

Informe anual del Sistema Nacional de Salud

2006

A white silhouette map of the region of Galicia, Spain, centered on a light green background. The word "GALICIA" is printed in black capital letters across the middle of the map.

GALICIA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

El producto interior bruto generado por la economía gallega (tabla 1) pasó de 10.872.525 miles de euros en el primer trimestre de 2004 a 13.345.564 miles de euros en el cuarto trimestre de 2006. La tasa de variación absoluta interanual (índice 2000 = 100) en el primer trimestre de 2004 fue 2,89; en el cuarto trimestre de 2005, 3,7, y en el cuarto trimestre de 2006, 4,2.

La tasa de actividad en el año 2006 (53,6) fue ligeramente superior a la de 2005 (53,0) (tabla 2), a costa

de la tasa de actividad en mujeres. Asimismo, las tasas de ocupación fueron superiores en 2006 (40,5), tanto en hombres como en mujeres, respecto a 2005, y la tasa de paro, que pasó de 13,6 en 2004 a 9,9 en 2005, continuó disminuyendo en 2006, que es de 8,5.

Galicia cuenta, según la revisión del padrón municipal de 1 de enero de 2006, con un total de 2.767.524 habitantes (2.762.198 a 1 de enero de 2005), 5.326 personas más que las recogidas en la revisión de 2005, que a su vez fue de 11.104 personas más que en la revisión de 2004. En términos relativos, la población gallega creció el 0,19 % frente al 1,36 %, registrado en el conjunto del Estado, aunque el crecimiento sufre una desaceleración en ambos grupos de población, continúa el descenso del peso relativo de la población gallega en el total español, que pasa del 6,54 % del 2002 al 6,44 % en 2003, el 6,37 % en 2004, el 6,26 % en 2005 y, finalmente, el 6,19 % en la revisión de 2006.

La población recogida por tarjeta sanitaria individual a 31 de diciembre de 2006 fue 2.776.486 habitantes. El reparto por provincias se recoge en la tabla 3; la tabla 4 recoge el número de extranjeros residentes en la comunidad autónoma, y en las tablas 5 y 6 se desglosa la población total por tramos de edad.

El número de extranjeros residentes en Galicia ascendió, según la revisión del padrón municipal de habitantes de 2006 (INE) a 73.756 personas, de las cuales 38.225 son mujeres (51,82 %). En la revisión de 2005, el número de residentes fue 69.363; de éstos, 36.183 eran mujeres (52,16 %).

TABLA 1. Producto interior bruto a precio de mercado. Datos corregidos de estacionalidad y de calendario, 2006 (Galicia)

Año	Período (trimestre)	PIB (miles de euros)
2004	Primero	10.872.525
	Segundo	10.048.382
	Tercero	10.332.450
	Cuarto	11.418.409
2005	Primero	11.629.777
	Segundo	10.876.418
	Tercero	11.089.283
	Cuarto	12.338.198
2006	Primero	12.610.467
	Segundo	12.843.965
	Tercero	12.974.431
	Cuarto	13.345.564

Del IGE. Contabilidad Trimestral de Galicia. Base 2000 revisada. IGE, Instituto Gallego de Estadística; PIB, producto interior bruto.

TABLA 2. Tasas de actividad, ocupación y paro por sexo. Metodología EPA, 2005 (Galicia)

	Porcentajes de 2004			Porcentajes de 2005			Porcentajes de 2006		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad	53,2	62,6	44,6	53,0	62,6	44,3	53,6	62,2	45,8
Tasa de ocupación	46,0	56,9	36,0	47,8	58,1	38,3	49,1	58,4	40,5
Tasa de paro	13,6	9,2	19,3	9,9	7,2	13,5	8,5	6,1	11,4

Del Instituto Nacional de Estadística e Instituto Gallego de Estadística. EPA, Encuesta de Población Activa.

TABLA 3. Datos de la población, 2006 (Galicia)

Provincia	General			Extranjeros		
	Total	Pediatría	General	Total	Pediatría	General
Ourense	332.366	24.634	307.732	4.703	621	4.082
Lugo	344.745	21.507	323.238	1.961	256	1.705
Pontevedra	944.441	111.241	833.200	11.155	1.732	9.423
A Coruña	1.121.581	115.522	1.006.059	15.534	2.736	12.798
Total	2.743.133	272.904	2.470.229	33.353	5.345	28.008

Comparado con el total estatal en 2006, Galicia acogió el 1,77 % de los extranjeros residentes en España, que significa el 1,98 % en el caso de las mujeres y el 1,68 % en el caso de los hombres. La revisión de 2005 indicaba que Galicia acogía el 1,85 % de los extranjeros residentes en todo el Estado, que significa el 2,1 % de las mujeres extranjeras y el 1,7 % en el caso de los hombres.

Respecto a la población extranjera incorporada durante 2006, hubo 6.561 empadronados; de ellos, 537 eran menores.

En el año 2005 se registraron en Galicia un total de 21.097 nacimientos (476 más que en 2004 y 674 más que en 2003) y 29.383 defunciones (843 más que en 2004), por lo que el crecimiento vegetativo fue -8.286 (-7.919 en 2004 y -9.382 en 2003).

TABLA 4. Datos de población extranjera, 2006 (Galicia)

	Total	Hombres	Mujeres
Empadronados	26.043	10.700	15.343
Menores	7.646	3.928	3.718
Embarazadas	35	0	35
Empadronados con farmacia gratuita	1.068	359	709

La tasa de natalidad en Galicia fue en 2005 de 7,77 nacimientos por cada 1.000 habitantes (10,75 nacimientos en el conjunto del Estado); en 2004, la tasa fue de 7,65 por cada 1.000 (10,65 nacimientos en el conjunto del Estado). La tasa de mortalidad en 2005 fue 10,82 defunciones por cada 1.000 habitantes (8,93 fallecimientos en España), y en 2004 la tasa fue 10,53 defunciones por cada 1.000 habitantes (8,71 fallecimientos en España).

Casi el 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 21,2 % del total de población registrada a 1 de enero de 2006, lo que representa el 0,3 % más que en la misma fecha un año antes.

Tomando estos datos del INE, la comunidad autónoma 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 el 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 mayor porcentaje de población por encima de los 65 años, sólo por detrás de Zamora.

TABLA 5. Datos de población por tramos de edad, 2006 (Galicia)

	General						Extranjeros					
	Cantidad		Pediatria		General		Cantidad		Pediatria		General	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ourense	159.228	173.578	12.701	11.986	146.527	161.592	1.766	3.133	305	350	1.461	2.783
Lugo	167.251	177.979	11.174	10.739	156.077	167.240	768	1.355	133	135	635	1.220
Pontevedra	457.466	488.781	57.614	54.244	399.852	434.537	5.503	5.935	868	848	4.635	5.087
A Coruña	540.133	585.362	59.770	56.504	480.363	528.858	6.950	9.382	1.503	1.363	5.447	8.019
Total	1.324.078	1.425.700					14.987	19.805				

TABLA 6. Datos de población gallega total y población extranjera por tramos de edad, 2006 (Galicia)

		Edad									
		De 0 a 14 años		De 15 a 44 años		De 45 a 64 años		De 65 a 74 años		Más de 75 años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Ourense	General	15.950	15.046	61.068	61.310	41.292	42.027	19.711	22.952	21.208	32.243
	Extranjeros	366	409	1.127	2.153	229	453	26	78	18	40
Lugo	General	16.189	15.425	65.160	64.774	43.701	41.574	19.696	22.987	22.505	33.219
	Extranjeros	273	116	475	987	115	172	11	20	8	16
Pontevedra	General	61.001	57.361	212.576	208.485	114.177	119.126	38.523	47.246	31.189	56.563
	Extranjeros	892	871	3.726	3.979	789	912	57	129	39	44
A Coruña	General	63.580	60.208	239.070	240.042	141.047	147.122	52.229	62.735	44.206	75.255
	Extranjeros	1.534	1.406	4.343	6.142	873	1.451	131	239	69	144

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

En la actualidad, el factor que más incide en el perfil de morbimortalidad en Galicia es el grado de envejecimiento de la población, anteriormente aludido, con un fuerte peso de las patologías crónicas y degenerativas en general. Como consecuencia de ello, la distribución de la mortalidad proporcional continúa dando unos resultados en que las enfermedades cardiovasculares y los tumores ocupan el primer y el segundo lugar, respectivamente.

Como rasgos evolutivos principales, hay que resaltar dos hechos. En primer lugar, respecto a la evolución de la mortalidad en la infancia, uno de los indicadores más importantes para evaluar el nivel de salud de una población muestra para todos sus componentes (menores de 5 años, menores de 1 año, mortalidad perinatal, neonatal y posneonatal) una reducción superior al 60 % en todas las tasas analizadas desde 1985 hasta la actualidad. En segundo lugar, hay que destacar que desde 1980 hasta 2003, la esperanza de vida al nacer se incrementó en 5,29 años para las mujeres y en 4,49 años para los hombres, lo que representa unos resultados homologables o superiores a los países de nuestro entorno.

En lo que atañe a la morbilidad, hay que señalar la elevada cobertura del programa de vacunaciones infantiles, que ha condicionado la disminución de enfermedades como el sarampión y la hepatitis B, así como la inexistencia de casos de difteria, polio y tétanos neonatal desde hace años.

La incidencia de tuberculosis respiratoria, después de unos años de aumento, está disminuyendo progresivamente desde 1996 por el impacto del programa de prevención y control de esta enfermedad. Igualmente, la infección por VIH/Sida experimentó una notable reducción desde 1996, seguida de un estancamiento en los últimos años.

Sin embargo, el análisis del nivel de salud de la población hecho en la comunidad autónoma como paso previo a la elaboración del último Plan de Salud ofrece una valoración global de éste y de las principales prioridades que hay que abordar en los próximos años (2006-2010) al tener en cuenta criterios habituales de ponderación, como la magnitud de un problema, su gravedad, consumo de recursos, vulnerabilidad, factibilidad de su abordaje y opinión de los expertos y la ciudadanía. Atendiendo a estos criterios, los problemas más relevantes son:

- Enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares).
- Cáncer (de pulmón, de mama y colorrectal).
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Enfermedades transmisibles (VIH-Sida, de transmisión sexual y hepatopatías víricas).
- Trastornos mentales afectivos.
- Drogodependencias.
- Accidentes de tráfico.
- Problemas sanitarios ligados al envejecimiento.

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 (enfermedades de declaración obligatoria), registros de Sida y de tuberculosis, Sistema de Información Microbiológica de Galicia, conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria, encuestas de cobertura vacunal, de seroprevalencia y de salud bucodental. También se utilizan otras fuentes no periódicas, como las encuestas de salud en población pediátrica y general, encuestas de hábito tabáquico, etc.

En el año 2002 se puso en marcha el 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. Además, 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 e informes. 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.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

En el año 2005, tras las elecciones autonómicas que tuvieron lugar en el mes de junio, se produjo un cam-

bio de Gobierno en la Xunta de Galicia; el nuevo equipo directivo con responsabilidades sanitarias se fue incorporando 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 han ido publicando tienen que ver con la organización.

La primera de las tareas legislativas a la cual se tuvo que hacer frente fue establecer la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y del Servicio Gallego de Salud (Sergas). 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 cual la comunidad autónoma se quería dotar, que fuera funcionalmente operativa y que definiera las unidades directivas y los servicios asignados a cada una de ellas.

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

- Decreto 45/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería 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 Consejería de Sanidad compareció en el Parlamento de Galicia para contar las líneas estratégicas y políticas de actuación que se tiene pensado llevar a la práctica a lo largo de la legislatura. Dentro de estas líneas se ha 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 recibir sugerencias al respecto, ha pasado la fase de alegaciones y se ha enviado a sindicatos, asociaciones y representantes. Se colgó en la página *web* de la Consejería para que cualquier ciudadano también pudiera hacer las sugerencias que estimara convenientes y su tramitación parlamentaria comenzó a finales del año 2006.

Otras normas de interés ([tabla 7](#)) han sido las de la carrera profesional para el personal facultativo y sanitario no facultativo, el procedimiento de jerarquización y acceso a la carrera profesional del personal estatutario de cupo; la integración voluntaria en el régimen estatutario para el personal funcionario y laboral de los hospitales del Servicio Gallego de Salud (Sergas)

y dos ofertas públicas de empleo (OPE) para todas las categorías de personal estatutario (523 facultativos especialistas y 2.600 del resto de categorías).

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Desde que se elaboró el primer Plan de Salud de Galicia para el período 1993-1997, se fueron incorporando nuevas metodologías de evaluación del estado de salud de la población y de formulación de prioridades. Sin embargo, el principal problema con que se encontraron los sucesivos planes fue su limitada capacidad para modelar las diferentes actividades sanitarias, así como la dificultad en la evaluación de los resultados alcanzados.

El actual Plan de Salud 2006-2010 incide precisamente en estos aspectos incorporando cambios en el proceso de elaboración y en la metodología de evaluación que permitirán monitorizar el grado de implementación de las líneas de actuación diseñadas.

El proyecto de Ley de Salud de Galicia configura el Plan de Salud como un instrumento de planificación y dirección del sistema sanitario, lo que sin duda fortalecerá la capacidad operativa de los planes de salud.

La metodología seguida 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 la ciudadanía y de los profesionales a través de las encuestas de salud y de la encuesta Delphi, respectivamente, se constituyeron una serie de grupos a tres niveles:

1. Un grupo director con responsabilidades político-estratégicas, dirigido por la consejera de Sanidad y compuesto por altos cargos de la Administración.
2. Un grupo técnico, responsable de la elaboración y seguimiento del plan, y específicamente del proceso de priorización de problemas.
3. Los grupos de trabajo, específicos para cada problema de salud, compuestos por profesionales expertos(as) en las diferentes materias. Estos equipos se constituyeron para realizar el análisis detallado de cada problema y diseñar las estrategias, objetivos y líneas de actuación para su minoración.

De forma esquemática, la [figura 1](#) muestra los principales hitos del plan de salud.

TABLA 7. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Galicia)

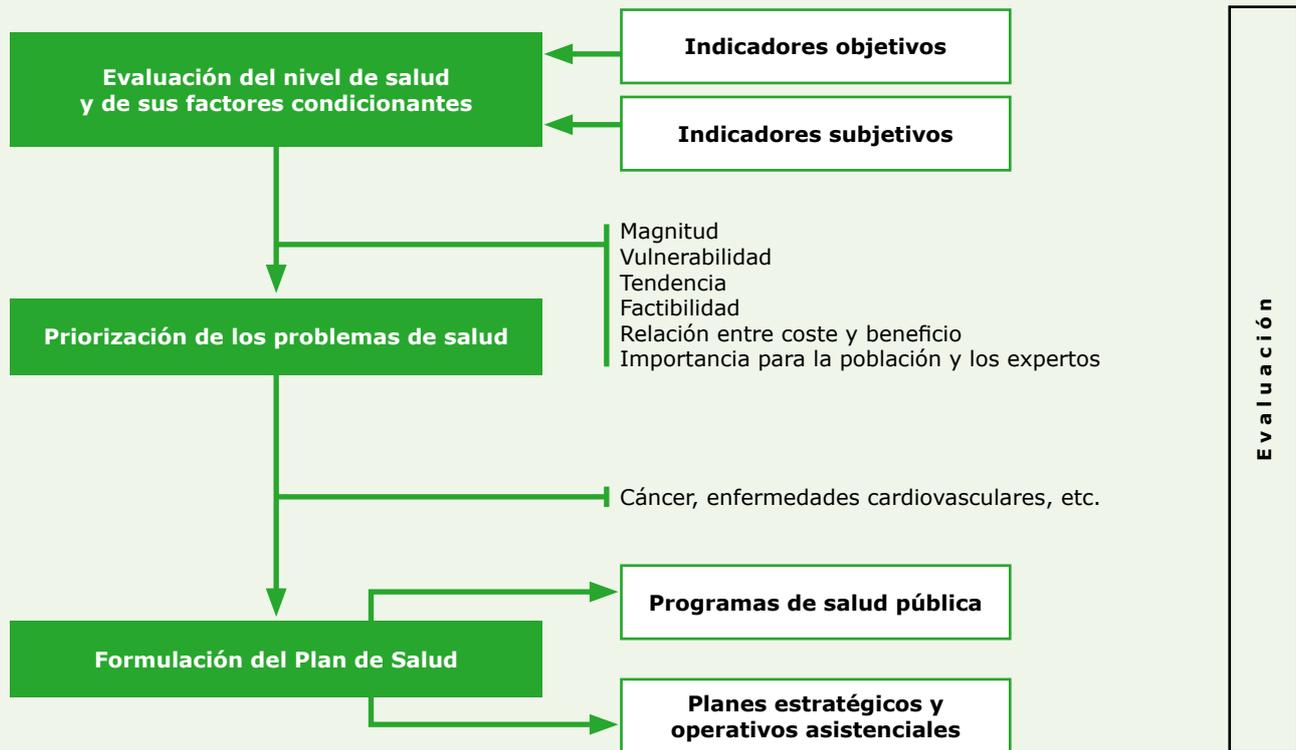
Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Ley 7/2006	DOG 12/12/2006	Modificación de la Ley 5/1999, de ordenación farmacéutica de Galicia	Modificación del Artículo 19.5 de la Ley 5/1999, de 21 de mayo
Orden de 29 de marzo 2006	DOG núm. 76 20/04/2006	Regulación del certificado electrónico de identidad de los profesionales sanitarios	Publicada
Orden de 22 de febrero de 2006	DOG núm. 53 16/03/2006	Modificación de la 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	Publicada
Decreto 45/2006, de 23 de febrero	DOG 21/03/2006	Estructura orgánica de la Consejería de Sanidad	Publicado
Decreto 46/2006, de 23 de febrero	DOG 21/03/2006	Estructura orgánica del Servicio Gallego de Salud	Publicado
Orden de 8 de mayo de 2006	DOG núm. 99 25/05/2006	Delegación de competencias en órganos centrales y periféricos de la Consejería de Sanidad	Publicada
Orden de 8 de mayo de 2006	DOG núm. 99 25/05/2006	Delegación de competencias en órganos centrales y periféricos del Servicio Gallego de Salud	Publicada
Orden de 24 de mayo de 2006	DOG 13/06/2006	Procedimiento para el reconocimiento de la consolidación de grado personal para determinadas categorías de personal estatutario fijo del Sergas	Publicada
Decreto 97/2006, de 8 de junio	DOG 16/06/2006	Autorización para la suscripción de un acuerdo transaccional entre la Xunta de Galicia y el Ayuntamiento de Vigo con el fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que se deducen del acuerdo de transferencia del Hospital Municipal Nicolás Peña	Publicado
Decreto 107/2006, de 15 de junio	DOG 04/07/2006	Composición y funcionamiento de los órganos colegiados en el área de drogodependencias	Modifica el Decreto 341/1998, de 12 de noviembre
Decreto 110/2006, de 22 de junio	DOG 12/07/2006	Supresión de la medalla y placa al mérito sanitario de la Comunidad Autónoma de Galicia	Deja sin efecto el Decreto 282/1997, de 1 de octubre
Orden de 22 de agosto de 2006	DOG 11/09/2006	Distribución y control de recetas oficiales de estupefacientes	Publicada
Instrucción de 4 de septiembre de 2006	DOG 13/10/2006	Procedimiento administrativo de exigencia de responsabilidad patrimonial por daños derivados de asistencia sanitaria	Publicada
Orden de 12 de septiembre de 2006	DOG 02/10/2006	Plan de Inspección Sanitaria para el año 2006	Publicada
Orden de 11 de mayo de 2006	DOG 29/05/2006	Regulación de las ayudas para realizar programas de prevención del alcoholismo	Publicada
Orden de 9 de mayo de 2006	DOG 25/05/2006	Bases y convocatoria, en régimen de concurrencia competitiva, de subvenciones a proyectos de investigación-acción que tengan relación con el esfuerzo global anti-VIH/Sida	Publicada
Resolución de 3 de noviembre de 2006	DOG 13/11/2006	Actualización del calendario infantil del Programa Gallego de Vacunaciones	Publicada
Orden de 22 de febrero de 2006	DOG, núm. 54 17/03/2006	Renovación de la acreditación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia	Publicada
Orden de 25 de agosto de 2006	DOG 12/09/2006	Ampliación del importe máximo de las subvenciones en ejercicio presupuestario 2006 para realización de programas destinados a prestar atención a los enfermos con trastornos mentales persistentes en los dispositivos de apoyo comunitario dependientes de las asociaciones de familiares de enfermos psíquicos y otras entidades sin ánimo de lucro	Publicada

Continuación TABLA 7

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado	Observaciones
Orden de 31 de marzo de 2006	DOG 06/04/2006	Regulación de subvenciones para la realización de programas destinados a prestar atención a los enfermos con trastornos mentales persistentes en los dispositivos de apoyo comunitario dependientes de las asociaciones de familiares de enfermos psíquicos y otras entidades sin ánimo de lucro	Publicada
Decreto 167/2006, de 14 de septiembre	DOG 28/09/2006	Modificación del Decreto 278/2002 del mapa farmacéutico	Publicado
Decreto 225/2006, de 23 de noviembre	DOG 11/12/2006	Regulación de la dispensación renovable para tratamientos de larga duración	Modificación del Decreto 244/2003, de 24 de abril
Orden de 31 de marzo de 2006	DOG 06/04/2006	Subvenciones para la realización de los programas destinados a prestar atención a enfermos con trastornos mentales persistentes	Publicada
Instrucción núm. 3/06	DOG núm. 80 26/04/2006	Pago y procedimiento de aplicación en la nómina de la remuneración complementaria por intersustituciones a los pediatras, odontólogos y fisioterapeutas de las unidades y servicios de atención primaria	Publicada
Decreto 256/2006, de 28 de diciembre	DOG núm. 7 10/01/2007	Procedimiento de jerarquización y acceso a la carrera profesional del personal estatutario especialista de cupo del Servicio Gallego de Salud	Publicado
Decreto 255/2006, de 28 de diciembre	DOG 10/01/2007	Sistema acreditador de la formación continuada de los profesionales sanitarios	Modificación del Decreto 8/2000, de 7 de enero
Orden de 14 diciembre de 2006	DOG núm. 1 02/01/2007	Integración en la categoría de facultativo especialista de área de determinado personal estatutario, licenciado sanitario especialista, del Servicio Gallego de Salud	Publicada
Orden de 14 diciembre 2006	DOG núm. 1 02/01/2007	Tercer procedimiento de integración voluntaria en el régimen estatutario para el personal funcionario y laboral de los hospitales dependientes del Servicio Gallego de Salud	Publicada
Decreto 237/2006, de 21 de diciembre	DOG 22/12/2006	Oferta de empleo público 2006 del personal sanitario funcionario de la Ley 17/1989, de 23 de octubre	Publicado
Decreto 238/2006, de 21 de diciembre	DOG 22/12/2006	Oferta de empleo público determinadas categorías de personal estatutario para 2006	Publicado
Orden de 11 de enero de 2007	DOG 22/01/2007	Modificación de la Orden, de 10 de febrero de 2000, por la que se desarrolla el procedimiento para el nombramiento de miembros de la comisión autonómica del sistema acreditador de la formación continuada de los profesionales sanitarios en la Comunidad Autónoma de Galicia	Publicada
Orden de 30 de mayo de 2006	DOG 19/06/2006	Concesión de subvenciones a las entidades locales para el mantenimiento de puntos de atención continuada y zonas especiales de urgencias que funcionen en centros de salud de titularidad municipal	Publicada
Anteproyecto de Ley de Salud de Galicia		Nueva regulación (implicará la derogación de la Ley 7/2003)	Comenzada la tramitación a finales de 2006
Orden de 22 de febrero de 2006	DOG 16/03/2006	Regulación de la composición, organización y funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Sanitario de Galicia	Modificación de la Orden de 25 de mayo de 2005

DOG, Diario Oficial de Galicia.

FIGURA 1. Planificación sanitaria: Plan de Salud, 2006 (Galicia)



Además del Plan de Salud, la Consejería de Sanidad tiene en marcha, o está elaborando, otros planes y programas que se mencionan en la [tabla 8](#).

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 mayor conocimiento de la ciudadanía sobre la totalidad del trabajo desarrollado en la Consejería de Sanidad para la prestación de servicios esenciales y de gestión de importantes recursos.

Para 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 que su intención primaria es mejorar la salud).

Ésta 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 a 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, cabe señalar que este documento de posicionamiento estratégico define la visión, los valores, las estrategias y los proyectos más relevantes para el período 2005-2009. Algunos proyectos tendrán impacto positivo en poco tiempo, pero otros representan 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 deben tenerse en cuenta en todas las actuaciones y decisiones, así como en todos los niveles y procesos del sistema sanitario gallego.

TABLA 8. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Galicia)

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1992	En el año 2006 se continúa con la ampliación gradual hasta los 69 años
	Apoyo psicológico tras el diagnóstico y durante el tratamiento	Sí		Se editó una guía de apoyo psicológico que deben poner en práctica los hospitales del sistema Se realizaron cursos de <i>counselling</i> dirigidos a los profesionales del sistema con el objetivo de formarlos para que puedan ofertar el adecuado apoyo psicológico a las mujeres con cáncer de mama
Cáncer de cuello uterino	Programa de cribado poblacional		En proyecto	En el año 2006 se plantea un programa de cribado mixto: oportunista y con captación activa de las mujeres no adecuadamente cribadas
Hipoacusia en recién nacidos	Programa gallego para la detección precoz de la sordera en el período neonatal	Sí	Desde 2002	En el año 2006 se inicia el proceso para ampliar la cobertura del programa a los centros privados
Actividad física y alimentación equilibrada	Programa Gallego de Actividades Saludables, Ejercicio y Alimentación (Pasea)	Sí	Desde 2005	En el año 2006 se revisó el programa para fortalecer las redes de comunicación y mejorar la gestión Se inician cursos de formación continuada a profesionales sanitarios en dos temas: lactancia materna y alimentación y actividad física
Enfermedades inmunoprevenibles	Programa gallego de prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles	Sí	Desde 1981	Desde el 6 de febrero al 30 de junio de 2006 se realiza una campaña extraordinaria de vacunación frente a las enfermedades meningocócicas por el serogrupo C en población de 13 a 25 años
VIH/Sida	Plan de acción contra VIH/Sida en Galicia	Sí	Desde 1986	En el año 2006 se fija como objetivo general estabilizar la incidencia anual de Sida por debajo de 50 casos por cada millón de habitantes y se destaca, dentro de los objetivos específicos, disminuir anualmente el 20 % o más el número de casos nuevos de Sida con un intervalo de tiempo con el diagnóstico de VIH(+) inferior a 12 meses
Tuberculosis	Programa gallego de prevención y control de tuberculosis	Sí	Desde 1994	En el año 2006 se fija como nuevo objetivo alcanzar una incidencia de tuberculosis inferior a 25 casos por cada 100.000 habitantes
Tabaco	Programa gallego de promoción de vida sin tabaco	Sí	1994	Se pone en marcha el sistema de información de conductas de riesgo Se elabora el plan de inspección hotelera para cumplimiento y seguimiento de la Ley 28/2005 Se realiza una encuesta de consumo de tabaco en profesionales sanitarios Se instaura el programa Deixao para proporcionar ayuda a las personas fumadoras en el ámbito laboral (sanitario, docente y administrativo)
Salud bucodental	Programa gallego de salud bucodental	Sí	1986	
Seguridad alimentaria	Programa de control oficial de industrias	Sí	Desde 2001	
	Programa de control oficial de restauración colectiva	Sí	Desde 2005	

Continuación TABLA 8

	Nombre del plan	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Sanidad ambiental	Programa sanitario de vigilancia de aguas de consumo humano	Sí	Desde 1989	
	Programa de control sanitario de sustancias químicas	Sí	Desde 1996	
	Programa de control sanitario de campamentos públicos de turismo y campamentos juveniles	Sí	Desde 1987	
	Programa de control sanitario de las zonas de baño	Sí	Desde 1983	
	Programa de control sanitario de piscinas de uso colectivo	Sí	Desde 1989	
	Programa de salud laboral	Sí	Desde 1998	
	Programa de control de residuos de establecimientos sanitarios	Sí	Desde 1998	
	Programa gallego de prevención y control de legionelosis	Sí	Desde 2001	
	Programa sanitario de vigilancia de establecimientos de tatuaje, <i>piercings</i> y micropigmentación	Sí	Desde 2005	
Cuidados paliativos	Plan Autonómico de Cuidados Paliativos	Sí	Desde 2006	Guía elaborada con su puesta en marcha en todas las áreas sanitarias Implantación de camas en todos los hospitales públicos Coordinación a través de hospitalización domiciliaria con atención primaria
Enfermedades cardiovasculares	Programa Progaliám	Sí	Desde 2004	Programa Gallego de Infarto Agudo de Miocardio
	Planes sectoriales	Sí	2006	Evaluación de la atención a pacientes crónicos en las siete áreas de atención primaria Autoevaluación de los profesionales dirigida a actividades de mejora Proyectos de gestión de enfermedades en insuficiencia cardíaca y enfermo pluripatológico, compartidos entre atención primaria y atención especializada y en colaboración con la Sociedad Gallega de Medicina Interna y el nodo gallego de la Red de Medicina Basada en la Evidencia
Salud mental	Plan Estratégico de Salud Mental Nuevo Plan Gallego de Salud Mental	Sí	En elaboración	
Violencia de género	Plan de acción	Sí	2002-2005	
	Acciones preventivas		En proyecto	Incluido en el Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer
	Protocolo de actuación sanitaria		En proyecto	Incluido en el Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer

VIH, virus de inmunodeficiencia humana.

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 deben causar 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 resumen en la figura 2.

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

Atención a la salud de las personas inmigrantes

Dentro de las funciones de aseguramiento, el servicio de tarjeta sanitaria y acreditación personal tiene el cometido de garantizar la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria tanto de los residentes en la comunidad autónoma de Galicia como de aquellas personas que, mediante convenios de colaboración con la Consejería de Sanidad o el Servicio Gallego de

Salud, tienen acceso a la utilización de sus servicios sanitarios. Asimismo, tienen derecho a la asistencia en igualdad de condiciones, aun cuando no tengan su situación regularizada, los menores de 18 años y las embarazadas, y a la asistencia urgente en el resto de los casos.

En la tabla 9 se recogen las altas realizadas en 2006 en tarjeta sanitaria.

TABLA 9. Datos de la población extranjera de alta en tarjeta sanitaria individual durante 2006 (Galicia)

Empadronados	6.561
Menores	537
Embarazadas	13
Urgentes	109

En el marco de convenio de colaboración se desarrollan los que siguen:

- Convenio de colaboración entre el Sergas y la Asociación de Inmigrantes Senegaleses de Ourense. Dicho convenio tiene la finalidad de prestar asistencia a los menores senegaleses que acuden a Galicia en vacaciones. El programa de acogida familiar pretende mantener los vínculos entre los residentes senegaleses de Ourense y sus familiares en Senegal, evitando el desarraigo.
- Convenio de colaboración entre el Sergas y la Asociación Solidaridade Galega co Pobo Saharai, para la prestación de asistencia sanitaria a los menores de edad, procedentes de campamentos de refugiados que pasaron sus vacaciones de verano 2006 en el seno de familias residentes en Galicia a través del Programa Vacaciones en Paz.
- Convenio de colaboración entre el Servicio Gallego de Salud y la Asociación Leticia Cativa, la cual desarrolla una labor social a favor de niños de ciertas regiones de la Federación Rusa que vienen a Galicia de vacaciones a través del programa de acogida supervisado por la Vicepresidencia de Bienestar Social.

Como equidad en la prestación, se ha incorporado la píldora poscoital o anticoncepción de emergencia gratuita para todas las mujeres.

La tabla 10 resume algunos de los proyectos y medidas para la equidad.

FIGURA 2. Análisis de las estrategias de actuación, 2005-2009 (Galicia)

ESTRATEGIA	Objetivo o ámbito específico del desarrollo de actividades de colaboración sanitaria	Nº de Proyectos
ESTRATEGIA 1	PLAN 1 PLAN DE IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS	7
	PLAN 2 PLAN DE GARANTÍA DOS DERECHOS	8
	PLAN 3 PLAN DE NORMALIZACIÓN LINGÜÍSTICA NA SANIDADE GALEGA	2
	Totales	17
ESTRATEGIA 2	PLAN 4 PLAN DE COMUNICACIÓN EXTERNA E IMAGE CORPORATIVA	3
	PLAN 5 PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA	1
	Totales	4
ESTRATEGIA 3	PLAN 6 PLAN DE MELLORA DA CONTINUIDADE ASISTENCIAL	11
	PLAN 7 PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSOAS DEPENDENTES E CON PATOLoxÍA CRÓNICA	4
	Totales	15
ESTRATEGIA 4	PLAN 8 PLAN DE INCENTIVACIÓN E MELLORA DOS PROFESIONAIS	12
	PLAN 9 PLAN DE MELLORA 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
	Totales	19
ESTRATEGIA 5	PLAN 12 PLAN DE MELLORA DE CALIDADE DOS SERVIZOS SANITARIOS	8
	PLAN 13 PLAN DE SAÚDE MENTAL	1
	PLAN 14 PLAN DE MELLORA DA CONFIDABILIDADE NO SISTEMA	8
	PLAN 15 PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL A MULLER	3
	PLAN 16 PLAN MELLORA DOS SERVIZOS DE SAÚDE PÚBLICA	8
	Totales	22
ESTRATEGIA 6	PLAN 17 PLAN PARA A MELLORA DA EFICIENCIA DOS SERVIZOS SANITARIOS	18
	PLAN 18 PLAN DE APOIO A XESTIÓN	10
	PLAN 19 PLAN DE MANTENIMENTO DE INSTALACIÓNS E EQUIPOS SANITARIOS	2
	Totales	22
ESTRATEGIA 7	PLAN 20 PLAN DE MELLORA DAS TECNOLOGÍAS DA INFORMACIÓN	3
	PLAN 21 PLAN DE MELLORA DOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	9
	Totales	12
ESTRATEGIA 8	PLAN 22 PLAN DE REFORMAS ORGANIZATIVAS	8
	PLAN 23 PLAN DE OPERATIVIZACIÓN DA CARTERA DE SERVIZOS E NOVAS PRESTACIÓNS	3
	PLAN 24 PLAN DE IMPLANTACIÓN DE FERRAMENTAS DE GESTIÓN	5
	PLAN 25 PLAN DE SAÚDE 2006-2008	1
	Totales	17
ESTRATEGIA 9	PLAN 26 PLAN DE FOMENTO DA PARTICIPACIÓN CÍVIL NO SISTEMA	2
	Totales	2
Nº Total de proxectos		138

TABLA 10. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Galicia)

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	Directriz estratégica	Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer Ley gallega de Igualdad	Iniciado en 2006. Presentado el 5 de mayo de 2007 32 Proyectos con perspectiva de género
Etnia	Sí	Convenio de colaboración		Estancia de niños: saharauis, senegaleses y rusos Convenio y viaje hacia la vida (intervenciones quirúrgicas de cardiopatías infantiles) Emigrantes gallegos
Discapacidad	Sí	Directriz estratégica	Proyecto de Ley del Servicio Gallego de Salud (2006)	Incluido en el Plan de Salud iniciado en 2006
Garantías	Sí	Directriz estratégica	Proyecto de Ley del Servicio Gallego de Salud (2006)	Iniciado el desarrollo en 2006

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

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

La Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma gallega ha realizado un estudio de disponibilidad de facultativos para la próxima década. De acuerdo con dicho informe, algunas especialidades serán deficitarias, 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 ha abordado un plan de provisión que integra medidas de consolidación de empleo eventual y su transformación en estable en diversas especialidades.

Dentro de las acciones 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 2 años. Se ha realizado una convocatoria que ha atraído a un gran número de aspirantes correspondientes a 2006 y se efectuará otra en 2008.

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. La carrera profesional en Galicia es un incentivo que motiva la permanencia en esta comunidad.

Las dificultades derivan de la capacidad de formación de residentes y del número de especialistas que cumplen la edad de jubilación. En el Sergas está pro-

rogada, con carácter general, para todo el personal facultativo hasta los 70 años.

Asuntos en debate en la actualidad

La jornada ordinaria y la complementaria en guardias, así como la especial, con carácter general, no están 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.

En urgencias hospitalarias se han mejorado las condiciones de trabajo y se ha obviado de la exención automática por razón de edad para vincular la exención de guardias a la salud y no a la edad como primer paso hacia los problemas derivados del automatismo por exención de guardias. También se prevé la realización de jornada máxima diferenciando la retribución de la ordinaria y también retribuyendo la disponibilidad para esa extensión.

Los contratos de gestión del Sergas con los centros directivos prevén incentivos ligados a objetivos. En cuanto a 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 atención primaria. Actualmente, se está regulando la prolongación de la jornada como forma de sustitución del personal con personal fijo.

Planificación y gestión de la formación continuada

La elaboración, desarrollo e implementación del Plan de Formación Continuada del Sistema Sanitario de Galicia se sustenta en seis elementos fundamentales, que se describen a continuación.

Identificación de las necesidades de formación

Se pretende detectar las necesidades sentidas por los profesionales (enfoque subjetivo) y 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 Consejería de Sanidad, con la colaboración de la Universidad de Santiago (USC), iniciará el mes de julio un trabajo de investigación para conocer mejor las demandas formativas de los y las profesionales, sanitarios(as) y no sanitarios(as), de las instituciones sanitarias del Sergas. Esta investigación incorpora dos fases:

- Una primera fase de naturaleza cuantitativa: encuesta a través de entrevista personal.
- Otra de naturaleza cualitativa ligada al análisis de tareas, mediante entrevistas en profundidad con personal directivo y grupos de discusión integrados por mandos intermedios.

Definición de las áreas temáticas

Son unidades de contenido en las cuales 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 el elemento que determine su inclusión en una de las siguientes áreas:

- Asistencia sanitaria.
- Prevención y promoción de la salud.
- Comunicación y atención a la persona usuaria.
- Administración, gestión y dirección de las organizaciones sanitarias.
- Gestión del conocimiento en la organización.
- Tecnología.

Participación de las diferentes unidades de la Administración sanitaria y de las gerencias de los centros asistenciales

La Administración sanitaria y las gerencias de los centros asistenciales participan tanto en el planteamiento de propuestas formativas, como en la programación, implementación, difusión y seguimiento de las actividades que integren el plan.

Planificación de la formación continuada

La planificación de la formación continuada debe garantizar simultáneamente 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 pormenorizado de las propuestas procedentes de las unidades y centros, que será realizada en función de los criterios de inclusión de actividades en el Plan de Formación Continuada del Sistema Sanitario de Galicia.

a) Pertinencia de la actividad formativa en relación con:

- El Plan de Salud 2006-2009.
- La orientación a las directrices de la política sanitaria de Galicia para el período 2005-2009.
- La importancia de la actividad formativa para la unidad proponente, que, a su vez, estará determinada por la justificación y/o necesidad a la que responde la actividad para la unidad que la propone y el grado de prioridad que le es otorgado por ésta.

b) Identificación de déficit de formación y detección de propuestas innecesarias, redundantes o duplicadas injustificadamente, en función de:

- El área temática.
- El objetivo de la actividad formativa.
- Las características de los destinatarios:
 - Profesión.
 - Tarea, actividad y/o puesto de trabajo de los receptores de la formación, que los configura como destinatarios de ésta.
 - Número de ediciones consideradas necesarias para cubrir los objetivos y justificación en caso de propuesta de más de una edición.

Programador docente

Es un elemento clave de la calidad y seguimiento de las actividades, cuyas funciones deben ir más 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.

Evaluación de proceso

Esta evaluación se realiza mediante indicadores como proporción de alumnos admitidos y alumnos que finalizan el curso, calidad y satisfacción de discentes y do-

centes, porcentaje de cursos aplazados, suspendidos, con menos de la mitad de las plazas cubiertas y con incidentes o disconformidades.

Para la actividad realizada durante y a partir de 2006, estos indicadores se calcularán trimestralmente por curso, por unidad proponente y para el total de actividades realizadas en ese período. Además, se evaluarán anualmente las disconformidades 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 y alumnas admitidos(as)/solicitudes recibidas.
 - Estudiantes que completan el curso/estudiantes admitidos(as).
 - Opinión y satisfacción global de los alumnos y alumnas con relación al curso/ mejor evaluación posible.
 - Opinión y satisfacción global de los y las alumnos(as) con relación a las ponentes/mejor evaluación posibles.
 - 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 disconformidades/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 disconformidades.
 - Cursos acreditados/total de cursos programados.

Encuestas de satisfacción al personal

Se ha realizado un estudio de clima laboral, que se describe a continuación.

Introducción

Durante el primer semestre de 2006, el Sergas realizó una encuesta a sus trabajadores para evaluar los factores de riesgo psicosocial y su repercusión en la salud, el estrés y la satisfacción.

La encuesta fue distribuida a una muestra representativa de 4.000 trabajadores de las instituciones sanitarias, que deberían contestar el cuestionario, una versión media, del método Istat 21 (CoPsoQ). Se pretende conocer las percepciones que tienen los profesionales del Sergas e identificar cuáles son los factores laborales de naturaleza psicosocial que pueden representar un riesgo para la salud y el bienestar de los trabajadores.

Esta iniciativa tuvo buena acogida en todos los ámbitos de la organización y se refrenda con el alto grado de participación de los y las trabajadores(as), que, dado el carácter voluntario, permite afirmar que los datos recogidos son un fiel reflejo de las condiciones de trabajo percibidas por los profesionales de las instituciones sanitarias públicas gallegas.

Objetivo

El objetivo era realizar la evaluación de los factores de riesgo psicosocial y conocer su repercusión en la salud, el estrés y la satisfacción.

Muestra

La muestra representativa era de 4.000 trabajadores, por ser imposible aplicar el método Istat 21 (CoPsoQ) a más de 32.000 trabajadores fijos y eventuales, distribuidos en más de 500 centros de trabajo repartidos por toda Galicia.

La muestra, estratificada en ocho grupos de estudio, es fija, no proporcional y toma de forma aleatoria a 500 personas dentro de cada grupo. Con una respuesta estimada del 60 %, se obtendrían 300 individuos de cada grupo, permitiendo que para la máxima varianza ($p = q = 0,5$) con intervalo de confianza del 95 %, el error sea inferior al 6 %. Las estimaciones correspondientes para la totalidad del Sergas tienen un error máximo de ± 2 %.

Los cuestionarios contestados y validados fueron 2.310, (57,78 %). No obstante, y según recoge el método Istat 21, el análisis se debe hacer sobre la tasa de respuesta total, que se calcula dividiendo los cuestionarios contestados (2.310) entre la población diana (4.000) y restando la población a la que no se le pudo hacer llegar el cuestionario (por estar de baja, de vacaciones, etc., $n = 166$) durante el período de estudio, lo que permite alcanzar la tasa de respuesta total del 60,25 %.

Exposición a los factores de riesgo psicosocial. Puntuaciones "crudas"

Las puntuaciones "crudas" son las puntuaciones medias comparadas. Se trata de comparar las puntuacio-

nes, estandarizadas de 0 a 100, con las de la población de referencia. Los resultados se agrupan en dimensiones positivas, aquellas para las cuales la situación más favorable para la salud se produce en puntuaciones altas, y dimensiones negativas, aquellas para las cuales la situación más favorable para la salud se produce en puntuaciones bajas.

Los valores alcanzados por las dimensiones positivas se presentan en la [tabla 11](#) y los valores alcanzados por las dimensiones negativas se presentan en la [tabla 12](#). En ambas, las dimensiones son ordenadas desde la situación más desfavorable hasta la más favorable (de mayor a menor diferencia entre el valor obtenido en el Sergas y el valor de referencia do método Ista 21 [CoPsoQ]).

Exposición a los factores de riesgo psicosocial. Prevalencia de la exposición

La prevalencia de la exposición representa la proporción de trabajadores y trabajadoras del Sergas incluidos en cada tercil de referencia. El nivel de exposición más desfavorable se representa en color rojo, el nivel de exposición intermedia, en color amarillo y el nivel de exposición más favorable, en color verde.

Los resultados obtenidos se presentan en la [tabla 13](#), que muestra, además, el porcentaje de trabajadores expuestos en cada uno de los tres niveles de exposición.

Identificación de exposiciones problemáticas y exposiciones favorables

Los resultados presentados en el apartado anterior permiten la identificación de exposiciones problemáticas, que son la base técnica objetiva para establecer prioridades y orientar la acción preventiva.

Principales exposiciones problemáticas

Atendiendo al porcentaje de trabajadores expuestos a situaciones más desfavorables para la salud (más 50 %), puede afirmarse que los principales problemas de la plantilla del Sergas son, por orden de prevalencia: la estima (72,2 %), esconder emociones (71,1 %), la doble presencia (69,1 %), las exigencias psicológicas emocionales (68,7 %), las exigencias psicológicas sensoriales (68,4 %), la inseguridad (68,0 %), el conflicto de rol (61,9 %), la calidad de liderazgo (60,1 %), la previsibilidad (56,6 %), el control sobre el tiempo de trabajo (54,4 %), las exigencias psicológicas cognitivas (53,9 %) y las exigencias psicológicas cuantitativas (51,7 %).

TABLA 11. Puntuaciones medianas comparadas de dimensiones positivas, 2006 (Galicia)

Dimensiones positivas	Sergas	Población de referencia
Previsibilidad	37,5	59,3
Estima	52,7	74,2
Calidad de liderazgo	38,8	56,5
Control de tiempos de trabajo	40,6	54,2
Apoyo social	60,3	67,0
Influencia	38,2	44,9
Refuerzo	59,0	61,9
Sentimiento de grupo	75,0	75,3
Claridad de rol	76,2	75,4
Posibilidad de relación social	74,2	69,1
Integración en la empresa	64,1	58,9
Posibilidad de desarrollo	63,9	55,5
Sentido del trabajo	88,6	74,9

Sergas, Servicio Gallego de Salud.

TABLA 12. Puntuaciones medianas comparadas de dimensiones negativas, 2006 (Galicia)

Dimensiones positivas	Sergas	Población de referencia
Inseguridad	51,1	23,2
Esconder emociones	59,8	36,6
Exigencias psicosociales emocionales	59,3	36,3
Exigencias psicosociales sensoriales	80,2	58,0
Doble presencia	50,5	35,3
Exigencias psicosociales cuantitativas	47,6	36,4
Exigencias psicosociales cognitivas	60,4	49,2
Conflicto de rol	47,7	37,0

Sergas, Servicio Gallego de Salud.

Otras exposiciones problemáticas

Las dimensiones en que el porcentaje de trabajadores que están en situación más desfavorable (el 49 % y el 33,3 %) por grupo y orden de prevalencia son: la influencia (43,8 %) y el apoyo social (38,6 %).

Exposiciones favorables

Atendiendo al porcentaje de trabajadores expuestos (más del 33,3 %) a situaciones más favorables para la salud por grupo y orden de prevalencia son: el sentido del trabajo (66,2 %), las posibilidades de desarrollo

TABLA 13. Porcentaje de trabajadores del Sergas en cada nivel de exposición, 2006 (Galicia)

	Situación más desfavorable (%)	Situación intermedia (%)	Situación más favorable (%)
Doble presencia	69,1	22,8	8,1
Exigencias psicológicas cuantitativas	51,7	30,4	17,9
Exigencias psicosociales sensoriales	68,4	20,7	10,9
Exigencias psicológicas cognitivas	53,9	29,3	16,8
Exigencias psicológicas emocionales	68,7	23,7	7,6
Esconder emociones	71,1	21,1	7,9
Influencia	43,8	29,4	26,8
Control de tiempos de trabajo	54,4	25,6	20,1
Posibilidades de desarrollo	20,0	26,4	53,6
Sentido del trabajo	13,3	20,5	66,2
Integración en la empresa	27,8	34,1	38,1
Inseguridad	68,0	22,4	9,6
Claridad de rol	30,7	24,8	44,5
Conflicto de rol	61,9	19,3	18,8
Previsibilidad	56,6	29,3	14,1
Apoyo social	38,6	28,9	32,6
Refuerzo	27,6	42,0	30,4
Posibilidad de relación social	25,4	34,3	40,3
Sentimiento de grupo	29,9	31,4	38,7
Calidad de liderazgo	60,1	22,6	17,4
Estima	72,2	16,1	11,7

Sergas, Servicio Gallego de Salud.

(53,6 %), la claridad de rol (44,5 %), las posibilidades de relación social (40,3 %), el sentimiento de grupo (38,7 %) y la integración en la empresa (38,1 %).

Dimensiones no incluidas en las clasificaciones anteriores

El refuerzo es la única dimensión que no se puede incluir en la clasificación anterior.

Información sobre las dimensiones de salud, estrés y satisfacción

En las tablas 14-16 se presentan los resultados de salud estratificados por sexo y grupos de edad, y en las tablas 17 y 18, los datos de estrés y satisfacción.

Estas dimensiones del método Ista 21 (CoPsoQ) permiten conocer la percepción que tienen los trabajadores sobre su salud general, su salud mental y vitalidad. También permite evaluar el estrés y el porcentaje de trabajadores que presentan síntomas de estrés. No se debe intentar, a partir de estos datos, establecer relaciones causales, que deberán ser evaluadas mediante estudios específicos.

Conclusiones

- La participación fue la que se pretendía alcanzar en el estudio, el 60 %.
- Las exigencias psicológicas del trabajo presentan una exposición más problemática para los grupos sanitarios y menos en los grupos no sanitarios.
- Las compensaciones (inseguridad y estima) presentan exposición problemática para todos los trabajadores del Sergas.
- La doble presencia se presenta como problemática para todos los trabajadores y está relacionada con la conciliación de la vida laboral y familiar.
- El trabajo activo y el desarrollo de habilidades presentan una exposición problemática en relación con el control sobre el tiempo de trabajo y la influencia. La exposición es favorable con relación al sentido del trabajo, las posibilidades de desarrollo y la integración en la empresa.
- El apoyo social y la calidad de liderazgo se presenta como problemática para el conflicto de rol, la calidad de liderazgo, la previsibilidad y el apoyo social. Presentan una exposición favorable la cla-

TABLA 14. Porcentaje de trabajadores distribuidos según la percepción de su estado de salud general, 2006 (Galicia)

	Edad (años)	Peor (%)	Medio (%)	Mejor (%)
Todos	Hasta 35	33,0	20,9	44,3
	Entre 36 y 45	22,5	22,5	51,1
	Más de 45	22,7	20,0	51,3
	Todas las edades	24,5	21,0	50,0
Hombres	Hasta 35	31,1	22,1	45,7
	Entre 36 y 45	23,9	21,1	52,4
	Más de 45	22,1	21,1	52,1
	Todas las edades	23,8	21,3	51,4
Mujeres	Hasta 35	33,9	20,6	43,7
	Entre 36 y 45	22,1	23,4	50,0
	Más de 45	23,5	19,5	50,4
	Todas las edades	25,3	21,0	48,8

TABLA 15. Porcentaje de trabajadores distribuidos según la percepción de su estado de salud mental, 2006 (Galicia)

	Edad (años)	Peor (%)	Medio (%)	Mejor (%)
Todos	Hasta 35	32,7	23,8	42,8
	Entre 36 y 45	32,4	22,6	42,7
	Más de 45	38,4	21,3	36,9
	Todas las edades	35,4	22,2	39,8
Hombres	Hasta 35	41,1	27,1	30,8
	Entre 36 y 45	40,0	23,7	34,1
	Más de 45	41,6	21,4	34,2
	Todas las edades	41,0	22,8	33,7
Mujeres	Hasta 35	30,7	23,1	45,8
	Entre 36 y 45	28,4	23,1	46,1
	Más de 45	36,2	21,4	38,7
	Todas las edades	32,4	22,3	42,7

TABLA 16. Porcentaje de trabajadores distribuidos según la percepción de su estado de vitalidad, 2006 (Galicia)

	Edad (años)	Peor (%)	Medio (%)	Mejor (%)
Todos	Hasta 35	20,9	25,5	53,4
	Entre 36 y 45	24,1	24,4	50,0
	Más de 45	31,6	24,4	41,6
	Todas las edades	27,3	24,6	46,4
Hombres	Hasta 35	30,5	21,8	47,6
	Entre 36 y 45	27,4	27,7	42,8
	Más de 45	36,8	26,2	34,9
	Todas las edades	33,1	26,1	38,9
Mujeres	Hasta 35	18,7	26,4	54,8
	Entre 36 y 45	22,3	22,8	53,6
	Más de 45	28,6	23,2	45,7
	Todas las edades	24,4	23,8	50,2

TABLA 17. Puntuaciones medianas comparadas de los síntomas de estrés/satisfacción, 2006 (Galicia)

Dimensión	Medianas	Población de referencia
Síntomas conductuales de estrés	31,25	21,7
Síntomas somáticos de estrés	18,75	13,0
Síntomas cognitivos de estrés	25,0	18,8
Satisfacción con el trabajo	50,0	62,4

TABLA 18. Porcentaje de trabajadores distribuidos según los síntomas de estrés/satisfacción, 2006 (Galicia)

Dimensión	Peor	Medio	Mejor
Síntomas conductuales de estrés	57,13	24,49	18,38
Síntomas somáticos de estrés	55,97	31,95	12,08
Síntomas cognitivos de estrés	60,30	30,90	8,80
Satisfacción con el trabajo	51,97	20,82	27,21

ridad de rol, la posibilidad de relación social y el sentimiento de grupo.

- La salud general es mejor para la mitad de los trabajadores y trabajadoras y peor para una cuarta parte. La diferencia entre géneros no parece significativa.
- La salud mental es mejor para 4 de cada 10 trabajadores(as) y en una situación peor, también, afecta a 4 de cada 10. La diferencia entre géneros parece significativa, pues las mujeres reflejan una situación mejor.
- La vitalidad es mejor para la mitad de los(las) trabajadores(as) y peor para la cuarta parte. La diferencia entre géneros parece significativa y las mujeres reflejan una situación mejor.
- Los síntomas de estrés y satisfacción presentan unos resultados peores para más de la mitad de los(las) trabajadores(as) y los índices obtenidos son peores que los de referencia del método Ista 21.

Actuaciones en materia de género y violencia laboral

- Medidas para la conciliación de la vida doméstico-familiar y de la vida laboral. Este proyecto está integrado en el marco del Plan de Atención Integral a la Salud de las Mujeres, promovido la Consejería de Sanidad y el Sergas.
- Declaración institucional de principios para prevenir la violencia en el lugar de trabajo en el Sergas.
- Plan para la Prevención de la Violencia Laboral en el Sergas. Incluye la violencia de género que pueda producirse en el lugar de trabajo.
- Campaña de prevención da violencia laboral orientada a los y las pacientes, usuarios(as) y profesio-

nales del Sergas. Publicación de carteles, trípticos y calendarios.

- Programa formativo dirigido a los mandos intermedios para la mejora de las relaciones con las personas y curso de formación específica de los asesores confidenciales de víctimas de la violencia laboral:
 - Técnicas para afrontar la violencia laboral en el ámbito sanitario. Se trata de una actividad orientada a formar en cuestiones técnicas para afrontar la violencia laboral a los profesionales de prevención de riesgos laborales y a los profesionales designados como "asesores confidenciales" en los centros del Sergas.

Cada edición del curso tuvo una duración de 10 horas y participaron un total de 58 profesionales.
 - Comunicación y gestión de conflictos interpersonales. Se trata de una actividad orientada a la formación continuada de los actuales jefes y de los que se incorporen en un futuro. Se han celebrado 63 cursos, con una duración de 10 horas y han participado 1.500 profesionales. Esta actividad continúa a lo largo de este año hasta completar el programa de formación.
- Se está elaborando un plan de formación con contenidos específicos para la mujer, orientado a la promoción de la salud y protección de la maternidad.
- Estudio y análisis de los datos de violencia laboral. Se registraron 200 agresiones en el año 2006, de las cuales el 72,5 % fue a mujeres.

Las [tablas 19-22](#) resumen los aspectos relacionados con los profesionales de atención primaria y atención especializada.

TABLA 19. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2006 (Galicia)

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	FEGAS	Creada por acuerdo del Consello de la Xunta (19/12/1997) Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia (Arts. 156-158) Convocatoria anual de cursos de formación publicados en el DOG	Fundación pública

DOG, Diario Oficial de Galicia; FEGAS, Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria.

TABLA 20. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Galicia)

	Hombres	Mujeres	Edad			Totales
			Menos de 30 años	Entre 30 y 50 años	Más de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	1.367	1.292	179	1.769	711	2.659
Pediatría	138	201	30	172	137	339
Enfermería	500	2.109	642	1.396	571	2.609
Auxiliar enfermería	13	430	32	231	180	443
Comadronas	41	230	0	181	90	271
Farmacia	14	55	1	67	1	69
Psicología clínica	12	10	0	11	11	22
Otros profesionales sanitarios	114	237	47	265	39	351
Otros profesionales no sanitarios	925	1.770	163	2.092	440	2.695
Totales	3.132	6.334	1.094	6.184	2.180	9.458
Población atendida por equipos de atención primaria: 95,8 %						

Profesionales vinculados a lo largo del año 2006 con independencia del tipo y de la duración del vínculo.

TABLA 21. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Galicia)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menos de 30 años	Entre 30 y 50 años	Más de 50 años	
Medicina	2.610	2.082	678	2.589	1.425	Incluye farmacia
Enfermería	787	6.888	1.381	4.812	1.482	
Auxiliar de enfermería	139	6.238	496	4.208	1.673	
Otro personal sanitario	253	1.609	192	1.279	391	
Personal no sanitario vinculado	2.200	4.279	213	4.355	1.911	

FARMACIA

Durante el año 2006 se continuó con el desarrollo de la prescripción electrónica y se consiguió su implantación en las 11 áreas que constituyen nuestro sistema sanitario. El punto de partida fue la homogeneización y mantenimiento de bases de datos de medicamentos y productos sanitarios en los sistemas de información de atención primaria y especializada, y en este momen-

to puede afirmarse que los aplicativos de prescripción, homologación sanitaria de recetas y gestión y dispensación en farmacia hospitalaria utilizan la misma base de datos de medicamentos.

El modelo de prescripción incluido en el proyecto de historia farmacoterapéutica única facilita la interrelación entre niveles asistenciales y posibilita el uso racional del medicamento ya que a través de la propia herramienta se muestra como opción preferente la pres-

TABLA 22. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Galicia)

	Hombres	Mujeres	Edad			Totales
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Alergología	9	16	4	17	3	25
Análisis clínicos	66	106	13	88	72	172
Anatomía patológica	46	46	7	50	34	92
Anestesiología y reanimación	146	190	67	189	80	336
Angiología y cirugía vascular	33	20	13	29	11	53
Aparato digestivo	72	26	16	54	28	98
Cardiología	110	39	24	80	44	149
Cirugía cardiovascular	19	2	4	8	9	21
Cirugía general y del aparato digestivo	171	54	18	99	109	225
Cirugía maxilofacial	13	7	4	13	3	20
Cirugía pediátrica	27	10	2	24	11	37
Cirugía plástica y reparadora	24	13	8	17	11	37
Cirugía torácica	6	11	2	12	3	17
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	42	29	16	32	23	71
Endocrinología y nutrición	29	30	13	30	17	59
Farmacología clínica	2	1	1	0	2	3
Geriatría	9	11	5	14	1	20
Hematología y hemoterapia	38	65	16	47	40	103
Inmunología	5	5	0	6	4	10
Medicina intensiva	68	56	18	67	40	124
Medicina interna	170	132	43	186	73	302
Medicina nuclear	7	3	2	4	4	10
Medicina preventiva y salud pública	22	28	10	29	10	48
Microbiología y parasitología	17	44	4	34	22	61
Nefrología	40	29	11	33	24	69
Neumología	57	26	11	44	28	83
Neurocirugía	30	9	6	21	13	39
Neurofisiología clínica	24	15	2	15	22	39
Neurología	41	39	11	51	17	80
Obstetricia y ginecología	127	118	30	108	108	245
Oftalmología	97	73	24	82	64	170
Oncología médica	26	28	17	33	4	54
Otorrinolaringología	78	39	18	54	45	117
Psiquiatría	113	82	35	105	54	195
Radiodiagnóstico	119	127	24	146	76	246
Rehabilitación	28	34	16	25	22	62
Reumatología	27	9	6	25	5	36
Traumatología y cirugía ortopédica	198	38	35	108	93	236
Urología	81	9	7	43	41	90
Otros facultativos*	371	459	113	564	153	830

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista.*Incluye personal facultativo que no está incluido en las otras especialidades (admisión y documentación clínica, urgencias, pediatría, etc.).

cripción de genéricos y la prescripción por principio activo. Además, existe un proyecto en desarrollo de implementación "en red" en el módulo de prescripción electrónica de guías clínicas y farmacoterapéuticas de las patologías de mayor prevalencia como ayuda en la selección de la alternativa farmacoterapéutica más eficiente.

Se ha realizado un gran esfuerzo en la mejora del uso de productos sanitarios como apósitos de cura húmeda, absorbentes de incontinencia urinaria y tiras de glucemia mediante talleres de formación con profesionales de enfermería y elaboración de guías de buen uso. Se persigue una mejora en la calidad asistencial y la selección del mejor producto para cada situación. Asimismo, y dado que los productos sanitarios suponen el 6 % del total del gasto por prescripción a través de receta oficial en el Sergas, se ha optimizado tanto el sistema de adquisición como el de distribución.

Dentro del Plan de Uso Racional del Medicamento, se definieron de forma consensuada con grupos de médicos de atención primaria y atención especializada los indicadores de fomento de calidad de prescripción para las patologías de mayor prevalencia y se incluyeron en el programa de objetivos estratégicos de farmacia de cada gerencia. Cada facultativo puede autoevaluarse accediendo a su perfil de prescripción a través del módulo de prescripción electrónica y de la intranet del Sergas. En el informe se representa la evolución mensual y acumulada de los distintos indicadores y la comparativa con su servicio y su área. En el Plan del Uso Racional del Medicamento se incluyen programas de formación continuada dirigidos a médicos que se agruparon en las siguientes categorías: búsqueda bibliográfica, farmacovigilancia, terapéutica basada en la evidencia, análisis crítico de la literatura biomédica y actualizaciones terapéuticas.

En el ámbito hospitalario se han tramitado los primeros expedientes de contratación de medicamentos dentro del Proyecto de Integración de Compras del Sergas y se han constituido nuevos grupos de apoyo a la compra con representación de médicos y farmacéuticos que trabajan definiendo las características técnicas exigibles al producto. Este proyecto pretende mejorar la eficiencia y transparencia en la adquisición de los medicamentos en los servicios de farmacia hospitalaria y adecuar el procedimiento a la legislación vigente.

Además, se ha mejorado el cuadro de mandos de prestación farmacéutica en atención especializada.

Se ha elaborado una plantilla con datos de consumo y actividad con distintos epígrafes de manera que es posible realizar un análisis diferenciado de hospitalización, pacientes externos, pacientes que no generan estancias, centros concertados, etc. Esta plantilla, única para todos los hospitales, permite realizar comparaciones entre centros.

En atención primaria se ha continuado con la homologación sanitaria de recetas médicas y la atención farmacéutica a determinados grupos de pacientes: enfermos crónicos y polimedicados, a tratamiento con medicamentos de estrecho margen terapéutico o que requieren una supervisión especial, como anticoagulantes orales.

El centro de información de medicamentos evaluó los nuevos principios activos comercializados durante el año 2006 y elaboró los correspondientes boletines de evaluación farmacoterapéutica que pueden ser consultados por los facultativos en la intranet del Sergas.

Se han realizado labores de farmacovigilancia activa en centros sanitarios formando a profesionales, mediante campañas informativas y facilitando la notificación en red.

En el ámbito de la farmacia comunitaria, se han informatizado los archivos de registro obligatorio en el libro recetario oficial, sustituyendo el soporte físico y permitiendo su integración electrónica. Se ha mejorado la captación del código de identificación personal, consignado en la tarjeta individual sanitaria de tal manera que se puede recuperar la información de la persona usuaria en el 95 % de las recetas dispensadas.

A lo largo de 2006 se mantuvieron reuniones con los colegios oficiales de farmacéuticos para definir los requerimientos necesarios para la implantación de la receta electrónica. Las oficinas de farmacia han sido el medio elegido para hacer llegar al ciudadano las campañas de uso racional de antibióticos, obligatoriedad de receta médica para su dispensación y campañas de información sobre medicamentos genéricos.

Por último, la [tabla 23](#) resume los datos de dispensación farmacéutica extrahospitalaria.

INVESTIGACIÓN

A continuación, se describen las actividades implementadas a lo largo de 2006 sobre investigación en ciencias de la salud.

TABLA 23. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Galicia)

		Datos de 2006		Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	54.569.481		
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	7,67		El denominador es "total de recetas por especialidades farmacéuticas"
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	781.128.656,16		
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	3,63		El denominador es "total de recetas por especialidades farmacéuticas"
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	3.300.093 2.623.954 2.561.812	N05BA: derivados de la benzodiazepina A02BC: inhibidores de la bomba de protones C10AA: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa	
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	1.090.844 444.273 290.889	A02BC: inhibidores de la bomba de protones C10AA: inhibidores de la HMG-CoA-reductasa C09AA: inhibidores de la ECA monofármacos	

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. *Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. **Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*; ECA, enzima de conversión de la angiotensina; HMG-CoA-reductasa, 3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA-reductasa.

Convocatorias competitivas financiadas por el Gobierno autónomo relacionadas con la investigación

Ha habido convocatorias de ayudas de investigación del plan autonómico (Plan Gallego de I+D+I) correspondientes al año 2006, de la Consejería de Innovación e Industria:

- Orden de 12 de abril de 2006, por la que se convocan las ayudas para el año 2006 de la línea de incorporación estable del programa de incentiación de la incorporación e intensificación de la actividad investigadora en la Comunidad Autónoma de Galicia con destino a los centros de I+D sin ánimo de lucro (DOG, 21/04/2006).
- Orden de 16 de mayo de 2006, por la que se aprueban las bases que regirán las convocatorias de ayudas correspondientes a las acciones de los programas sectoriales de Recursos Naturales, Tecnologías para la Innovación y Servicios al Ciudadano del Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica y se procede a su convocatoria para el año 2006 (DOG, 29/05/2006).
- Orden de 16 de mayo de 2006, por la que se convocan ayudas del Programa de Promoción General de Investigación del Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica (DOG, 29/05/2006).
- Orden de 31 de julio de 2006, por la que se convocan las ayudas correspondientes a diversas acciones de formación de investigadores, del programa de Recursos Humanos del Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2002-2005) para el año 2006 (DOG, 17/08/2006).

Desarrollo de investigación aplicada a la práctica en hospitales, atención primaria, salud pública y programas

Dirección General de Salud Pública

Participa, junto con otras comunidades autónomas, en un estudio sobre el impacto de la aprobación de la ley del tabaco sobre el humo ambiental. En relación con el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, Galicia participa en los siguientes estudios:

- Análisis de la probabilidad acumulada de, al menos, un falso positivo en el cribado mamográfico en España en la indicación de alguna exploración adicional invasiva (punción-aspiración con aguja fina [PAAF], core-biopsia o biopsia quirúrgica).
- Estimación del impacto de la implantación de la mamografía digital en la probabilidad de falsos positivos en los programas de detección precoz del cáncer de mama.
- Determinantes de la densidad mamográfica en las mujeres participantes de los programas de detección precoz del cáncer de mama en España (DDM-Spain, Determinantes de la Densidad Mamográfica - España).

Avalia-t. Proyectos de Investigación activos en el año 2006 de la Agencia:

- Resultados clínicos de dos protocolos de hemodiálisis crónica: convencional y diaria. Revisión sistemática y análisis económico, expediente PI05/90033.
- Eficacia y efectividad del cribado de aneurisma de aorta abdominal en población de riesgo. Análisis

del coste y la efectividad. Aplicabilidad en el Sistema Nacional de Salud, PI05/90087.

- Red Europea de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EUnetHTA), proyecto cofinanciado por la Comisión Europea dentro del Programa de Acción Comunitaria en el Campo de la salud pública. Avalia-t participa como miembro asociado en tres de los grupos de trabajo.

Centros sanitarios, hospitales y atención primaria

Participación en Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (Retics): se participa en 5 de las 16 Retics aprobadas en 2006; los grupos se describen en la [tabla 24](#).

Las líneas de investigación son las siguientes: enfermedades cardiovasculares (factores de riesgo, hipertensión e insuficiencia cardíaca), cáncer, genómica y proteómica, patología neurovascular y neurológica en general, enfermedades neuromusculares, especialmente las relacionadas con intolerancia al ejercicio, y las mitocondriales, prionopatías y banco de tejidos neurológicos, inflamación (enfermedades musculoesqueléticas y del aparato locomotor), envejecimiento y telemedicina.

Unidades de apoyo a la investigación

Existen siete unidades de apoyo a la investigación, que prestan servicio a las respectivas áreas sanitarias, tanto al ámbito de atención primaria como al hospitalario. Están mayoritariamente ubicadas en los complejos hospitalarios de referencia de cada área. En el área de Santiago, A Coruña, Vigo y Ourense ofrecen apoyo metodológico, estadístico, administrativo y de gestión.

En el resto de las unidades, el apoyo que se presta es administrativo y de gestión de ayudas fundamentalmente.

Balance de la investigación en su comunidad autónoma durante el año 2006

En el año 2006 se produjo un importante impulso a la investigación en biomedicina y ciencias de la salud. En el nuevo Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2006-2010 se incluye por primera vez un área sectorial de biomedicina y ciencias de la salud que recoge las prioridades en investigación en salud.

Se ha creado la Oficina de Investigación en la Consejería de Sanidad que coordina y complementa los recursos de apoyo existentes, garantiza el acceso a la información y optimiza la gestión. Mediante el programa I2, se ha estabilizado en el sistema sanitario al 100 % de los investigadores que finalizaron, con buena evaluación, sus contratos posdoctorales, un total de cuatro investigadores.

La producción científica implica un incremento del 11 % con relación al año 2005 en originales publicados en revistas indexadas. Además, en 2006 se han solicitado 173 proyectos de investigación en convocatorias competitivas, y 47 (frente a 45 en 2005) fueron financiados con una cuantía total concedida de 2.705.668 euros (frente a 2.000.000 euros en 2005).

De ellos, 29 proyectos fueron financiados en convocatorias del plan autonómico, y 18 proyectos en convocatorias del Plan Nacional I+D.

En cuanto a las estructuras de investigación cooperativa, se participa en 5 de las 16 Redes Temáticas de

TABLA 24. Grupos participantes en Retics, 2006 (Galicia)

Investigador principal	Centro sanitario	Retics	Tipo de participación
Bou Arévalo, Germán	CHU Juan Canalejo-Marítimo de Oza	REIPI	Nodo de red
Cabrera Pérez, Pedro	Gerencia de AP de Pontevedra	Renevas	Grupo clínico asociado a la red
Castillo Sánchez, José Antonio	CHU Santiago	Renevas	Coordinador y nodo de red
Castro Beiras, Alfonso	CHU Juan Canalejo-Marítimo de Oza	Recava	Nodo de red
Fabeiro Romero, Domingo	Gerencia de AP de Santiago	Renevas	Grupo clínico asociado a la red Renevas
González Juanatey, José Ramón	CHU Santiago	Redinscor	Nodo de red
Gude Sampedro, Francisco	CHU Santiago	Rediap	Nodo de red
Íñiguez Romo, Andrés	CHU Vigo	Recava	Grupo clínico asociado a la red Recava
López Rodríguez, Isidro	Gerencia de AP de Lugo	Renevas	Grupo clínico asociado a la red Renevas

AP, atención primaria; CHU, Complejo Hospitalario Universitario; Recava, Red Cooperativa de Investigación Cardiovascular; Redinscor, Red de Investigación en Insuficiencia Cardíaca en España; Rediap, Red de Investigación en Atención Primaria; REIPI, Red Española para la Investigación en Patología Infecciosa; Renevas, Red de Enfermedades Neurovasculares; Retics, Redes temáticas de Investigación Cooperativa en Salud.

Investigación Cooperativa en Salud (Retics) aprobadas en el año 2006. Galicia dirige la Red de Enfermedades Neurovasculares (Renevas), con un presupuesto de coordinación de 929.000 euros. En la convocatoria de Centros de Investigación Biomédica en Red (Ciber) del Instituto de Salud Carlos III, se presentaron 10 grupos del sistema sanitario. Se participa en dos Ciber:

- Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. La dirección científica corresponde al nodo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. El presupuesto concedido es de 3.240.000 euros.
- Ciber Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina. El grupo del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Marítimo de Oza es un nodo del Ciber.

Valoración general de los ensayos clínicos en la Comunidad Autónoma de Galicia

Existe un único comité ético de investigación clínica (CEIC) competente para la evaluación de todo ensayo clínico que se quiera realizar en uno o más centros de la comunidad. Durante el año 2006 se han evaluado un total de 187 ensayos clínicos, de los cuales se aprobaron 161 (86 %). El 25 % son ensayos promovidos por grupos de investigadores independientes, centros sanitarios o sociedades científicas.

Estrategia de difusión de los resultados de la investigación

En el año 2006 se definió un espacio específico de investigación en la intranet corporativa como elemento

clave para la difusión de la actividad investigadora. Se publican en ella los datos más relevantes e informes de referencia. Se constituyó el Grupo de Trabajo de Investigación en el Sergas, formado por los responsables de investigación de los centros sanitarios tanto hospitalarios como de atención primaria. Sus funciones incluyen la coordinación de las actividades desarrolladas en los centros sanitarios dentro de las líneas estratégicas de la Consejería en el ámbito de I+D en salud.

Producción científica

La tabla 25 resume la evolución temporal del número de publicaciones en salud producidas en el sistema sanitario de la comunidad autónoma tanto nacionales como internacionales.

La tabla 26 resume los aspectos más importantes de los proyectos de investigación.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

En junio de 2006 se presentó el Plan de Sistemas y Tecnologías de la Información de la Sanidad Gallega para los próximos 4 años. Refleja la apuesta decidida por el empleo de las tecnologías de la información en la Administración sanitaria gallega y es la herramienta de innovación para mejorar la gestión de nuestros centros sanitarios, acercar a la ciudadanía unos servicios sanitarios de calidad y disponer de la información necesaria para evaluar las políticas y estrategias sanitarias de la comunidad autónoma.

TABLA 25. Evolución de las publicaciones en el sistema sanitario gallego, 2006 (Galicia)

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Producción	656	595	654	855	954	920	1.059

TABLA 26. Investigación, 2006 (Galicia)

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa
Agencia de evaluación de tecnologías	Sí	Agencia de Evaluación de Galicia (Avalia-t)	Dependiente de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria
	Sí/no	Número	Observaciones
Comités éticos de investigación clínica (CEIC)	Sí	1	Competente para todo el ámbito de la comunidad autónoma
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	49	Se incluyen los proyectos activos en 2006 que hayan sido aprobados en convocatorias de ese año o anteriores
Proyectos de investigación financiados por fondos europeos	Sí	1	
Proyectos de investigación financiados por convocatorias autonómicas	Sí	67	Se incluyen los proyectos activos en 2006 que hayan sido aprobados en convocatorias de ese o anteriores años

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

Ésta no es una iniciativa aislada, sino que forma parte de las estrategias de política sanitaria y del impulso dado por el nuevo Gobierno de la Xunta para configurar la Administración electrónica de Galicia.

Por supuesto, las líneas estratégicas que configuran este plan están completamente alineadas con el marco de desarrollo de un sistema de información integrado del Sistema Nacional de Salud (tabla 27). Por ello, se ha hecho especial hincapié en los aspectos de interoperabilidad y de uso de estándares, claves esenciales para garantizar el intercambio de información entre servicios de salud.

Red de Salud refleja la apuesta decidida por el empleo de las tecnologías de la información en la Administración sanitaria gallega y es la herramienta de innovación para mejorar la gestión de nuestros centros sanitarios y para acercar a la ciudadanía unos servicios sanitarios de calidad.

Se trabajará fundamentalmente en dos objetivos fundamentales:

- Dotar a los profesionales de la comunidad autónoma de herramientas de trabajo que les ayuden a prestar un mejor servicio al ciudadano, así como aquellas que les ayuden a compartir conocimiento, fuente indispensable para promover la investigación y la innovación sanitarias.
- Además, en un entorno tan disperso como es la comunidad gallega, las tecnologías desempeñan un papel fundamental para acercar los recursos al ciudadano, facilitando la accesibilidad al sistema sanitario público de salud.

Dentro del desarrollo de dicho plan, en 2006 se han llevado a cabo actuaciones destacadas en distintos ámbitos: el despliegue de la historia clínica electrónica, el fomento de la accesibilidad al sistema sanitario gallego, la promoción y la difusión de la información sani-

taria y actuaciones en el ámbito de las infraestructuras tecnológicas:

- 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, mantenimiento y explotación:
 - Incorporación de los sistemas de información analítica a nuevos ámbitos de gestión. Los denominados Sistemas de Información de Análisis Complejos (SIAC) integran la información relevante en lo concerniente a atención primaria, consultas externas, actividad quirúrgica, hospitalización de agudos, listas de espera, prestación farmacéutica, recursos humanos, incapacidad temporal, recursos económicos, información demográfica, mortalidad y vigilancia epidemiológica. Los SIAC son una potente herramienta que facilita el acceso a los indicadores básicos de gestión por parte de los diferentes niveles de la organización, lo que permite disponer de una información más completa y de mayor calidad que facilita la toma de decisiones estratégicas basadas en el conocimiento.
- Durante 2006 se inició el despliegue de la historia clínica electrónica, proyecto Ianus, en siete complejos hospitalarios y en todas las áreas de atención primaria. Entre las actividades desarrolladas cabe destacar las siguientes:
 - Normalización de la documentación clínica básica de las diferentes especialidades médicas.
 - Más de 5.000 profesionales acreditados (tarjeta con firma digital) y formados para acceder a Ianus.
 - Despliegue de la prescripción electrónica, englobada dentro del proyecto Ianus, según el cual a finales de 2006 el 47 % de la población gallega se pudo beneficiar de ella.

TABLA 27. Sistemas de información sanitaria, 2006 (Galicia)

	Sí/no	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 Consejería de Sanidad. En el Instituto Gallego de Estadísticas (IGE) se recogen datos sanitarios aportados por la Consejería de Sanidad				
	Sí/no	Años en que se ha realizado	Autopercepción del estado de salud bueno o muy bueno en mayores de 16 años (%)			
			Hombres		Mujeres	
			Bueno	Muy bueno	Bueno	Muy bueno
Encuestas de salud	Sí	2001	59,4	13,0	51,0	11,2
	Sí	2005	66,4	19,5	66,7	15,4

- La digitalización de la imagen médica, englobada también dentro del proyecto integral de historia clínica electrónica Ianus, actualmente implantada en tres complejos hospitalarios.
- La implantación de telemedicina con los módulos de dermatología, oftalmología y neumología. A finales de 2006, el 13,03 % de los centros de atención primaria tenían implantadas soluciones de telemedicina.
- La descentralización del tratamiento anticoagulante oral. A finales de 2006, el 48 % de los centros de salud conectados a la red del Sergas ya disponían de esta funcionalidad.
- Se han puesto en marcha nuevos servicios en red de comunicación interactiva con el ciudadano a través de internet:
 - Portal informativo que en 2006 recibió 1.702.579 visitas.
 - Trámites de tarjeta sanitaria en que el 7 % de los ciudadanos hace uso de las ventajas de los servicios públicos sanitarios en red como:
 - Cita médica en atención primaria: el 6 % de las citas de atención primaria se realizan mediante medios telemáticos.
 - Consulta de la guía de servicios personalizados: permite acceder a la cartera de servicios.
 - Buzón de sugerencias y reclamaciones, en el cual se recogieron más de 6.500 reclamaciones.
 - Posibilidad de solicitar el carnet de donante: 1.426 solicitudes a través de la *web*.
 - Puesta en marcha del portal de servicios para el profesional.
 - Puesta en marcha del portal de proveedor.
- Avance en la implantación de metodología y procedimientos comunes: buenas prácticas de ITIL (Information Technologies Infrastructure Library, biblioteca de infraestructura de tecnologías de la información) y certificación durante 2006 del proceso de soporte a personas usuarias de tecnologías de la información en las normas ISO (Organización Internacional para la Estandarización), concretamente en la familia de las ISO 9001:2000.
- El proyecto de continuidad de servicio y apoyo a los sistemas de información tiene como objetivo minimizar los riesgos de que la instalación informática pueda quedar total o parcialmente inoperativa por causa de un fallo fortuito. A través de la red se ha puesto en marcha la réplica asíncrona remota de

la información existente en nuestros centros hospitalarios, lo que aumenta la disponibilidad de los sistemas y garantiza la continuidad de éstos.

En Galicia, 2006 ha estado marcado por la concreción de unos objetivos a 4 años que se concretan en la Red de Salud. Se configura, por tanto, un proyecto de sistemas y tecnologías de la información para toda la sanidad gallega bajo una dirección única, con plataformas y procedimientos de trabajo homogéneos que sitúa a la comunidad autónoma en un escenario idóneo para avanzar hacia un sistema de información de salud integrado.

CALIDAD

Dentro de los planes de calidad llevados a cabo en la Consejería de Sanidad a través de la División de Asistencia Sanitaria, se consideran 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 se pasa a resumir.

Plan de Objetivos Estratégicos 2006

El Plan de Objetivos Estratégicos (POE), desarrollado por el Sergas para el año 2006, pretende plasmar las líneas maestras de lo que será su actividad asistencial para el referido año. Así, en el POE del año 2006 se 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. La modificación respecto a 2005 consiste en una simplificación de los contratos programa anteriores, consignando únicamente dos principales objetivos estratégicos. Los contratos se firman también con los centros concertados con una estructura similar.

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 unidades de producción hospitalaria (UPH).

Asimismo, se establece 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:

- Calidad:
 - Gestión de las reclamaciones y quejas de las personas usuarias.
 - Disponibilidad de sistemas de información, de cara a las personas usuarias.
 - Puesta en marcha de un plan global de gestión de la calidad.
 - Elaboración, desarrollo y evaluación de una encuesta de satisfacción de las personas usuarias.
 - Desarrollo de planes de humanización en alguna de las áreas hospitalarias.
- Coordinación asistencial.
- Sistemas de información.

Gestión de listas de espera

El Sergas estableció diversos instrumentos para llevar a cabo la verificación de que el acceso de las personas usuarias 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 el 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 para la lista de espera quirúrgica y 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.

También se lleva a cabo 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.

Cambios respecto a 2005

Guías de práctica clínica

- Elaboración de la *Guía de la Hernia Inguinal*, elaborada por Avalia-t, con difusión y aplicación en el ámbito asistencial.
- Guías farmacoterapéuticas, elaboradas por las comisiones farmacoterapéuticas de atención primaria, con difusión y aplicación en el ámbito asistencial.
- Incorporación de planes protocolizados de actuación para las patologías más prevalentes en la historia clínica informatizada de atención primaria, con difusión y aplicación en el ámbito asistencial.

Encuesta de satisfacción a las personas usuarias

Tiene una representación provincial en el barómetro sanitario.

Incorporación de objetivos a contratos

En atención primaria se ha firmado un protocolo de actividad con los profesionales con objetivos comunes al servicio y específicos para cada categoría profesional. Destacan:

- Autoevaluación de la atención a patologías crónicas.
- Autoevaluación de actividades preventivas.
- Proyecto de mejora por servicio.
- Constitución de comisiones clínicas de formación, docencia, investigación y calidad por área.
- Existencia de objetivos de mejora en seguridad de pacientes, prevención de úlceras e higiene de manos.
- Ampliación de la cartera de servicios de AP: píldora poscoital y obturaciones dentales de 6 a 14 años.
- Extensión de la cartera de servicios de atención primaria: TAO (tratamiento anticoagulante oral), cirugía menor y telemedicina.
- Atención a las reclamaciones en tiempo y forma.

Seguridad de pacientes

- Puesta en marcha de las unidades funcionales de calidad en atención primaria.
- Puesta en marcha del grupo de trabajo en seguridad de pacientes con representación de un profesional de enfermería por cada hospital.
- Edición del manual para la prevención de úlceras por presión.
- Adquisición de máquinas de pulseras identificativas de pacientes.

Actuaciones dirigidas a desarrollar la gestión clínica en unidades y servicios de atención primaria que tiendan a desarrollar actividades de avance de la gestión de recursos por parte de los clínicos

- Grupos de trabajo con la participación de profesionales sanitarios y no sanitarios, directivos y expertos de las siguientes áreas:
 - Historia clínica en atención primaria.
 - Pruebas diagnósticas.
 - Embarazo normal.
 - Violencia de género.
 - Reclamaciones.
 - Tabaquismo.
 - Prevención de pandemias de gripe.
 - Salud bucodental.
 - Optometría.
- Normalización de agendas:
 - Elaboración de un documento de normalización de actos y citación.
 - Proyecto de implantación en colaboración con las direcciones médicas de primaria.
 - Actualización de Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP).
 - Diseño de *software* para la reasignación automática de citas.
 - Plan de formación 2007-2010.
- Sistema de información para la toma de decisiones en AP:
 - Revisión de la información en la base de datos de Tarjeta Sanitaria.
 - Diseño de librería de consultas del Sistema de Información de Análisis Complejos (SIAC-AP).
 - Revisión de indicadores para incluir en la nueva versión del SIAC-AP.
 - Diseño del cuadro de mandos para el seguimiento de la actividad en los servicios de atención primaria.
 - Formación a directivos.

- Central de llamadas: prueba piloto en El Ventorrillo.
- Gestión por procesos: creación de unidades de paliativos en todos los hospitales públicos de Galicia.
- Formación en gestión clínica:
 - Curso de 200 horas, de carácter teórico-práctico coordinado con conferencias de expertos.
 - Dos ediciones de un curso para jefes de servicio (20 horas).

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 a solicitarle su aprobación para ser sometido a los procedimientos.
- Voluntades anticipadas. Es un documento, por el cual 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 que las circunstancias no le permitan expresar su voluntad. Se establece el procedimiento que debe seguirse.
- La historia clínica que se configura como un conjunto de documentos de carácter jurídico y 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 éstas 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 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 sólo 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 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 su fallecimiento.
- Se modifica el término *voluntades anticipadas por instrucciones previas*, estableciéndose la libre revocación en cualquier momento.
- Se le da un papel más activo con 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 aquélla por el interés de su salud, de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso.
- Se establece el derecho del paciente al acceso a la documentación de la historia clínica. 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 los siguientes órganos de participación comunitaria:

- El Consejo Gallego de Salud. Es el principal órgano colegiado de participación en el sistema sanitario de Galicia al cual le corresponde el asesoramiento a la Consejería de Sanidad en la formulación de la

política sanitaria y en el control de su ejecución. Se compone de 6 vocales en representación de la Administración sanitaria, 12 vocales en representación de los ciudadanos a través de las entidades locales, 8 vocales en representación de las organizaciones sindicales, 8 en representación de las organizaciones empresariales, 6 por los consumidores y usuarios, 6 por los colegios profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos[as], diplomados[as] en enfermería, veterinarios[as], psicólogos[as] y trabajadores[as] sociales) y 2 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 Consejería de Sanidad y está integrado mayoritariamente por profesionales del sistema sanitario gallego.
- Comisiones de participación ciudadana. Son órganos colegiados de naturaleza consultiva a través de los cuales se articula la participación ciudadana en el seno de las áreas sanitarias. Se compone de entidades locales comprendidas en el área sanitaria, asociaciones vecinales con actuación en el ámbito del área sanitaria y 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 nombrar 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 varias 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 Consejería de Sanidad someta a su consideración. Se estable-

ce 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. Los nombramientos ya se han realizado y han sido publicados en el DOG y se ha constituido oficialmente el Consejo Asesor, que ya se ha convocado en varias 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, 2 de 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. La primera ha sido en Pontevedra, que servirá de experiencia piloto, para ir ampliando al resto de las áreas sanitarias de Galicia.

Participación social

La Consejería de Sanidad se propuso como objetivo para el año 2006 desarrollar acciones específicas de sensibilización, información y asesoramiento a los diferentes colectivos para el buen uso de los servicios sanitarios, la participación social efectiva y real en la elaboración y ejecución de la política sanitaria, así como la de establecer futuras redes de cooperación.

La participación comunitaria en nuestro sistema sanitario es una característica poco desarrollada y es un medio e instrumento necesario para el abordaje de los problemas de salud en una concepción biopsicosocial. Esto engloba:

- Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de las necesidades de salud más importantes.
- Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de salud, aumentando su responsabilidad.

- Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria.
- Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios.
- Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial.

Para que la participación sea más efectiva, se requiere un doble aprendizaje:

- La Administración tiene que ceder poder.
- Los ciudadanos tienen que aceptar responsabilidad.

Se hace necesario que los ciudadanos tengan una información y comunicación permanente. Tienen que ser formados adecuadamente, pues a mayor formación, correspondería mayor eficacia y efectividad de la participación, lo que se traduce en mayor corresponsabilidad (tabla 28).

La siguiente ficha técnica resume el curso:

- Número de ediciones: 4.
- Horas lectivas (por edición): cursos de 40 horas (5 semanas).
- Plazas máximas por edición: 20.
- Fecha de inicio: 1 de octubre 2006.
- Fecha de finalización: 31 de diciembre 2007.
- Horario: 8 horas semanales, divididas en 2 tardes de 4 horas lectivas cada una.

Localidades de celebración: A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra.

Sede de celebración: delegaciones provinciales de la Consejería de Sanidad.

Destinatarios: vocales sanitarios de la Confederación Gallega de Asociaciones de Vecinos, asociaciones de amas de casa, asociaciones de consumidores, sindicatos, organizaciones de personas usuarias, organizaciones de enfermos, etc.

Objetivos

- Formar y capacitar a los vocales de Sanidad de la CGAV (Confederación Gallega de Asociaciones Vecinales) en la trascendencia de los determinantes de salud de cara a las actuaciones en la población y el diseño de estrategias para la participación real de la ciudadanía en la planificación, gestión y control del sistema sanitario de sus centros y actividad en Galicia con la finalidad de facilitar su colaboración activa y responsable.
- Facilitar su incorporación a los órganos de participación sanitaria que tiene previsto poner en mar-

TABLA 28. Participación, 2006 (Galicia)

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA)	Médico de familia en el ayuntamiento del domicilio
Segunda opinión	Prevista por ley	En borrador, proyecto de Decreto	En estudio
Acceso a la historia clínica	Sí	Ley 3/2001, de 28 de mayo	Procedimiento de los servicios de admisión
Consentimiento informado	Sí	Ley 3/2001, de 28 de mayo	Manual incluido en página <i>web</i> del Sergas
Instrucciones previas	Previstas por ley	En borrador, proyecto de Decreto	En estudio
Guía o carta de servicios	Sí		Incluido como objetivo de los servicios de atención primaria
Información en el Sistema Nacional de Salud*	Sí		En la <i>web</i> de la Consejería de Sanidad Información trimestral de listas de espera: www.sergas.es

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	Sí	Valedor del paciente	Ley 7/2003 LOSGA	Independiente	Pendiente de nombrar por el Parlamento cuando entre en vigor la nueva Ley de Salud

	Sí/no	Cuantía dedicada en 2006 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2006	Referencia normativa de la convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones que desarrollan programas de tratamiento de drogodependencias	Sí	4.595.694,62	4	Orden de 25 de abril de 1994, por la que se regula el establecimiento de convenios de colaboración con asociaciones privadas sin ánimo de lucro que desarrollen programas de tratamiento de drogodependencias no exclusivamente alcohólicas a través de unidades y servicios asistenciales gestionados por dichas entidades	Tratamiento
Subvenciones a asociaciones que desarrollan programas de prevención y reinserción social de drogodependientes	Sí	939.666	23	Orden de 25 de abril de 1994, por la que se regula el establecimiento de convenios de colaboración con asociaciones privadas sin ánimo de lucro que desarrollen programas de prevención y reinserción social de drogodependientes	Prevención
Subvención a la Fundación Monte do Gozo. Programa Proyecto Hombre	Sí	807.112,38	1	Convenio	Tratamiento
Asociaciones contra el alcoholismo	Sí	180.000	20	Orden de 11 de mayo de 2006. DOG núm. 101 de 29 de junio, por la que se regulan las ayudas en régimen de concurrencia competitiva a las entidades privadas de iniciativa social sin ánimo de lucro para la realización de programas de prevención del alcoholismo	Programa de prevención del alcoholismo

Continuación TABLA 28

	Sí/no	Cuantía dedicada en 2006 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2006	Referencia normativa de la convocatoria	Observaciones
Asistencia y reinserción de pacientes dependientes	Sí	618.413	4	Convenio	Programa de asistencia y reinserción psicosocial de pacientes con problemas de dependencia relacionados con alcohol, tabaco, juego y otras dependencias sin sustancia
Asistencia a la salud mental infanto-juvenil	Sí	160.400	1	Convenio	Programa de salud mental infanto-juvenil en el Área de Ferrol
Alcohólicos en régimen de internamiento	Sí	30.000	1	Convenio	Programa terapéutico-educativo para el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia alcohólica en régimen de internamiento temporal
Pisos protegidos	Sí	1.168.240	15	Orden de 31 de marzo de 2006 DOG núm. 68 de 6 de abril	Programa de pisos protegidos, vivienda de transición o unidad residencial
Rehabilitación psicosocial y laboral	Sí	1.813.000	22	Orden de 31 de marzo de 2006 DOG núm. 68 de 6 de abril 2006	Programa de mantenimiento de centros de rehabilitación psicosocial y laboral
Apoyo a enfermos mentales y cuidadores	Sí	20.000	1	Convenio	Actividades de formación, información y apoyo a los enfermos mentales y cuidadores
Subvenciones a la participación ciudadana	Sí	9.936	2	Convenio	Actividades de formación en salud a asociaciones vecinales y de enfermos
Enfermos de Alzheimer	Sí	30.000	1	Convenio	Actividades en el ámbito de actuación con los enfermos de Alzheimer y cuidadores

*Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc. DOG, Diario Oficial de Galicia.

cha la Consejería de Sanidad en cumplimiento de la legislación sanitaria.

- Mejorar la colaboración entre la Administración sanitaria y los agentes sociales.

Contenido

- Salud, enfermedad y sus determinantes.
- Planificación y programación de la salud participativa.
- La participación comunitaria como elemento en la planificación sanitaria.
- Modelos sanitarios de atención a la salud.
- El modelo sanitario en Galicia.

Seguimiento y evaluación

Se constituye una comisión mixta de carácter paritario de seguimiento, compuesta por un representante de la Consejería de Sanidad, un representante de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública (FADSP) y un representante de la CGAV, que analizan el desarrollo y ejecución de éste durante el correspondiente ejercicio. A la finalización de cada módulo se presenta la memoria de actividades.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Apoyo a la investigación

Oficina de Apoyo a la Investigación de la Consejería de Sanidad

Introducción

En desarrollo de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad en la potenciación de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en el ámbito de la salud, se estableció en el año 2006 la Oficina de Apoyo a la Investigación, dependiente de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, Subdirección General de Docencia e Investigación Sanitaria.

Por vez primera se dispone de una estructura de la Consejería de Sanidad que, de modo activo, promueve y facilita la participación de los grupos de investigación gallegos en convocatorias en los ámbitos internacional, estatal y autonómico. La oficina considera muy relevante trabajar desde una orientación de cooperación entre centros e institución para obtener la mayor calidad en la investigación y la excelencia científica. Potenciar la competitividad de nuestros grupos de investigación es también uno de sus retos.

Objetivos

- Fomentar la participación de los profesionales de la salud en convocatorias de ayudas públicas de investigación.
- Dar apoyo a la participación en estructuras de investigación cooperativa (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa y Ciber).
- Crear y mantener un sistema de información que permita tener conocimiento de cualquier proyecto de investigación realizado por nuestros profesionales, tanto los financiados como los no financiados.
- Facilitar el contacto y contribuir a la coordinación entre grupos de investigación que estén trabajando en líneas de investigación afines o complementarias.

Funciones

- Difundir la información relativa a las ayudas de investigación (fundamentalmente, las convocadas por agencias públicas de financiación).
- Asesorar y supervisar los trámites administrativos relativos a convocatorias de ayudas públicas para contribuir a la mejora de la calidad en la presentación de propuestas de financiación.
- Registrar y supervisar todas las solicitudes de propuestas de financiación pública procedentes de los centros sanitarios públicos del Sergas o adscritos a éste.
- Elaborar un registro de solicitudes de propuestas de financiación públicas procedentes de todos los centros sanitarios integrados en la red gallega de atención sanitaria de utilización pública.
- Ejercer la intermediación con las agencias públicas de financiación:
 - Dirección General de Investigación, Desarrollo e Innovación.
 - Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo).
 - Ministerio de Educación y Ciencia.
- Elaborar un registro de proyectos de investigación del ámbito sanitario.
- Programar y participar en actividades formativas de apoyo a la investigación.

Destinatarios

Son todos los profesionales vinculados con los centros pertenecientes a la red gallega de atención sanitaria de utilización pública.

Agentes implicados

- Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, Subdirección General de Docencia e Investigación Sanitaria (Consejería de Sanidad).
- Responsables de investigación de los centros hospitalarios y gerencias de atención primaria.
- Unidades de investigación.
- Fundaciones para la investigación.
- Fundaciones públicas con actividades de I+D de la red gallega de atención sanitaria de utilización pública: medicina genómica, Centro de Transfusiones de Galicia, 061, Instituto Gallego de Oftalmología (Ingo).
- Agencias públicas de financiación autonómicas y estatales.
- Investigadores/profesionales de los centros sanitarios integrados en la red gallega de atención sanitaria de utilización pública.

Actividad 2006 de la Oficina de Apoyo a la Investigación

Difusión de información

Se realiza a través de la sección de docencia e investigación de la intranet corporativa, en la cual se creó un apartado específico que recoge toda la información relativa a investigación en biomedicina y ciencias de la salud.

Mediante el servicio de distribución de correo electrónico se establece contacto con los responsables de investigación de los centros sanitarios, las fundaciones para la investigación, e investigadores e investigadoras, de todas las convocatorias promovidas por instituciones públicas y aquéllas con financiación privada de las cuales se tiene información.

El contacto telefónico para la resolución de dudas, orientación en los trámites implícitos de las convocatorias e intermediación con las agencias convocantes es una de las funciones que requiere más tiempo de gestión en la oficina.

Asesoría de convocatorias

Se prestó apoyo tanto informativo sobre las características de las diferentes convocatorias, como en su cumplimentación y tramitación. Se asesoraron todas las convocatorias abiertas en el período citado. Se asume también su tramitación al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, que garantiza el cumplimiento de los aspectos éticos y de garantía de los derechos de los pacientes en los proyectos.

Se realizó, asimismo, el seguimiento del proceso de resolución de las convocatorias, informando de la publicación de los listados provisionales de admitidos y no admitidos, y de las resoluciones provisionales a todos los interesados, así como de la subsanación necesaria y la intermediación con las agencias convocantes.

Gestión de los servicios sanitarios

Resonancia magnética móvil (figs. 3-7)

Justificación

La resonancia magnética (RM) es una técnica cuya demanda crece constantemente debido a la unión de dos factores: gran calidad de imagen y ausencia de efectos nocivos para el organismo ya que no utiliza radiaciones ionizantes. Sin embargo, por su elevado coste la inversión en esta tecnología sólo está justificada a partir de un grado de demanda determinado, lo que genera una distribución desigual de ésta en las distintas áreas poblacionales.

En Galicia, este escenario podía observarse en los siete hospitales comarcales públicos, con poblaciones

FIGURA 3. Impreso publicitario de la puesta en marcha del servicio de resonancia magnética móvil, 2006 (Galicia)



FIGURA 4. Exterior del trailer del servicio de resonancia magnética móvil



FIGURA 5. Interior del trailer.
Introducción de un paciente en el equipo de RM



FIGURA 6. Personal técnico en la Unidad de Diagnóstico por Imagen en el interior del trailer



FIGURA 7. Visualización de las imágenes tomadas por el radiólogo que solicitó el estudio



de referencia entre 30.000 y 75.000 habitantes, lo que condicionaba que para cubrir su demanda asistencial fuera necesario recurrir a los centros más próximos de la red del Sergas o a concertación, obligando de este

modo a los enfermos a realizar un desplazamiento en muchos casos considerable, con el coste y la incomodidad que ello implica.

Asimismo, las largas listas de espera que genera la resonancia magnética originan importantes retrasos en la realización de estas pruebas diagnósticas, con complicaciones derivadas principalmente cuando se trata de estudios de control oncológico.

Debido al incremento de la presión asistencial y la demanda de medios diagnósticos y en un intento por hacer llegar la sanidad a áreas más extensas y dispersas, se han barajado soluciones para la incorporación temporal de tecnologías a áreas con baja demanda y/o concreta. La solución ha sido los sistemas de unidades móviles asistenciales, basadas en el transporte de equipos.

Los equipos móviles están constituidos por máquinas adaptadas para ser fijadas y poder funcionar montadas en un *trailer* especialmente diseñado a tal efecto. Inicialmente, existían problemas de homologación para la circulación ya que los *trailers* provenían del mercado norteamericano, pero hoy día la existencia de solventes compañías de carrocería europeas hace que todos los vehículos sean compatibles con las normas de circulación de la UE.

La prestación de servicios de radiodiagnóstico en unidades móviles presenta las siguientes ventajas:

- Equidad en la distribución geográfica de recursos sanitarios, lo que permite el acceso a distintas tecnologías a pacientes residentes en áreas de baja demanda.
- Accesibilidad al diagnóstico rápido y disminución del lapso transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento.
- Disminución de los gastos y riesgos por traslados de los pacientes, tanto sociales (personales y empresariales) como institucionales, en el caso de pacientes ingresados.
- Reducción y eliminación de la lista de espera de los centros de la comunidad con equipo RM instalado que así lo precisen.
- Dar apoyo concreto y permitir la continuidad asistencial a los equipos ya instalados en caso de necesidad de parada por averías, recambios o paradas obligatorias por obras en el centro.
- Refuerzo profesional para el personal de los servicios de radiología de los centros sin base instalada del equipamiento en cuestión, debido a la posibilidad de desarrollar nuevas técnicas.
- Garantizar la calidad de los estudios.

En esta situación, la incorporación de una Unidad de Resonancia Magnética Móvil que dé cobertura a distintos centros demandantes de este tipo de servicio es una solución de rentabilidad óptima.

El Sergas optó por esta solución con el objeto de optimizar la utilización de los recursos sanitarios públicos de la forma más racional. De este modo, se pretende lograr un avance en la prestación de servicios a los ciudadanos, reducir las listas de espera, responder al crecimiento de la demanda de RM y acercar la tecnología a los hospitales de la red pública.

Población diana

Este equipo da servicio a las áreas sanitarias de Burela, O Barco, Monforte y O Salnés, y a los sectores de los hospitales de Barbanza, Virxe da Xunqueira y Verín. En total son 372.113 habitantes (el 14 % de la población) y tiene como principales ventajas:

- Mejora de la calidad asistencial debido a la incorporación de nueva tecnología en mayor número de centros.
- Beneficios sociales derivados de la cobertura total de la comunidad autónoma gallega en la RM sin necesidad de que el paciente realice desplazamientos, con ahorro de 7.000 de ellos sólo el primer año.
- Liberar la lista de espera en los hospitales de referencia.
- Introducir un factor de refuerzo profesional para las plantillas de los servicios de radiología de hospitales comarcales gracias a la posibilidad de acceder a técnicas punteras.

Características

La Unidad Móvil de Resonancia Magnética está compuesta por un equipo de RM de 1,5 T, un *trailer* especialmente diseñado para equipos médicos y una cabeza tractora estándar.

La unidad móvil está dotada con dos estaciones de trabajo gemelas, una instalada en el propio *trailer* y otra en la Unidad de Diagnóstico por Imagen de un hospital del Sergas en Vigo, el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Esto permite que el informado y su revisión puedan realizarse tanto a distancia por el personal de la unidad como *in situ* por los propios radiólogos de los centros donde se realice el estudio. Así, se permite la formación y el intercambio de opiniones sobre estudios concretos. Ambas estaciones de trabajo presentan el *software* necesario para la realización de

estudios del sistema nervioso central, vasculares, de mama, de próstata, musculoesqueléticos, torácicos y cardíacos.

Características del trailer. El *trailer* se encuentra específicamente diseñado para albergar el modelo concreto de equipo dotado, incluyendo en su diseño todos los dispositivos de seguridad necesarios para garantizar su autonomía y el perfecto funcionamiento del equipo sin que le afecten las condiciones de transporte, la seguridad del paciente y del público circulante cuando el equipo se encuentre en posición de estacionamiento.

Posee todas las instalaciones necesarias, entre otras: sistema de frenado ABS, suspensiones electrohidráulicas específicamente diseñadas, generador para alimentar a los equipos de refrigeración, alumbrado interior del servicio, sistema eléctrico de estabilización y conexión externa, sistema de apantallamiento magnético, sistema de apantallamiento de radiofrecuencia y sistema de evacuación y carga de helio. Su interior está distribuido en zona de exploración, zona de control y trabajo y área técnica (accesible desde el exterior). En la zona de control dispone de una pequeña cabina de paciente separada por cortinas.

Dispone de ascensor para camillas y pacientes y se encuentra perfectamente climatizado, asegurando tanto la comodidad del paciente como el buen funcionamiento del equipo.

Dotación de recursos humanos. La dotación de recursos humanos asignada a la unidad es de dos técnicos especialistas en radiodiagnóstico y dos ATS/DUE (asistente técnico sanitario/diplomado universitario en enfermería) para cubrir el doble turno de trabajo en cada uno de los centros. Cuenta con el apoyo administrativo necesario para la citación, transcripción y envío de informes. Además, existe un transportista encargado del enganche y arrastre de la cabeza tractora y el *trailer* por toda la comunidad autónoma, que realiza la conexión y desconexión del *trailer* a los suministros del hospital y asegurará todos sus componentes, tanto externos como internos.

Respecto a la actividad de los especialistas en radiología, se basa en fomentar la participación en el proyecto de los radiólogos de los diferentes centros a los que dé cobertura la unidad, en función de sus posibilidades y dotación. En todo caso, contarán con el apoyo de la Unidad de Diagnóstico por Imagen del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo sobre la base de los procedimientos y criterios de actuación que se establezcan, bien como apoyo en su primera etapa (formación y se-

gunda lectura) o asumiendo el informado de parte o de la totalidad de los estudios, en función de cada circunstancia particular. De esta forma, la RM móvil se plantea como un instrumento de refuerzo de la capacidad tecnológica de los centros destinatarios de este servicio.

Grado de actividad previsto y catálogo de servicios. La previsión de actividad para la unidad ha sido establecida en una media de 30 estudios al día en doble turno, que podrá ser incrementada y superada una vez que se optimice el funcionamiento de la máquina.

La cartera de servicios ofertada sería la correspondiente a todos los estudios de RM a excepción de aquellos en que sea requerida anestesia por la falta de colaboración del paciente.

Metodología de la implantación

Para la elaboración de este programa de implantación se ha involucrado a todos los implicados en el proyecto según el esquema de trabajo que se describe a continuación:

- Con el objeto de revisar exhaustivamente la situación se remitió un cuestionario a los centros para solicitar los datos relativos a la ubicación prevista del equipo y la disponibilidad de los espacios y suministros.
- Posteriormente, se ha realizado una revisión *in situ* de todos los centros hospitalarios previstos con el especialista en implantaciones de la compañía suministradora de la resonancia magnética móvil y con los servicios de mantenimiento e informática de cada hospital visitado para cotejar los datos y comprobar la adecuación de los espacios. Se ha solicitado a los servicios de mantenimiento de los diversos centros hospitalarios un coste estimativo de las obras precisas para dotar de la infraestructura necesaria a cada uno de los centros hospitalarios.
- En esta misma visita se ha realizado una reunión con la dirección y los servicios de radiodiagnóstico de cada uno de los centros a fin de garantizar en todo momento la implicación en el proyecto y conocer las particularidades de cada hospital que pudiesen necesitar un tratamiento concreto.

Aspectos destacables

Para su puesta en marcha, se realizó una adaptación en los centros a una serie de requerimientos externos como:

- Área de estacionamiento del equipo: formada por una plataforma plana y horizontal, con fácil accesibilidad y unas medidas en torno a los 20 x 5 m.

- Toma de corriente y línea telefónica. Situada idealmente a 15-20 m del emplazamiento de la unidad, por lo que estará próxima al hospital.
- Sala de espera habilitada en el hospital y próxima al equipo móvil.

Existía una previsión de actividad basada en las derivaciones de los hospitales sin esta tecnología, bien a sus hospitales de referencia, bien a centros privados concertados, cifrada en torno a los 7.000 estudios al año, con diferente distribución de volumen entre los centros.

Para dar servicio a los distintos centros, en un principio se establecieron diferentes circuitos logísticos. Además, el circuito debe ajustarse según la fluctuación mensual de citaciones, por lo que se propuso un circuito estándar en función de los estudios derivados en 2005 por los distintos centros de estudio.

Teniendo en cuenta la actividad demandada por los centros objeto de estudio, los días necesarios para cubrirla trabajando a un ritmo de 30 estudios al día se ha considerado el siguiente escenario de movilidad mensual del equipo de RM (fig. 8).

Programas de promoción y prevención de la salud

Proyectos Valora-Salud

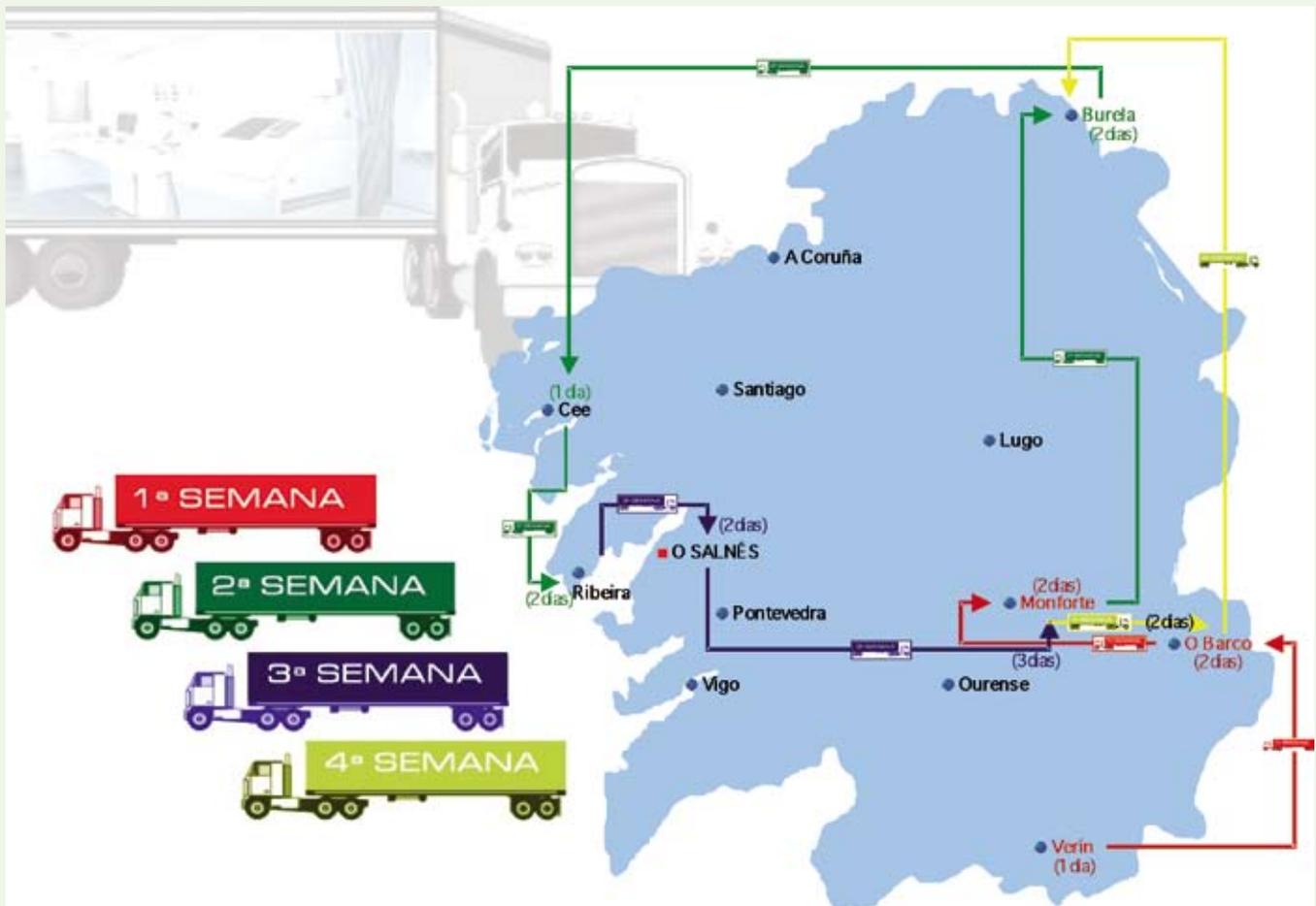
Justificación

En el año 2005, ante la creciente tendencia de las enfermedades crónicas, y en concreto la obesidad, la Consejería de Sanidad puso en marcha el Pasea, que con una perspectiva integral, multisectorial y participativa recoge una serie de estrategias de prevención y promoción de la salud apoyadas en dos pilares fundamentales: el fomento de la alimentación saludable y la práctica regular de actividad física, lo que sin duda contribuirá a invertir dicha tendencia.

A su vez, el Pasea responde al posicionamiento estratégico del Plan de Salud para Galicia 2006-2009, con el objetivo de frenar la tendencia ascendente de la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades crónicas mediante la promoción de los estilos de vida saludables en la población.

En el año 2006 se decidió realizar una revisión de su diseño inicial, con varios objetivos para fortalecer las redes de comunicación, adecuar su financiación y mejorar su gestión. El rediseño resultante del programa

FIGURA 8. Movilidad mensual del equipo de RM



ma se basa ahora en la interacción de diversas estrategias de aplicación simultánea que, desarrolladas por varios proyectos, pretenden en conjunto una toma de conciencia y la movilización comunitaria frente al problema de salud colectivo, generado por el empeoramiento progresivo de la calidad nutricional del patrón alimentario y de actividad física habitual con el claro predominio de las actividades sedentarias.

Entre dichas estrategias se encuentra el Proyecto Valora, una iniciativa de la Consejería de Educación en coordinación con otras seis consejerías para impulsar la educación de la ciudadanía en valores sociales. Entre ellos se pretende promocionar el valor de la responsabilidad y el cuidado de la salud y la necesidad de educar para generar y mantener estilos de vida saludables en la población infantil y ya desde la escuela, señalar y promover el conocimiento de aquellos aspectos o elementos más indispensables de un estilo de vida que favorezca la salud, la práctica de una alimentación equilibrada, la práctica de ejercicio físico frecuente, la vida sin tabaco, alcohol y otras drogas, las prácticas

sexuales seguras, la higiene corporal y el conocimiento y control emocional.

Población diana

Son centros públicos de grado no universitario que dependen de la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria.

Características principales de su desarrollo

El Proyecto Valora se basa en una convocatoria de premios de innovación educativa (Orden conjunta de 28 de septiembre de 2006¹), que incluirá la realización de actividades a lo largo de todo el curso académico con la colaboración de toda la comunidad educativa (docentes, padres, madres y escolares). Se fomentará el trabajo en red de manera que los centros premiados pasan a formar parte de la Red Valora 2006-2007, constituida formalmente en las jornadas informativas, celebradas en febrero 2007.

La Consejería de Sanidad financia la realización de 10 proyectos relacionados con salud y estilos de vida.

Para el desarrollo del proyecto, los centros premiados contarán con la asesoría directa de técnicos de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), el profesorado recibirá un módulo de formación de 10 horas como mínimo, impartido por personas expertas en el ámbito seleccionado y se realizarán charlas dirigidas al alumnado, familias y comunidad educativa. También recibirán la dotación de materiales y recursos didácticos.

La Consejería de Educación habilitó un espacio en su portal educativo (www.edu.xunta.es/plan-valora) en el que se habilitarán foros de intercambio entre los centros integrantes de la Red Valora 06/07 y se dispondrá de recursos y materiales didácticos.

Cada centro recibirá una dotación económica de 3.000 euros para el desarrollo de las acciones y actividades propuestas en el proyecto.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

- Participación activa de la comunidad educativa.
- Proximidad de los responsables sanitarios al ámbito educativo.
- Mejora de la comunicación Sanidad-Educación y, por tanto, Sanidad-comunidad.

Metodología para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

En esta primera edición de los premios Valora-Salud se presentaron 10 proyectos: 8 relacionados con alimentación y con ejercicio físico y otro con contaminación acústica. Tras una primera evaluación de los 10 proyectos presentados y dado que era el número de proyectos previstos para financiar, se decidió premiar todos.

Se diseñaron unas actividades básicas que todos los centros participantes debían desarrollar, entre las cuales destacan:

- Integración curricular y desarrollo de actividades dirigidas a todos los niveles (consejo escolar, dirección, orientadores y claustro).
- Estudio individual y colectivo del índice de masa corporal (IMC) y adaptación curricular en educación física. Evaluación de los resultados del proyecto de centro (responsable: profesorado de educación física).
- Experiencia de "recreos moviditos", consistentes en la recuperación de juegos tradicionales, que

promuevan la actividad física y, por tanto, mayor gasto energético (responsable: claustro).

- Realización de charlas dirigidas a la comunidad educativa sobre las ventajas de los estilos de vida saludables (responsables: técnicos de Pasea).
- Oferta de agua potable, a través de fuentes o contenedores de uso gratuito (responsable: dirección).
- Promover la oferta de programas de ejercicio físico desde los ayuntamientos y otras instituciones, intentando aprovechar la infraestructura y servicios de los centros educativos (responsable: asociaciones de madres y padres de alumnos [AMPA]).
- Promoción de desayunos saludables y experiencia práctica en la escuela (responsables: claustro y AMPA).

Si el centro cuenta con comedor escolar, además se realizarán las siguientes actuaciones:

- Promover y facilitar la higiene bucodental después de las comidas (responsables: dirección y cuidadores[as] de comedor).
- Organización de talleres de alimentación y consumo saludable para alumnado (responsables: responsables del comedor y técnicos del Instituto Gallego de Consumo).
- Análisis de los menús ofertados en el comedor, asesoría para su mejora y comunicación a las familias (responsables: técnicos de Pasea).
- Auditoría interna de seguridad alimentaria (responsables: comedor y cocina escolar y técnicos de Inspección de Salud Pública).
- Formación extra, voluntaria y que el propio proyecto debe financiar, en seguridad alimentaria y diseño de dietas saludables (responsables: comedor y técnicos de Pasea y de la Inspección de Salud Pública).

Equidad de género en la atención a la salud

Estudio del perfil clínico y social de las personas centenarias en el área de Lugo

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Los avances en el nivel de vida y los sistemas de salud pública han aumentado de forma extraordinaria la esperanza de vida de forma que en Galicia en 1998 el

1. Orden conjunta de 28 de septiembre de 2006, de Vicepresidencia de Igualdad y de Bienestar, de la Consejería de Política Territorial, Obras Públicas y Transportes, de la de Educación y Ordenación Universitaria, de Innovación e Industria, de Sanidad, de Pesca y Asuntos Marítimos y de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, por la que se convocan premios a proyectos de innovación educativa en valores democráticos en el marco del Plan Valora, para el curso académico 2006-2007. Diario Oficial de Galicia, número 196 L, martes, 10 de octubre de 2006, pág. 15.129.

19,3 % de la población era mayor de 65 años (entre ellos, 359 eran centenarios) y en la provincia de Lugo hasta el 25,67 % (65 centenarios). Según las previsiones, estas cifras aumentarán de forma que la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas prevé que el número de centenarios en todo el mundo pasará de 155.000 en el año 2000 a 2.189.000 en 2050.

Es difícil establecer una muestra adecuada de la población anciana; sin embargo, si nos limitamos a los centenarios, es posible estudiar a toda la población, sin sesgos muestrales y, a partir de ella, analizar los factores relacionados con la longevidad. Asimismo, se puede conocer su estado de salud con el fin de establecer los programas necesarios para conseguir la máxima independencia funcional.

Actualmente, existen varios grupos internacionales de investigadores que mantienen registros de centenarios, en su mayoría orientados desde una perspectiva demográfica. En ellos se comprueba mayor proporción de mujeres centenarias (aproximadamente son las dos terceras partes), pero con una situación social y funcional claramente peor.

En este estudio, la propuesta era analizar de forma prospectiva la población centenaria del área sanitaria de Lugo, comprobar si es similar a la descrita en otros países, evaluar su situación social, clínica y funcional, comparar la población masculina con la femenina e intentar averiguar las claves de las diferencias existentes entre ellas.

Población diana

La población diana fueron todos los centenarios del área sanitaria de Lugo que aceptaron participar en el estudio ($n = 78$).

Características principales de su desarrollo

Tras obtener los datos de filiación, dirección y teléfono a partir de los registros del Sergas (tarjeta sanitaria), se realizó una visita domiciliaria a los centenarios. En ella se llevaron a cabo historia clínica, exploración, batería de test de capacidad mental y funcional y toma de muestras sanguíneas (previa petición de consentimiento informado). Las muestras sanguíneas incluyeron: hemograma, bioquímica básica, función tiroidea, parámetros nutricionales y estudios de vitaminas en suero. Se realizaron, asimismo, estudios electrocardiográficos.

Los datos se han registrado en una base creada al efecto para su análisis estadístico posterior.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Las visitas domiciliarias eran realizadas por personal sanitario (médico y ATS), especialmente entrenado para este fin y con seguimiento telefónico posterior. Se recogieron muestras sanguíneas para determinaciones genéticas posteriores.

Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de las(los) ciudadanas(os)

Participan en el estudio 78 personas con 100 años o más que representan aproximadamente el 68 % de los residentes en el área de salud de Lugo en 2006. Los centenarios lucenses son un grupo heterogéneo. La mayoría son viudas, viven con sus familias en núcleos urbanos (localidades de 3.000 habitantes, por lo menos), reciben algún tipo de ingreso (pensión contributiva) y tienen en su domicilio las facilidades habituales de hoy día (teléfono, medios de transporte, calefacción, agua caliente, baño, etc.). Únicamente dos, ambos hombres, viven completamente solos (uno atendido por su familia y otro por sus vecinos) y otros cinco residen en instituciones geriátricas.

Al evaluar sus antecedentes médicos, se comprueba que no destacan por presentar buena salud ya que el 65 % presenta alteraciones de los órganos de los sentidos que les limitan, en su vida diaria, el 82 % consume medicamentos, el 59 % ha sido intervenido quirúrgicamente anteriormente y el 46 % precisó ingreso hospitalario por causas médicas.

Al igual que lo descrito en otras zonas, hay más mujeres que hombres (66 %), pero éstas son más dependientes. Así, la valoración funcional, mediante el índice de Barthel, obtuvo una puntuación media de 59 (83 en hombres frente a 49 en mujeres, $p < 0,001$) y no se ha encontrado hasta el momento causa clínica que justifique esta diferencia. No se apreciaron diferencias en el global de las patologías de base en razón del sexo. No fue posible realizar estudios con el Minimental test ante la desatención y falta de colaboración con el entrevistador, y tampoco se apreciaron diferencias por sexo. Los estudios analíticos no mostraron diferencias significativas en razón del sexo. Tampoco se pudieron demostrar diferencias en dichos estudios si el índice de Barthel era superior o inferior a 60. Los hallazgos en el electrocardiograma se relacionaron con la patología de base y no se apreciaron diferencias con relación al sexo.

Sería interesante crear, al igual que en otros países, un registro prospectivo con el fin de recopilar la mayor cantidad de datos posibles en esta población.