicalizada por el médico de A.P. y la USVA.

- b.3) En los casos en que la RTSU transmita el ECG a la central de coordinación vía transtelefónica, se alertará igualmente al servicio de hemodinámica correspondiente suministrando los datos clínicos de que se dispone.
  - b.4) Si la alerta se realiza desde un hospital, dado que ya se ha puesto en contacto al médico solicitante con el hemodinamista, sólo será necesario activar el sistema de transporte, que será la USVA de la zona.
- c) **Papel de la Central de Coordinación.** El jefe de sala realizará las gestiones necesarias para activar la U.S.V.A. que realizará el traslado.
  - d) **Papel del personal de la Unidad de Soporte Vital Avanzado:** comunicará a la Central de Coordinación en tiempo real la información sobre el traslado y, en caso de necesidad la Central de Coordinación pondrá en comunicación al médico de la USVA con el Hemodinamista de guardia. Comunicará a la Central de Coordinación en tiempo real la recepción del paciente, la instalación del paciente en la Unidad de Soporte Vital Avanzado, la realización del traslado y la entrega del paciente en el Hospital Referencia.
  - e) **Actuación en el Hospital intervencionista.** El Servicio de Cardiología- Unidad de Cardiología Intervencionista aceptará pacientes las 24 horas del día. El paciente permanecerá ingresado en la UCI, Unidad Coronaria o cama monitorizada según la estructura de cada Hospital hasta el retorno a su Hospital de referencia.
  - f) **Retorno del paciente al Hospital de referencia.** El paciente será devuelto a su hospital de referencia, una vez tratado y estabilizado, en una Unidad de Soporte Vital Avanzado del 061. El traslado será coordinado por la Central de Coordinación 061 en colaboración con el Servicio de Cardiología del Hospital receptor y emisor. Los traslados de retorno se realizarán lo antes posible, salvo situaciones excepcionales y en función de la situación clínica del paciente y disponibilidad funcional del personal del 061.
  - g) **Procedimiento de desactivación.** Se podrá desactivar el dispositivo de traslado o retorno por complicaciones durante el traslado, por decisión del cardiólogo/hemodinamista de guardia del Hospital receptor o por Exitus del paciente in itinere.

#### 12.1.11. Difusión

Entrega de un ejemplar, a cada miembro de cada uno de los Servicios participantes, se facilitará un ejemplar, para su lectura a los miembros ocasionales de todos los Servicios participantes, se advertirá a todo el personal de los Servicios participantes la obligatoriedad de conocer el protocolo y se establecerán sesiones de difusión del protocolo con una periodicidad semestral entre el personal de todos los servicios participantes, con la finalidad de mantenerlo siempre vivo y actualizado.

### 12.1.12. Evaluación

Mediante una Comisión de Evaluación del Protocolo constituida por un representante de cada Servicio participante.

Se desarrolló una base de datos, adaptada a la legislación vigente, para evaluación de resultados y explotación de la información de utilidad clínica por parte de todos los servicios implicados en el programa.

## 12.2. Descripción del Programa Gallego para la Detección de la Sordera en Período Neonatal como Experiencia Innovadora

### 12.2.1. Justificación

En la decisión de poner en marcha un nuevo programa de cribado poblacional en una Comunidad Autónoma se pueden identificar los siguientes criterios a tener en cuenta:

- La prioridad en el plano del problema de salud que se aborda con el cribado. Es decir, estamos hablando de un servicio necesario para la población.
- La evidencia de la eficacia y efectividad del cribado poblacional.
- La relación coste/beneficio del programa.
- La viabilidad del programa en el momento actual.
- La demanda social existente.
- La posibilidad de inequidad o falta de calidad en el caso de que se esté haciendo alguna actuación local.

Estos 6 criterios no sólo son enjuiciados en el momento presente sino que hace falta aplicar una visión prospectiva y a largo plazo de los mismos.

Para responder a estos criterios se aportan los siguientes datos:

- La hipoacusia congénita tiene una incidencia entre el 1 y el 2 por mil, similar al conjunto de enfermedades congénitas metabólicas a las que se realiza cribado neonatal.
- La hipoacusia congénita supone una discapacidad importante. El déficit auditivo moderado, severo o profundo afecta a la percepción del habla, lo cual resulta en una discapacidad para el lenguaje expresivo y receptivo. Esto se asocia frecuentemente con pobres resultados académicos y lleva a una disminución de la autoestima y, en ocasiones, dificultades en el desarrollo emocional y social. Este déficit afecta no sólo al niño que lo sufre sino también a su familia y a la sociedad.
- En estos momentos la intervención exclusiva sobre los factores de riesgo mediante programas de prevención primaria no repercutiría significativamente sobre la incidencia.
- Los progresos realizados en los últimos años en aparatos para la valoración objetiva de la audición permiten disponer de test seguros, simples, aceptables y válidos,

que pueden ser utilizados como test de cribado, permitiendo la detección antes de los 6 meses.

- La realización de un programa de cribado aplicado sólo en niños con alto riesgo de hipoacusia no permite descubrir precozmente un 40-50% de los neonatos con hipoacusia.
- La puesta en marcha de un programa poblacional organizado garantizaría el acceso a toda la población residente en Galicia, manteniendo el principio de equidad.
- La realización de un programa organizado para toda la comunidad gallega optimizaría los recursos con un notable incremento de la eficiencia en contraposición a la organización puntual en cada hospital gallego.
- La realización de un programa poblacional organizado con cobertura universal permite garantizar la calidad de todo el proceso de cribado, diagnóstico y tratamiento de los casos detectados.
- Con la puesta en marcha de programas de detección precoz, se empezó a encontrar la evidencia de que el tratamiento temprano mejora la capacidad comunicativa y de lenguaje. Sin embargo la demostración científica final a favor o en contra de esta hipótesis está pendiente de estudios a largo plazo.
- En la actualidad existe un consenso nacional expresado en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud sobre la oportunidad y la conveniencia de poner en marcha programas de este tipo.
- La inversión necesaria en este programa no es muy alta, por lo que puede ser asumida por la Consellería.

Con el fin de abordar este problema, la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade inicio en el año 2002 la puesta en marcha del Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal, un programa poblacional de cribado, que se describe a continuación.

### 12.2.2. Población diana

El programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal se basa en un sistema de cribado poblacional universal, lo que garantiza la equidad en el acceso a la prueba a todos los recién nacidos en Galicia.

### 12.2.3. Objetivos

#### **Objetivo general**

Mejorar la capacidad de comunicación (lenguaje receptivo y expresivo) de los niños nacidos con hipoacusia moderada, severa o profunda para equipararla a los normo yentes.

#### **Objetivos específicos**

- Asegurar el acceso a la prueba de cribado a los niños nacidos en Galicia, con una cobertura mayor del 95%.
- Conseguir una participación de al menos el 95% de los recién nacidos en Galicia.

- Garantizar el acceso al diagnóstico de confirmación, con derivación, consulta y primera prueba diagnóstica (PEATC) antes de 60 días en más del 95% de los niños estudiados en las unidades de diagnóstico.
- Garantizar el inicio del tratamiento antes de los 6 meses de edad, en más del 95% de los niños derivados a las unidades de tratamiento.
- Desarrollar un adecuado sistema de información del programa.

#### 12.2.4. Bases del Programa

##### Prueba de cribado

La prueba escogida, potenciales evocados automatizados, busca la existencia de respuesta eléctrica cerebral a estímulos sonoros. El equipo de cribado genera sonidos en los oídos del neonato y recoge la respuesta troncoencefálica mediante electrodos de superficie adheridos a la piel. Inmediatamente, analiza los datos recogidos y responde de forma clara si el bebé pasó la prueba o debe remitirse para completar el diagnóstico. La elección de la prueba se basó en la valoración de los siguientes aspectos diferenciadores respecto a la realización de otoemisiones acústicas (tabla 12.1)

**Tabla 12.1. Datos de validez de las pruebas según trabajos publicados sobre programas de cribado poblacional en funcionamiento**

	OEA	PEATC-A
Estudia	Actividad coclear	Respuesta encefálica
Sensibilidad	95-100%	99-100%
Especificidad	87-99%	93-98%
Porcentaje de derivación	7-13%	2-4%
Duración	1-2 min	3-5 min

##### Cuándo y dónde se realiza el cribado

Para alcanzar el objetivo del programa (realizar una prueba de audición a todos los neonatos en la Comunidad) la prueba se realiza, preferentemente, antes de que el niño abandone el centro sanitario. El programa pone a disposición de los neonatos de Galicia la prueba de cribado auditivo, a través de la implantación progresiva en la red de hospitales públicos. De esta manera, el programa se integra en los cuidados diarios y actuaciones preventivas realizadas a los neonatos y en los circuitos de derivación del niño enfermo. Los hospitales y maternidades privadas podrán participar en el programa, mediante un acuerdo de colaboración que se está definiendo en la actualidad.

## 12.2.5. Estructura organizativa del programa

### Unidad de cribado

Se han creado en la red de hospitales públicos, unidades funcionales que se denominan **unidades de cribado**. Estas unidades están integradas por un grupo de personas, que tienen como función la ejecución del programa en el centro hospitalario y están compuestas por personal del propio centro que asume, entre sus tareas, las concernientes a la realización del cribado y derivación a diagnóstico y tratamiento (esquema 1).

La estructura organizativa de la unidad de cribado es la siguiente:



Las unidades de cribado cuentan con personal de enfermería, que es el encargado de realizar las pruebas (**cribador/a**). Cada unidad debe disponer de personal suficiente para asegurar la realización de las pruebas antes del alta a los nacidos durante todo el año. El personal encargado de estas tareas es formado específicamente, no sólo para realizar la prueba, sino también para informar a los padres, de forma verbal y por escrito mediante la entrega del folleto del programa.

La labor de cribado es coordinada por un/a enfermero/a (**coordinador/a de la unidad**), que vela por la realización de la prueba a todos los neonatos antes de ser dados de alta y la derivación de aquellos que requieran más pruebas (a través de la gestión de citas a las unidades de diagnóstico). De esta forma, se pretende que todos los neonatos tengan acceso a la prueba y que aquellos que sean derivados tengan la cita en la Unidad de Diagnóstico antes de su salida del hospital.

La Unidad de Cribado debe también asegurar la llegada del neonato derivado a la consulta de diagnóstico. Para ello cuenta con un **supervisor/a médico** que, dentro de su cometido de supervisión del cribado, lleva a cabo la vigilancia del sistema de derivación, que alerta ante demoras en el diagnóstico y tratamiento de los niños identificados. La función de coordinación y supervisión es apoyada por los **médicos asociados**. La coordinación de todos los elementos de la Unidad de Cribado es regida por una **comisión hospitalaria**. Esta comisión, designada por los órganos directivos del hospital y compuesta por un equipo multidisciplinar, que abarca todos los estamentos involucrados en el cribado, diagnóstico y tratamiento de los niños hipoacúsicos, aborda los problemas suscitados en el funcionamiento del programa, mediante reuniones periódicas.

## Unidad de diagnóstico y tratamiento

Formado por los Servicios de Otorrinolaringología de los 7 grandes hospitales públicos de Galicia. Estas unidades son las encargadas de confirmar o descartar en cada caso la existencia de hipoacusia en los neonatos y de establecer un protocolo de tratamiento individualizado y multidisciplinar de cada caso confirmado en el diagnóstico

## Unidad Central

Entre las principales funciones atribuidas a la Unidad Central cabe destacar las de *diseño, planificación y actualización del programa*, la coordinación e impulso para la elaboración de las *Guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia neonatal*, el *apoyo logístico* a las unidades de cribado, mediante la adquisición y provisión de equipos y material desechable para la realización del cribado, facilitar *material informativo* para los padres, la difusión de resultados del programa, la formación de todos los profesionales implicados y el control de calidad de todos los procesos

## Procesos

La realización del cribado comprende procedimientos que, en su conjunto, garantizan el acceso, la información y la calidad de todo el programa. Los procesos definidos son:

Proceso cribado: Subprocesos:

- Identificación de los neonatos.
- Información a los padres.
- Realización de la prueba.
- Derivación para la realización del diagnóstico, si procede.
- Búsqueda de casos perdidos.
- Introducción de los resultados en el sistema de información.

Proceso de diagnóstico. Subprocesos:

- Primera consulta.
- Consulta de Audiología.

Proceso tratamiento. Subprocesos:

- Consulta de Audiología.
- Indicación de tratamiento.
- Amplificación protésica.
- Implante coclear.
- Estimulación precoz.

Proceso de gestión. Subprocesos:

- Gestión de recursos materiales y humanos.
- Gestión económica y presupuestaria.
- Gestión de la información.
- Garantía de calidad.
- Gestión de la comunicación.
- Gestión de alianzas.

#### 12.2.6. Implantación del programa

La implantación del programa en un hospital requiere: la formación del personal de cribado, la adecuación de los procedimientos de cribado a los planes de cuidados neonatales en cada hospital, la asunción de nuevas tareas y responsabilidades por el personal y la creación o adecuación de unidades de diagnóstico y tratamiento y el diseño de los protocolos de derivación interna o externa.

De esta forma, el inicio del cribado requiere la realización de un trabajo de formación y adecuación en cada hospital, por lo que la implantación en Galicia se realizó progresivamente, agrupando los hospitales con características y prestaciones similares en distintas fases:

**Fase 1:** Se inicia en 3 grandes hospitales en el año 2002. Estos hospitales concentran cerca del 50% de los nacimientos en Galicia, y todos ellos disponen de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, realizando implantes cocleares y rehabilitación infantil a niños sordos.

**Fase 2:** Se realiza en 4 hospitales, entre los años 2003 y 2005, completando la red de los 7 grandes hospitales públicos de Galicia. Con esta fase se cubre al 72,2% de los nacimientos en Galicia.

**Fase 3:** Se realiza a partir del año 2005 en otros 7 hospitales de Galicia: 3 hospitales comarcales y 4 fundaciones públicas, cubriendo todos los centros de Galicia a excepción del sector privado. Con esta fase se cubre al 85,7% de los nacimientos en Galicia

**Fase 4:** Oferta del programa a los hospitales y maternidades privados. Estos centros podrán integrarse en el Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal como centros adheridos siempre que realicen la misma prueba de cribado y garanticen los criterios de calidad establecidos por el programa. El programa se encuentra en la actualidad planificando el modelo de participación de las entidades privadas en los procesos establecidos.

### 12.2.7. Evaluación

Como en todo programa de salud, se debe hacer una valoración de los recursos, actividades y resultados, que permitan tomar decisiones sobre su mantenimiento o su modificación.

Se ha diseñado una aplicación informática específica, compuesta por bases de datos relacionados que proporciona sistemas de control sobre la integridad de la información, así como la garantía de la confidencialidad.

A continuación enumeramos los principales indicadores que se miden en el programa:

- Indicador de cobertura.
- Tasa de participación.
- Tasa de derivación.
- Tasa de detección.
- Valor predictivo positivo.
- Indicador de edad al diagnóstico.
- Indicador de edad al tratamiento.
- Coste por niño cribado.
- Coste por niño detectado.
- Indicadores de gestión interna.
  - Indicador de pendientes de realización de la prueba.
  - Indicador de pérdidas en el cribado.
  - Indicador de pruebas con resultado negativo.
  - Indicador de pruebas realizadas.
  - Indicador de niños con repetición de prueba.
  - Tasa de pendientes de diagnóstico.
  - Indicador de pérdidas en derivación a diagnóstico.
  - Indicador de demora para primera consulta de diagnóstico.
  - Indicador de demora en el tratamiento.

### 12.2.8. Control de Calidad del proceso de cribado

Dentro del programa de garantía de calidad, ocupa un lugar fundamental la revisión sistemática de una proporción preestablecida de pruebas de cribado. Los objetivos fundamentales son:

- **Medir la carga de trabajo en las unidades de cribado.** Se realiza mediante la medición de la duración de los test.
- **Medir la calidad en la realización de la prueba de cribado.** Se realiza mediante el estudio de tres factores:

*Errores en la introducción de datos:* específicamente, el error al introducir los datos de un neonato antes de cerrar el anterior, ocasionando el borrado de la filiación del neonato en las pruebas previas.

*Impedancias:* mide el grado de preparación de la piel antes de la prueba. Si la impedancia no es correcta, la prueba es más larga y el porcentaje de REFER es mayor.

*Cumplimiento del protocolo:* En el protocolo de cribado de la guía publicada se especifica que la prueba no debe ser repetida en más de tres ocasiones. Con el estudio de repeticiones podemos medir el grado de cumplimiento del protocolo.

- **Medir la sensibilidad de las pruebas.** Mediante el estudio de la *repetición de los test*

### 12.2.9. Resultados más destacables

Actualmente el programa está implantado en los 14 hospitales de la red pública del Sergas. De esta forma, la cobertura del programa a 31 de diciembre de 2005, era del 87% de los nacidos en Galicia.

### Actividad de las unidades de cribado

Desde el inicio del programa y hasta el 31 de diciembre de 2005, han participado en el programa 43.345 niños.

	2002	2003	2004	2005	Total
Participantes	2.944	11.267	12.940	16.194	43.345

### Tasa de Participación

Con respecto a la tasa de participación, el programa considera aceptable una participación del 95% y deseable el 99%.

La tasa de participación desde el inicio del programa fue la siguiente:

	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005
Porcentaje de participación	69,11	94,84	99,37	98,36

## Tasa de derivación a diagnóstico

El objetivo del programa es que el porcentaje de niños derivados a diagnóstico no supere el 2-4%

El número y porcentaje de niños derivados a diagnóstico fue la siguiente:

	2002	2003	2004	2005	Global
Número y porcentaje de niños derivados a diagnóstico	27 (0,92%)	80 (0,71%)	149 (1,15%)	168 (1,045)	424 (0,98%)

## Tasa de detección

La tasa de detección en el período 2002-2005 es de 0,62 por mil niños cribados

	2002	2003	2004	2005	Global
Número de casos diagnosticados	1	8	8	10	27