

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Galicia



Índice

Resumen	3
1 Salud Pública	5
1.1 Programa de estilos de vida saludables y educación para la salud	5
1.2 Programa gallego de cribados	6
1.2.1 Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama - PGDPCM	6
1.2.2 Programa de detección precoz del cáncer colorrectal	8
1.2.3 Programa de detección de la sordera en periodo neonatal y programa de detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal	9
1.3 Programa gallego de vacunación	10
2 Asistencia sanitaria	13
2.1 Robotización de la distribución y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario	13
2.2 Punto de atención diagnóstico-terapéutico móvil	13
2.3 Teleseguimiento en el hogar de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, tras el alta hospitalaria	14
2.4 Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia	15
2.5 Plan de continuidad de cuidados del Servicio Gallego de Salud: CONECTA 72	16
2.6 Programa e-consulta	16
2.7 IANUS-HCEPRO: la historia clínica por procesos	17
2.8 Plataforma É-Saúde	17
2.9 Programa Infección ZERO en unidades de cuidados críticos	18
2.10 Estrategia integral del dolor	19
2.11 Proyecto Có-digo Amable	20
2.12 Programa de atención a pacientes polimedicados	21
2.13 Procesos Asistenciales Integrados-PAI	22
2.13.1 Procesos oncológicos	22
2.13.2 Procesos asistenciales específicos para patologías crónicas prevalentes	23
2.14 Protocolos y guías	23
2.14.1 Protocolo de CHAGAS	23
2.14.2 Guía asistencial para el abordaje del ICTUS: Código Ictus y Teleasistencia	24

2.14.3	Protocolo para la constitución de consultas de alto riesgo de cáncer hereditario y asesoramiento genético	24
2.14.4	Guía técnica para el abordaje de la disfunción del suelo pélvico	24
2.15	Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud	24
2.16	Creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos	25
3	Infraestructuras sanitarias	27
3.1	Obras, reformas y equipamientos	27
3.1.1	Hospitales	27
3.1.2	Atención Primaria	27
3.2	Alta tecnología	27
4	Recursos humanos	29
4.1	Expediente profesional electrónico - expediente-e	29
4.2	Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS	29
4.2.1	Aplicativos informáticos de gestión de la prevención	29
4.2.2	Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo	30
4.2.3	Actuaciones en materia de violencia laboral	30
5	Gestión económico financiera	31
5.1	Eficiencia energética y sostenibilidad del medioambiente	31
6	La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	33
6.1	Urgencias sanitarias	33
6.1.1	Procedimiento conjunto de emergencia entre Galicia y Portugal	33
6.1.2	Procedimiento para atención de pacientes en la zona fronteriza	33
6.1.3	Ayuda sanitaria en Accidentes de Múltiples Víctimas - AMV	34
6.2	La ordenación sanitaria en zonas limítrofes	35
	Índice de tablas	37
	Índice de gráficos	39
	Índice de figuras	41
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	42

Resumen

Salud Pública

Galicia en 2014-2015 continuó incidiendo en las estrategias para el abordaje de la cronicidad; desde el punto de vista de la promoción, consolidó los programas iniciados en 2013: el Plan Xermola (prevención de la obesidad infantil) y la plataforma Xente con vida (web, redes sociales, blogs) y se desarrollaron otros como Estilo de Vida Activo o dentro del Plan Proxecta, la promoción de la alimentación saludable en el ámbito escolar.

El programa de cribados se ha mantenido con muy buenos resultados (sordera y metabolopatías en recién nacidos, cáncer de mama en mujeres). El cribado de cáncer de colon, pilotado en el Área de Ferrol, se consolidó y extendió en esa área e inició su implantación en el Área de Ourense.

En la prevención, sobresalen las actuaciones eficientes y efectivas en la utilización de las vacunas, donde Galicia siempre ha estado en la vanguardia. En 2015 se actualizó el calendario de vacunación infantil siguiendo los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial de Salud.

Asistencia Sanitaria

Galicia mejoró la asistencia aprovechando las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías. Se destacan:

- La robotización de la distribución y dispensación de fármacos puesta en marcha en dos hospitales.
- Teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC, tras el alta hospitalaria: disminuye la tasa de reingresos, evita posibles complicaciones y desplazamientos para el paciente.
- Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia: prestación reglada con las mismas características que la atención presencial, comenzó en 2013 para los médicos de familia y se extendió a otros profesionales (pediatras, enfermería, matronas, odontólogos de atención primaria, higienistas dentales y trabajadores sociales). Se destaca la plena aceptación entre los profesionales y en la población.
- *Proyecto e-interconsulta*: canal bidireccional de comunicación entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, para la remisión de consultas relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El número de interconsultas ha ido incrementándose estos años, demostrando la mejora en la capacidad resolutoria de la atención primaria y reduciendo el espacio que separa ambos niveles asistenciales.
- Plan de continuidad de cuidados *Conecta 72*: seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria, para detectar precozmente complicaciones o problemas, mediante una llamada telefónica de la enfermería de atención primaria a las 72 horas.
- *IANUS-HCPRO*: historia clínica por procesos para facilitar al médico la actuación clínica específica para la patología que está tratando.
- *Plataforma É-Saúde*: permite al ciudadano el acceso, desde su móvil, a su historia clínica del SERGAS y del Sistema Nacional de Salud, disponer de una biblioteca sanitaria *online*, acceder a la formación de la escuela de ciudadanos, realizar trámites y consultar los recursos disponibles (geolocalización).
- *Proyecto Có-digo Amable*: permite evaluar y gestionar el cambio en función de las expectativas de los pacientes y familiares.
- Puntos de atención diagnóstico-terapéutico móviles: aumentan la accesibilidad de poblaciones geográficamente apartadas del hospital de referencia y refuerzan otros centros sanitarios en situaciones de contingencia, emergencia o estacionales, en las que se requieran recursos sanitarios extras.

- Programa de Atención a Pacientes Polimedicados: incide en la educación sanitaria, mejora la adherencia al tratamiento y detecta y evita reacciones adversas en estos pacientes habitualmente crónicos y pluripatológicos.
- Definición de procesos asistenciales integrados y sus vías rápidas: permiten un abordaje multidisciplinar coordinado, son una garantía para evitar la variabilidad clínica y aseguran la equidad en el acceso.
- Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud y de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos.

Infraestructuras Sanitarias

Se finalizó la construcción del nuevo Hospital de Vigo *Álvaro Cunqueiro* y la reforma integral del Laboratorio de Salud Pública de Lugo. Se construyeron 8 nuevos centros de salud y se pusieron en marcha nuevas fórmulas para la renovación de los equipamientos (el *socio tecnológico*).

Recursos humanos

El proyecto del *Expediente Profesional Electrónico (expediente-e)*, sigue siendo uno de los principales objetivos en este campo. El proceso de digitalización de méritos y documentos de los profesionales del sector sanitario público prevé que en un futuro estos no tendrán que entregar ningún tipo de documento en formato papel cuando participen en procesos de selección o provisión de empleo.

También se destacan diversas actuaciones para la prevención de riesgos laborales en el SERGAS.

Gestión económico-financiera

Se destaca la orientación de la gestión hacia la eficiencia energética y la sostenibilidad del medio ambiente, acometiéndose cinco grandes actuaciones, Planes integrales de eficiencia energética (PIEEs), buscando el ahorro y la reducción de emisiones de CO₂ en más del 40% y la potenciación del uso de energías renovables (biomasa).

Asistencia sanitaria en zonas limítrofes

Se señalan los convenios de actuación sanitaria entre Galicia y las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Asturias, el procedimiento conjunto establecido entre la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia (061) y Portugal para la atención de urgencias sanitarias en las zonas limítrofes.

1 Salud Pública

En el campo de la Salud Pública, en la Comunidad Autónoma de Galicia, las principales acciones llevadas a cabo en los años 2014-2015 se pueden clasificar y englobar en los siguientes programas:

1.1 Programa de estilos de vida saludables y educación para la salud

Se pone en marcha el Plan para la prevención de la obesidad infantil (Plan Xermola) con unas líneas de acción consensuadas entre los ámbitos académico y científico, empresarial, escolar, familiar y comunitario, y sanitario. Se elabora la guía para su implantación en el ámbito local.

Se desarrolla el proyecto de Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral (EVA-AL) y en el Ámbito de Atención Primaria (EVA-AP). Este último recibió el reconocimiento de Buena Práctica en el Sistema Nacional de Salud en el año 2014, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención.

Dentro del Plan general de prevención de la obesidad infantil se elabora la Guía de ayuda para programar los menús escolares, cuyo objetivo es brindar una serie de estrategias e iniciativas para optimizar la oferta alimentaria en la escuela.

Se realiza la validación en el *Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)* de las actividades de promoción de estilos de vida saludables propuestas por ayuntamientos, ONG etc.

Se desarrolla la plataforma *Xente con Vida*, proyecto de educación para la salud que utiliza nuevas tecnologías (webs, redes sociales, blogs, etc.). Esta plataforma introduce contenidos interesantes en cuestiones relacionadas con la alimentación y la actividad física y resuelve dudas de los usuarios.

Se editan y distribuyen materiales de fomento de estilos de vida saludable para las consultas de pediatría y medicina general de los centros de salud y hospitales (*Énchete de Saúde cos alimentos* y *Xenial. Estilos de Vida Saudables*) y para los centros escolares (salvamanteles para fomentar una alimentación saludable).

Dentro del Plan Proxecta, que es una iniciativa dirigida a fomentar la innovación educativa, se ponen en marcha tres proyectos: dos para promoción de la alimentación saludable a través de la adquisición de pautas de consumo responsable (*Xermolón*, para alumnado de Educación Secundaria Obligatoria y *Xermoliño*, para alumnado de Educación Primaria) y uno destinado a la concienciación del alumnado sobre la importancia de la calidad de la oferta alimentaria en la elaboración de los menús de los comedores escolares (*Cociñando con Saúde*, para alumnado de Centros de Formación Profesional).

Tabla 1-1 Estilos de vida activos en atención primaria, 2014 y 2015

	2014	2015
N.º de centros implicados	429	446
N.º de pacientes con registro de actividad física	131.830	173.285
N.º de pacientes con registro de comportamiento sedentario	57.551	84.308
N.º de pacientes con registro de problemas relacionados con la falta de ejercicio físico	3.424	4.353

Fuente: Datos de evaluación del programa *Estilos de Vida Activos en Atención Primaria (EVA-AP)*.

Tabla 1-2 Análisis del impacto del programa Xente con Vida, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹
Web y Blog: páginas vistas	215.342	120.760
Web y Blog: visitas	58.081	41.948
Web y Blog: votaciones	96	404
Blog: comentarios de personas usuarias	0	0
Web: comentarios de personas usuarias	0	13
Web: participaciones en encuestas	6.839	2.766
Facebook: consecución de fans	8.287	921
Facebook: páginas vistas	4.984.401	1.357.358
Facebook: interacción personas seguidoras	193.832	10.307
Twitter: personas seguidoras	154	31
Twitter: impresión mensajes	45.908	66.938
Twitter: interacción personas seguidoras	797	791
YouTube: reproducciones ²	7.153	3.620
YouTube: minutos de reproducción ²	18.995	9.924
YouTube: personas suscriptoras ²	81	84

Observaciones: ¹Por motivos de procedimientos económicos no se colgaron contenidos desde marzo a junio de 2015. ²El canal habilitado en *Youtube* comenzó a funcionar en el año 2014.

Fuente: Datos de evaluación del programa *Xente con Vida*.

1.2 Programa gallego de cribados

1.2.1 Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama - PGDPCM

Durante el período 2014/15, igual que en años anteriores, se realizan las actividades de gestión y de control del programa mediante una evaluación continua de la calidad a través de la monitorización de los indicadores de proceso y resultado, y su comparación con los estándares establecidos e incluidos en las guías europeas de referencia para el cribado. Se valoran también los indicadores predictores del impacto del programa a largo plazo: evaluación de los cánceres de intervalo (identificación, cuantificación y categorización clínica y radiológica para monitorizar los falsos negativos en cribado), comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama y supervivencia.

Se inició el proceso de mejora y modernización del sistema de información del programa: migración de las funcionalidades de SICMA (Sistema de Información del Cáncer de Mama), a SIDICM (Sistema de Información de Diagnóstico por Imagen de Cribado de Mama).

Se organizó la Reunión anual de la Red de Programas de Cribado del Cáncer en España, celebrada en Santiago de Compostela en junio de 2014.

Tabla 1-3 Programa de detección precoz de cáncer de mama , 2014 y 2015

		2014	2015	Valor estándar	
Participación de las mujeres	N.º de mujeres invitadas	190.147	179.422		
	N.º de mujeres exploradas	155.337	143.363		
	Participación (%)	A Coruña	82,9	77,9	Aceptable: >70 Deseable: >75
		Lugo	81,8	85,7	
		Ourense	80,8	78,4	
		Pontevedra	80,3	81,0	
Total	81,7	79,9			
Derivación para valoración clínica adicional	Cribado inicial	Total	1.438	1.259	Aceptable: <7 Deseable: <5
		%	7,6	7,0	
	Sucesivos	Total	2.942	2.678	Aceptable: <5 Deseable: <3
		%	2,1	2,1	
	Inicial + sucesivos	Total	4.380	3.937	
		%	2,8	2,7	
Proporción de mujeres con tiempo entre exploración mamográfica y resultado de la lectura de la mamografía ≤10 días (%)		93,7	98,7	Aceptable: 90 Deseable: >90	
Proporción de mujeres con tiempo entre resultado de mamografía y cita en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) ≤ 21 días (%)		68,6	95,2	Aceptable: 90 Deseable: >90	
Fuente: Datos de evaluación del PGDPCM.					

Tabla 1-4 Programa de detección precoz de cáncer de mama , 2012 y 2013

		2012	2013	Valor estándar
N.º de cánceres detectados		564	567	
Tasa de detección	Cribado inicial (%)	5,4	4,4	Aceptable: 4,2 Deseable: >4,2
	Sucesivos (%)	3,5	4,1	Aceptable: 2,1 Deseable: >2,1
	Inicial+sucesivos (%)	3,8	4,1	
Valor predictivo positivo de la mamografía de cribado	Cribado inicial (%)	8,0	6,0	
	Sucesivos (%)	16,7	17,8	
Proporción de tumores invasivos (%)		87,6	83,7	Aceptable: 90 Deseable: 80-90
Proporción de tumores detectados en estadios II y más	Cribado inicial (%)	40,0	30,0	Deseable: <30
	Sucesivos (%)	29,7	26,9	Aceptable: 25 Deseable: <25
Proporción de cánceres invasivos sin afectación ganglionar	Cribado inicial (%)	50,0	50,0	Deseable: >70
	Sucesivos (%)	59,4	60,3	Aceptable: 75 Deseable: >75
Proporción de cánceres invasivos de tamaño menor o igual a 10 mm	Cribado inicial (%)	29,4	30,9	Deseable: >=25
	Sucesivos (%)	36,2	39,2	Aceptable: >=25 Deseable: >=30
Proporción de mujeres con tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento ≤ 21 días (%)		30,6	33,1	Aceptable: 90 Deseable: >90
Proporción de mujeres con tiempo entre exploración mamográfica e inicio de tratamiento ≤ 60 días (%)		35,2	42,0	Aceptable: 90 Deseable: >90

Observaciones: 2012 y 2013 son los dos últimos años consolidados.

Fuente: Datos de evaluación del PGDPCM.

1.2.2 Programa de detección precoz del cáncer colorrectal

En estos dos años 2014-15, se consolida la extensión del Programa en la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Ferrol con invitación en segunda vuelta, y se inicia la invitación de la población diana en la EOXI de Ourense.

Colaboramos en el proyecto de investigación *EpoS (European Polyp Surveillance trial group)*, proyecto multicéntrico en el que participan varios países europeos con el objetivo de evaluar la mejor estrategia de seguimiento para personas con lesiones precursoras de cáncer colorrectal (adenomas).

Tabla 1-5 Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹	Referencia europea	
N.º de personas invitadas	16.210	48.726		
N.º de personas con test de sangre oculta en heces entregado	8.045	20.459		
Participación (%)	49,6	42,0		
Porcentaje de test SOH positivo	7,1	6,7	4,4-11,1	
N.º de personas con colonoscopia completa	758	1.277		
Detección de cáncer invasivo	Tasa detección cáncer invasivo (‰)	4,7	2,2	1,8-9,5
	Valor predictivo positivo para cáncer invasivo (%)	7,0	3,4	4,5-8,6
	Estadio I (% respecto del total)	44,7	43,8	
	Estadio II (% respecto del total)	25,0	12,6	
	Estadio III (% respecto del total)	21,4	34,3	
	Estadio IV (% respecto del total)	8,9	9,3	
Detección de adenomas	Tasa detección adenomas de alto riesgo (‰)	10,9	8,1	
	Tasa detección adenomas de riesgo intermedio (‰)	17,5	13,2	
	Tasa detección adenomas de riesgo bajo (‰)	13,5	10,7	
	Valor predictivo positivo para adenomas (%)	62,1	49,2	19,6-40,3

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales a fecha 05/04/2016.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal.

1.2.3 Programa de detección de la sordera en periodo neonatal y programa de detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal

La cobertura de ambos programas fue mayor del 99% de los nacidos en Galicia, realizando el control y seguimiento de los indicadores establecidos para el cumplimiento de los objetivos del programa.

Tabla 1-6 Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal, 2014 y 2015

	2014	2015 ¹	Valor estándar
N.º de niños y niñas recién nacidos participantes ²	19.285	19.155	
Tasa de participación (%)	99,6	99,7	Aceptable: > 95 Deseable: > 99
Tasa de derivación (%)	1,0	1,2	<4
Tasa de detección (‰)	0,88	0,70	
Proporción de niños y niñas con primera consulta en la unidad de diagnóstico a una edad inferior a 60 días (%)	90	89	< 60 días en el 95% de las niñas y niños derivados
Proporción de niños y niñas con inicio del tratamiento a una edad inferior a 6 meses (%)	60	100	< 6 meses en el 95% de las niñas y niños diagnosticados
N.º de pérdidas en derivación a diagnóstico	3	7	

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales. ² Los recién nacidos participantes se refiere a aquellos nacidos vivos en hospitales en los que está implantado el programa con la prueba realizada.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección de la sordera en período neonatal.

Tabla 1-7 Programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal, 2014 y 2015

		2014	2015 ¹	Valor estándar
Nº de niños y niñas recién nacidos participantes ²		19.613	19.383	
Tasa de participación (%)		99,9	99,9	Aceptable:98
N.º de primeras muestras no válidas	Sangre	791	778	
	Orina	213	149	
Indicador de primeras muestras válidas analizadas con resultado positivo (%)		5,4	5,2	
Tasa de detección (‰)		0,87	0,98	
Demora entre el nacimiento y la toma de la primera muestra de sangre y orina (media de días)	Sangre	3,4	3,3	Recoger las muestras al 3º día de vida
	Orina	4	4	
Demora entre la toma de la primera muestra y la fecha de entrada en laboratorio (media de días)		4,2	4,2	Entre 1-5 días
Demora entre la fecha de entrada en el laboratorio y la fecha de obtención del resultado (media de días)		3,1	2,3	< 4 días
Edad (media de días) a la detección (obtención de resultado)		11	10	

Observaciones: ¹Los datos para este año son provisionales. ² Se considera *participante* aquella niña o niño nacido en el período estudiado en uno de los hospitales gallegos, y que tiene registrada una muestra válida analizada por lo menos para una de las patologías pertenecientes al programa. La población objetivo del programa son las niñas y niños recién nacidos de madre cuyo parto tuvo lugar en Galicia y se le oferta participar en el programa con entrega a los padres de la carpeta de salud infantil que incluye las instrucciones y el material necesario para ello.

Fuente: Datos de evaluación del Programa gallego de detección precoz de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal.

1.3 Programa gallego de vacunación

En los años 2014 y 2015 se realiza la gestión de la campaña de vacunación antigripal/antineumocócica.

Durante el año 2015, se actualiza el calendario de vacunación infantil del *Programa gallego de vacunación*, para adaptarse a los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial. A partir del 1 de abril de 2015 se incorporó al calendario de vacunación infantil la vacuna antineumocócica conjugada y se modificó la edad de administración de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) a los 12 años. Esta medida empezará a aplicarse el 1 de enero de 2016. Sin embargo, con el fin de garantizar el acceso a esta vacuna para las adolescentes gallegas que están en edades entre 12 y 14 años, se mantendrá también la vacunación a los 14 años durante 2016 y 2017.

Se proporcionó información al personal del sistema sanitario sobre la adaptación temporal del calendario de vacunaciones infantiles derivada del problema de suministro a nivel mundial de las vacunas con componente pertúsico, sobre las vacunas disponibles para su uso en el calendario sistemático de vacunaciones y sobre la utilización de la vacuna antimeningocócica B.

Se pone en marcha asimismo el programa de vacunación en mujeres embarazadas frente a la tosferina.

Se diseña y elabora una web temática de gripe <http://gripe.sergas.es/?idioma=es>.

Tabla 1-8 Porcentaje de cobertura de vacunación antigripal, temporada 2014-15 y 2015-16

	Temporada 2014-2015	Temporada 2015-2016
Adultos ≥ 65 años (%)	52,2	54,0
Personal sanitario (%)	18,3	23,7

Fuente: Registro del Programa gallego de vacunación (RVACU).

Tabla 1-9 Porcentaje de coberturas de vacunación, 2014 y 2015

		2014	2015
Primovacunación	Poliomielitis	96,7	96,5
	DTPa	96,7	96,5
	Hib	96,7	96,5
	Hepatitis B	90,9	95,6
	Meningitis C	97,8	98,5
	Triple vírica	96,8	97,8
	Neumocócica conjugada	99,1	96,4
Vacunación de refuerzo (hasta 3 años)	Poliomielitis	92,6	97,8
	DTPa	92,6	97,8
	Hib	92,6	97,8
	Meningitis C	96,2	97,5
	Triple vírica	90,8	92,3
	Neumocócica conjugada	93,0	99,1
Refuerzo 6 años	dTpa	93,7	34,2 ¹
Vacunación de adolescentes	Td	90,2	91,9
	VPH (2 dosis, solo niñas)	74,4	79,3
	Meningitis C	.. ²	84,2
	Varicela (solo susceptibles)	10,9	12,8

Observaciones: ¹Por dificultades en cuanto al suministro de vacuna dTpa por parte de los laboratorios, se tuvo que realizar una adaptación temporal del calendario en mayo de 2015, de modo que se suspendió temporalmente la dosis de recuerdo con dTpa de los 6 años desde ese momento. ² La vacunación frente a la meningitis C en adolescentes comenzó en 2014.

Fuente: Registro del Programa gallego de vacunación (RVACU).

2 Asistencia sanitaria

2.1 Robotización de la distribución y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario

Este proyecto se enmarca dentro de la apuesta actual por la innovación asistencial y la implantación de las nuevas tecnologías con el fin de conseguir una mejora de los servicios. Consiste en la implantación de un sistema automatizado de logística y gestión de fármacos que redunde en la mejora de la fiabilidad de los servicios sanitarios y garantiza una mayor seguridad al paciente. Es un sistema de gestión avanzado para el control y dispensación de fármacos en el ámbito hospitalario, que consigue de esta forma la trazabilidad completa del medicamento desde su recepción en el servicio de farmacia hasta la administración o dispensación al paciente, permitiendo un seguimiento en tiempo real de su circuito en el flujo hospitalario.

Así pues, los objetivos que el SERGAS pretende conseguir con este proyecto son aumentar la seguridad en la atención al paciente, el control y la dispensación de medicamentos, minimizando los errores en su administración. Se pretende integrar este sistema de identificación y control con el resto de sistemas de información hospitalaria y gestión automática de los stocks de la farmacia con mayor precisión.

Este sistema se ha puesto en marcha en los siguientes servicios y hospitales:

- Servicio de farmacia y las plantas de nefrología, cirugía general y pacientes externos del Hospital Universitario de Ourense.
- Servicio de farmacia y en las plantas de cardiología, oncología y pacientes externos del Hospital Universitario A Coruña.

2.2 Punto de atención diagnóstico-terapéutico móvil

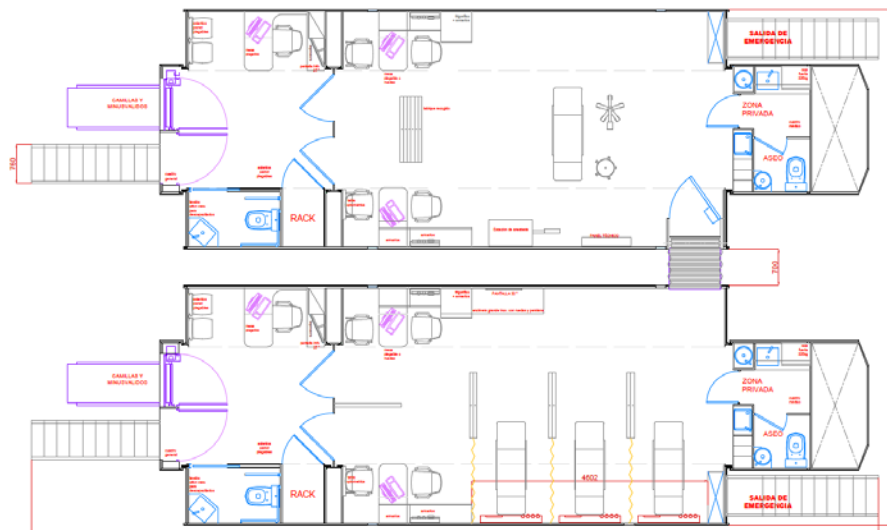
El Servicio Gallego de Salud ha impulsado una solución innovadora basada en un nuevo modelo asistencial que permite cubrir las necesidades sanitarias de poblaciones geográficamente apartadas del hospital de referencia y reforzar otros centros sanitarios en situaciones de contingencia, emergencia o estacionales, en las que se requieran recursos sanitarios extras. En este sentido, es de sobra conocida la dispersión de los núcleos de población en Galicia, que obliga a una continua innovación en la gestión asistencial para conseguir incrementar la accesibilidad y cercanía de todas las prestaciones a que tienen derecho todos los gallegos.

Se han adquirido para ello dos puntos de atención móvil compuestos cada uno de ellos por un remolque de casi 14 metros de largo por 4,7 metros de ancho, distribuidos en una zona de recepción, dos consultas (médico y enfermera) separadas por un tabique móvil, 2 aseos y un office.

Estos dispositivos disponen de todo el equipamiento necesario para ser utilizados como centro de salud, para la realización de procedimientos diagnósticos y cirugía menor en el ámbito de Atención Primaria, y para formación tanto a pacientes como profesionales.

También se pueden utilizar, aprovechando su escalabilidad horizontal y versatilidad, los dos dispositivos conectados en paralelo para la realización de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), adoptando en este caso uno de ellos la funcionalidad de un quirófano y el otro una sala de adecuación al medio.

Figura 2-1 Plano de los Puntos de Atención Diagnóstico-Terapéuticos Móviles



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria

Estas unidades han sido usadas hasta ahora en modo CMA por los servicios de dermatología, cirugía general, traumatología, urología, cirugía vascular y anestesiología del hospital universitario de Ourense, y en modo centro de salud por profesionales de atención primaria de la misma provincia.

Los resultados obtenidos a través de encuestas de satisfacción a pacientes y profesionales en ambos casos, han sido muy satisfactorios.

2.3 Teleseguimiento en el hogar de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC, tras el alta hospitalaria

Esta línea de trabajo, denominada *Fogar Dixital*, se encuadra dentro del proyecto de InnovaSaúde de utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la asistencia sanitaria diaria.

Entre los años 2014 y 2015 se ha llevado a cabo un estudio con 380 pacientes diagnosticados de EPOC, tras ser dados de alta hospitalaria por exacerbación de su enfermedad. En ellos se realizó un seguimiento a través de telemonitorización con dispositivos móviles de comunicación (*tablets*), registro de biomedidas (pulsioxímetro), de síntomas clínicos (cuestionario) y videoconferencia. Se realizó durante un año en tres fases de intervención divididas según el nivel de intensidad de la asistencia (telemonitorización alta, media o baja), y con una duración específica para cada nivel (10 días, 40 días y hasta completar un año).

Participaron todos los servicios de neumología de los hospitales gallegos, 2 enfermeras gestoras de casos, y 7 enfermeras de atención primaria. Se contó con la colaboración de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria y de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Los objetivos de este proyecto son analizar el impacto de la telemonitorización sobre el número de reingresos, asistencia a urgencias y consultas de atención primaria de los casos estudiados en comparación con un grupo control, y de acuerdo a los resultados obtenidos plantear la posibilidad de incluirlo dentro de la cartera de servicios del SERGAS a través de la historia clínica electrónica.

Tabla 2-1 Resultados del pilotaje del teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC. Proyecto Fogar Dixital. 2014 y 2015

Número de reingresos		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	76	35
Nivel bajo de telemonitorización	69	181
Total	145	216
Número de consultas en urgencias		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	37	19
Nivel bajo de telemonitorización	65	162
Total	102	181
Número de consultas en atención primaria		
	Casos	Controles
Nivel alto y medio de telemonitorización	1.044	607
Nivel bajo de telemonitorización	1.891	3.051
Total	2.935	3.685

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Para los tres objetivos planteados en el estudio se observan mejores datos en los controles que en los casos. En definitiva, disminuye la tasa de reingresos de pacientes, mejora la gestión de la consulta, evita desplazamientos innecesarios de los pacientes al centro asistencial, mejora la continuidad de cuidados y evita potenciales complicaciones tras el alta.

2.4 Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia

Dadas las peculiares características de la población en nuestra Comunidad Autónoma (dispersión geográfica, envejecimiento de la población, etc.), se decidió la puesta en marcha para los profesionales de atención primaria de la consulta telefónica de forma organizada y con las mismas características que la atención presencial.

En el año 2013 se comenzó con la consulta telefónica para el médico de familia. Un año más tarde, en 2014, se extendió a la consulta de pediatría, enfermería, matrona, odontología, higienistas dentales, y trabajo social. En enero de 2016 se ha incorporado la consulta telefónica para los farmacéuticos de atención primaria.

Durante el año 2015 se registraron 477.200 citas telefónicas más para el facultativo médico que en los dos años anteriores juntos, resultado que refleja claramente que se trata de una

prestación plenamente aceptada por la población. Han sido resueltas a través de este medio el 99,8% de las citas telefónicas correspondientes al año 2015 sin necesidad de que el paciente acudiese a su centro de atención primaria (lo que significó más de 3.000.000 de desplazamientos evitados).

Tabla 2-2 Evolución del programa de consultas telefónicas, 2013-2015

Año	Número de citas para consultas telefónicas	
	2013-2014	2015
Médicos	1.002.134	1.479.334
Resto profesionales	141.440	386.706
Total	3.009.614	

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.5 Plan de continuidad de cuidados del Servicio Gallego de Salud: *CONECTA 72*

Con esta nueva modalidad de atención sanitaria no presencial se pretende mejorar la continuidad de los cuidados en los pacientes que reciben el alta hospitalaria en la red del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Este proyecto consiste en la realización de una consulta telefónica, que se registra de forma automatizada en la agenda de la enfermera de atención primaria, durante las primeras 72 horas después del alta del paciente, con el objetivo de detectar precozmente complicaciones o problemas y comprobar que el paciente ha comprendido todas las explicaciones y recomendaciones que recibió durante el período del ingreso hospitalario.

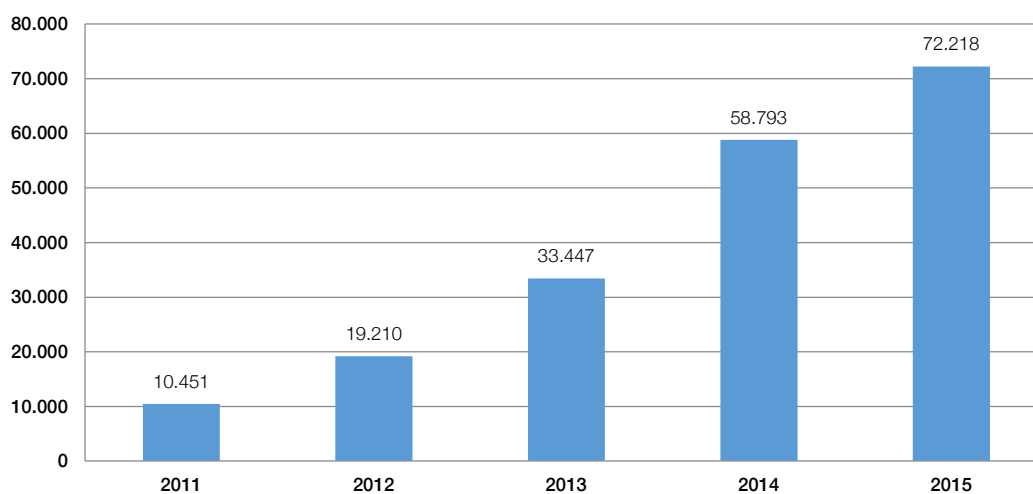
En cuanto a los resultados de este programa, el 98,2% de todas las altas hospitalarias del SERGAS se han registrado con éxito de forma automática en la agenda de la enfermera. Además, se ha conseguido contactar con el 85,4% de los pacientes, lo que supone que más de 129.000 pacientes se han beneficiado de este programa.

2.6 Programa e-consulta

Dentro de la mejora de resolución en el nivel asistencial de atención primaria y en la misma línea de la estrategia de la atención no presencial, el SERGAS ha puesto en marcha la e-consulta que posibilita un canal de comunicación directa entre este nivel y la atención hospitalaria.

El número de interconsultas a través de la e-consulta ha ido incrementándose progresivamente desde su comienzo en el año 2011, pasando de 10.451 a las 72.218 del año 2015. Las especialidades médicas especialmente beneficiadas de esta actuación han sido cardiología, endocrinología y dermatología.

Gráfico 2-1 Evolución del programa e-consulta, 2011-2015



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.7 IANUS-HCEPRO: la historia clínica por procesos

Optimizar los sistemas de información para su evolución y adaptación a las nuevas necesidades es un reto irrenunciable. La orientación hacia el paciente crónico y la estratificación de riesgos del paciente son una prioridad. La historia clínica electrónica en Galicia (IANUS) pretende avanzar a través de *IANUS-HCEPRO* hacia un nuevo sistema que tenga al problema de salud del paciente como columna vertebral del mismo, y dirigido fundamentalmente al seguimiento de pacientes crónicos y pluripatológicos. En este nuevo sistema se encuentra integrado cada Proceso Asistencial Integrado (PAI) previamente definido, lo que facilita al profesional la actuación clínica específica en función de la patología que se está tratando.

2.8 Plataforma *É-Saúde*

La plataforma *É-Saúde* tiene como objetivo facilitar el acceso a la información y comunicación con las personas. Lo que se pretende es simplificar el acceso a todos los servicios existentes y a toda la información de salud disponible, para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en cuanto a la mejora de su propia salud.

Desde la plataforma *É-Saúde* el ciudadano podrá:

- Acceder desde su dispositivo móvil a los informes de su historia clínica electrónica en el Servicio Gallego de Salud y en el Sistema Nacional de Salud.
- Disponer de una extensa y rigurosa biblioteca sanitaria *online*.
- Consultar documentación sanitaria de su interés que cuente con el aval de profesionales del SERGAS.
- Acceder a toda la formación *online* y/o presencial de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.

- Realizar los trámites *online* que ya están a día de hoy a su disposición en la página web del SERGAS.
- Consultar los recursos disponibles (geolocalización de los centros sanitarios, Puntos de Atención Continuada (PACs), oficinas de farmacia, etc.).

Se ha puesto especial énfasis en las condiciones de seguridad de acceso a la plataforma, cumpliendo todas las garantías contempladas en la normativa legal de aplicación.

El proyecto ha sido pilotado inicialmente en noviembre de 2015 con 200 usuarios controlados y en marzo de 2016 a través de los cupos de dos profesionales del centro de salud Fontenla Maristany de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Ferrol, con unos excelentes resultados, siendo las funcionalidades más utilizadas por los usuarios aquellas que ofrecen información personalizada sobre su salud. Su extensión a la totalidad de la población gallega, que se está planificando de manera escalonada en las siete EOXI del SERGAS, está previsto que finalice entre junio y septiembre de 2016.

2.9 Programa *Infección ZERO* en unidades de cuidados críticos

Las bacteriemias relacionadas con Catéteres Venosos Centrales (CVC) y las neumonías relacionadas con la Ventilación Mecánica (VM) son algunos de los problemas y complicaciones de la atención sanitaria que surgen en las unidades de cuidados críticos. España fue el primer país en sumarse a estas iniciativas, donde Galicia participa en *Bacteriemia Zero* desde el año 2009 y *Neumonía Zero* desde el año 2011.

Los tres programas están ampliamente extendidos en esta comunidad autónoma, participando activamente la mayor parte de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), reanimación y unidades de cuidados coronarios. Con la implantación de estos programas, se está consiguiendo reducir de forma importante las infecciones graves en las unidades de cuidados críticos del SERGAS.

Tabla 2-3 Resultados del Programa *Bacteriemia Zero* y *Neumonía Zero* en las unidades de cuidados críticos del SERGAS. Densidad de Incidencia , 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Acumulado post-intervención %
DI bacteriemia primaria y secundaria asociada a CVC (‰)	4,1*	3,4	2,3	2,6	2,4	2,4	2,1	2,3	2,4
Días de CVC controlados	3.898	13.345	22.722	33.594	36.289	34.620	41.222	45.129	
DI neumonía asociada a VM (‰)	18,4*	10,8*	9,9*	8,5	5,9	4,7	6,0	4,7	5,8
Días de VM controlados	3.211	6.123	14.454	22.314	29.762	27.665	30.227	31.964	

Observaciones: DI-Densidad de Incidencia (casos por mil días de factor de riesgo). * Datos tomados del estudio ENVIN previos a la implantación de la intervención.

Fuente: Datos aplicativo registro ENVIN-HELICS.

Tabla 2-4 Resultados del Programa Resistencia Zero en unidades de cuidados críticos del SERGAS, 2015

RZ	Pacientes BMR	Pacientes ingresados controlados	Días estancias	Días ATB	Días BMR	Días aislamiento	% Pacientes BMR
SERGAS	242	8.605	43.336	28.588	2.943	11.874	2,81

Observaciones: RZ-Resistencia Zero, BMR-Bacterias Multirresistentes, ATB-Antibioterapia.

Fuente: Datos aplicativo registro ENVIN-HELICS.

Los objetivos propuestos para estos programas se incluyeron dentro de los acuerdos de gestión con las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada del SERGAS para el ejercicio 2015 en sus respectivas unidades de cuidados críticos de adultos, y son los siguientes:

- Densidad de Incidencia (DI) de bacteriemia primaria y secundaria asociada a Catéter Venoso Central (CVC) inferior a 4 casos por 1.000 días de CVC.
- Densidad de Incidencia de neumonía asociada a VM inferior a 9 casos por 1000 días de VM.
- Mantener un porcentaje de pacientes con infección por Bacterias Multirresistentes (BMR) inferior a 4%.

2.10 Estrategia integral del dolor

Con esta estrategia, Galicia pretende mejorar el abordaje del paciente con dolor en los centros asistenciales del SERGAS tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. Los resultados conseguidos en su implantación a lo largo del año 2015 expresan la consecución de los objetivos: para el centro hospitalario, que el porcentaje de pacientes con valoración del dolor como quinta constante en la gráfica sea $\geq 80\%$ de los pacientes ingresados; y para atención primaria, tener implantado el procedimiento de atención al paciente con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en al menos el 40% de los servicios de atención primaria de cada EOXI.

Tabla 2-5 Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en centros hospitalarios del SERGAS, 2015

Total pacientes ingresados acumulado	262.010
Total pacientes valorados en gráfica acumulado	226.543
Total pacientes valorados en gráfica con dolor	86.191
Total (%) de pacientes con valoración del dolor en la gráfica	86,5
Objetivo de la Estrategia Integral del Dolor (%)	≥ 80

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Tabla 2-6 Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en servicios de atención primaria, 2015

Total Servicios Atención Primaria (SAP)	140
Número de SAP para implantar la estrategia y conseguir el objetivo asistencial	56
Número de SAP que han cumplido el requisito de > 40 diagnósticos de DCNO	83
Porcentaje de SAP que cumplen requisito (%)	59,3
Objetivo de la <i>Estrategia Integral del Dolor</i> (%)	≥ 40

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

A lo largo del año 2016 se consolidarán las líneas principales de actuación de la Estrategia Integral del Dolor en Galicia a través de los siguientes objetivos:

- Implantar el procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico en el 60% de los centros de atención primaria del SERGAS.
- Pilotaje del registro de dolor en la historia clínica electrónica, para garantizar la continuidad asistencial, mejorar la comunicación interniveles y prevenir eventos adversos.
- El paciente con dolor en edad pediátrica: diseño e implementación del Plan de formación/información en dolor infantil dirigido a profesionales/pacientes, familias, ciudadanos, etc.

2.11 Proyecto Có-digo Amable

El proyecto *Có-digo Amable* forma parte de un total de 12 proyectos innovadores de carácter transversal englobados en un proyecto financiado con Fondos FEDER.

Las actuaciones de implantación y evaluación se llevaron a cabo a lo largo del año 2015. Se aplica la metodología *Lean Health Care*, apoyada en herramientas cualitativas para facilitar el encuentro entre pacientes, profesionales y directivos para incorporar a la gestión factores que provienen de la experiencia de los ciudadanos y pacientes.

Se diseñó el flujograma de recorrido del paciente, los grupos focales y se recogió información y se señalaron los desperdicios, para realizar un nuevo flujograma recogiendo iniciativas, propuestas e ideas de todos los participantes en el proyecto.

Finalmente se elaboró un manual que permita evaluar y gestionar el cambio en función de las expectativas de los pacientes y familiares.

Figura 2-2 Líneas estratégicas sobre las que versa el Proyecto Código Amable



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

De este proyecto se espera un impacto positivo tanto en la organización (prestigio, compromiso de la calidad), como en los profesionales (mejora de la relación médico-paciente, mejor desarrollo del proceso asistencial), y para los ciudadanos y pacientes (minimización de las barreras de accesibilidad y comunicación, mejora de la confianza en la institución y los profesionales, mejora de la calidad percibida).

2.12 Programa de atención a pacientes polimedicados

Una de las consecuencias inmediatas del progresivo envejecimiento de la población es el incremento en el número de pacientes con múltiples enfermedades crónicas y el aumento de la utilización de los servicios sanitarios. Esta situación es particularmente importante en Galicia, pues el 23,6% de la población gallega corresponde a personas mayores de 65 años.

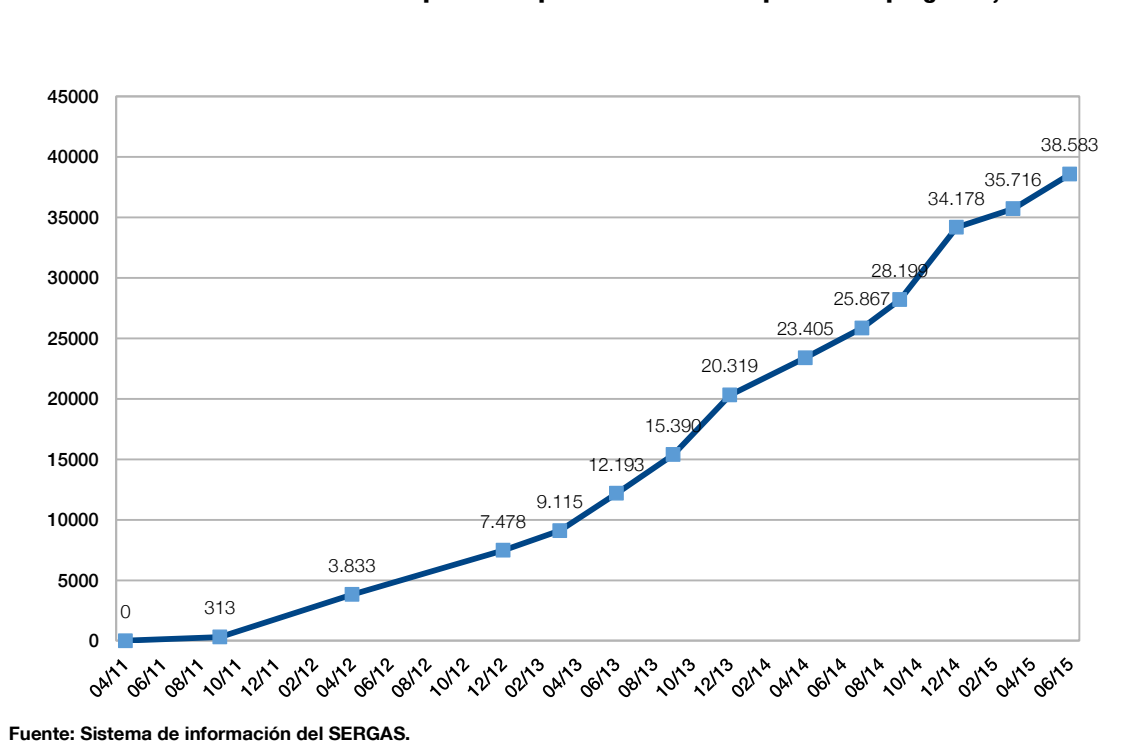
La finalidad del Programa de Atención a Pacientes Crónicos y Polimedicados en Galicia es mejorar la calidad, la seguridad asistencial y la prestación farmacéutica a este tipo de pacientes mediante el asesoramiento en el uso de fármacos, educación sanitaria y la idónea colaboración entre los profesionales sanitarios.

El programa tuvo como población diana, en una primera fase, los pacientes crónicos y polimedicados, que tomaban más de 15 medicamentos durante un período igual o superior a 6 meses. Conforme avanza el programa, se contempla la revisión de pacientes con un menor número de medicamentos.

La intervención consiste básicamente en lo siguiente: el farmacéutico de atención primaria revisa el historial farmacoterapéutico de cada paciente que cumple los criterios citados. A través de un informe individualizado formula una propuesta de intervención para cada paciente. La enfermera de atención primaria se centra en la educación sanitaria, mejora de la adherencia al tratamiento, detección de reacciones adversas y seguimiento posterior de los pacientes incluidos en el programa. Por su parte, el médico de atención primaria, observando las propuestas

realizadas por el farmacéutico de atención primaria y el personal de enfermería evalúa las prescripciones del paciente y actúa en consecuencia.

Gráfico 2-2 Evolución del número de pacientes polimedcados incorporados al programa, 2011-2015



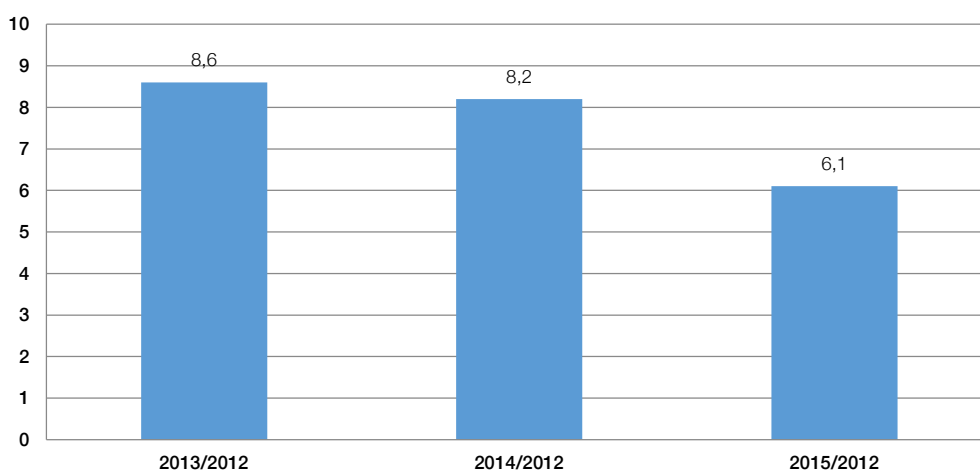
2.13 Procesos Asistenciales Integrados-PAI

2.13.1 Procesos oncológicos

El abordaje de la prevención, el diagnóstico y tratamiento del cáncer exige no solo buenos profesionales sino también una organización de las actividades que permitan un abordaje multidisciplinar coordinado y sin rupturas en la continuidad asistencial.

La aplicación de la metodología de los procesos supone una garantía para disminuir la variabilidad clínica y asegurar la equidad del acceso. Con esta filosofía se han desarrollado en Galicia los siguientes PAIs con sus correspondientes vías rápidas asociadas: cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer de próstata; a través de las cuales se constata la prioridad en su ejecución, pasando de 8,6 días de tiempo medio de espera en 2013 a 6,1 días en 2015 (lo que supone una reducción del tiempo medio de espera en más de un 29%).

Gráfico 2-3 Evolución del tiempo medio de espera en días, en las vías rápidas de cáncer, 2012-2015



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

2.13.2 Procesos asistenciales específicos para patologías crónicas prevalentes

En esta línea, se han definido e implantado los PAI de diabetes, EPOC y para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), entre otros.

2.14 Protocolos y guías

2.14.1 Protocolo de CHAGAS

Sin ser un problema de salud con la relevancia que tiene en otras comunidades autónomas del país, el SERGAS, en consonancia con las políticas del Sistema Nacional de Salud tiene que tener prevista en su cartera de servicios el abordaje de esta enfermedad.

La detección de anticuerpos anti *Trypanosoma cruzi* en gestantes de riesgo constituye una actividad importante para la promoción de la salud de las mujeres y de sus familias. Esta prueba está disponible y debe ser ofertada a todas las mujeres embarazadas con factores riesgo que sean atendidas en nuestro Sistema Público de Salud, así como el cribado al resto de descendencia y familiares susceptibles de estar infectados por el T. cruzi.

2.14.2 Guía asistencial para el abordaje del ICTUS: Código Ictus y Teleasistencia

En la Estrategia SERGAS 2020 es prioritario el desarrollo e implantación de esta Guía, cuyos objetivos son: informar a la población sobre los síntomas más característicos del ictus, coordinar la actuación de los profesionales para reducir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso al diagnóstico y tratamiento especializado, formar al personal que atiende los teléfonos de emergencia, protocolizar el traslado y los cuidados de los pacientes hasta la confirmación diagnóstica, protocolizar la atención intrahospitalaria, incrementar el número de pacientes que puedan acceder a una técnica confirmatoria rápida y puedan entrar en tratamiento de trombolisis, implementación de la asistencia monitorizada por video-conferencia en hospitales comarcales (teleictus), disponer de información fiable para evaluar la eficacia del proceso, y rescatar y seleccionar pacientes para otras opciones terapéuticas complejas en hospitales de tercer nivel.

2.14.3 Protocolo para la constitución de consultas de alto riesgo de cáncer hereditario y asesoramiento genético

En fase de próxima presentación se ha protocolizado la realización de tests genéticos, dentro de un contexto global de consejo genético y consentimiento informado, a familias consideradas de alto riesgo. Inicialmente este protocolo se referirá al cáncer de mama, ovario y colon.

2.14.4 Guía técnica para el abordaje de la disfunción del suelo pélvico

Se trata de una referencia para el cuidado y las posibles intervenciones que desde el ámbito de atención primaria se pueda dar a este problema así como establecer los criterios de derivación a otros servicios asistenciales y hospitalarios.

2.15 Creación de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud

Durante el año 2015 se constituyó la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (Decreto 112/2015, de 31 de julio; DOG núm. 157 de 19 de agosto de 2015), y su puesta en marcha tendrá lugar en el primer trimestre del 2016. Nace como entidad pública gallega creada con vocación de convertirse en el elemento nucleador del ecosistema de conocimiento e innovación en salud en la Comunidad Autónoma. Responde a los siguientes fines generales:

- Realizar la gestión de la formación continua de los profesionales del Sistema público de salud de Galicia.
- Fomentar la investigación en las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud, coordinando las actividades y proporcionando valor a los resultados de la misma.

- Impulsar y coordinar las actividades que en materia de innovación se están desarrollando en la Consellería de Sanidad, en el Servicio Gallego de Salud y en las entidades adscritas y vinculadas.

2.16 Creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos

La creación de la Agencia Gallega de Sangre, Órganos y Tejidos (Decreto 142/2015, del 17 de septiembre; DOG núm. 1797, de 15 de octubre de 2015) responde a los siguientes fines generales:

- Garantizar el abastecimiento de sangre y de sus derivados a los proveedores de servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, según los estándares de calidad vigentes y la legislación de aplicación.
- Coordinar la donación, los trasplantes de órganos y el implante de células y tejidos, velando por el cumplimiento de los estándares de calidad y la legislación de aplicación.
- Asumir la organización y garantizar la disponibilidad de muestras de máxima calidad de células y tejidos.

3 Infraestructuras sanitarias

3.1 Obras, reformas y equipamientos

3.1.1 Hospitales

En el periodo 2013-2015 se llevaron a cabo inversiones en la mayoría de los centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud, destacando entre otras, la finalización en 2015 de la construcción del nuevo Hospital de Vigo Álvaro Cunqueiro con una inversión de 253.600.000 euros (obra y mobiliario) o la reforma integral del Laboratorio de Salud Pública de Lugo. A lo largo de 2016 finalizarán obras de gran calado como la fase II del Plan Director del Complejo Hospitalario de A Coruña, la fase I del Plan Director H2050 del Complejo Hospitalario de Ourense, y la ampliación y reforma del Hospital del Salnés.

La inversión en equipamientos hospitalarios alcanzó en el periodo aludido la cifra de 306.856.000 euros, de los cuales más de 7 millones de euros fueron para el Hospital Álvaro Cunqueiro, a los que habrá que añadir 9,59 millones de euros más en el año 2016.

3.1.2 Atención Primaria

Entre los años 2013 y 2015 se construyeron 8 nuevos centros de salud y en los próximos meses está previsto que finalicen las obras de otros 10. Todo ello con una inversión de 38,8 millones de euros.

3.2 Alta tecnología

El sector de la salud se caracteriza por la rapidez en los avances tecnológicos, lo que repercute de forma importante tanto desde un punto de vista asistencial como de su impacto económico en el presupuesto del SERGAS. Por otro lado, las instalaciones de alta tecnología presentan un elevado grado de obsolescencia así como importantes dificultades en su explotación, actualización y mantenimiento.

Dada la asimetría de conocimiento que existe en la gestión de las instalaciones de alta tecnología, se han buscado nuevas fórmulas para acometer la renovación y actualización de la tecnología sanitaria en Galicia. Así, en el año 2015 ha comenzado a funcionar una nueva fórmula de gestión para la tecnología de imagen, radioterapia e intervencionismo: el *socio tecnológico*. Para la elección de los socios tecnológicos se utiliza la fórmula del diálogo competitivo, que permite acceder a las soluciones idóneas en función de la demanda para el periodo marcado.

Tabla 3-1 Resumen de actuaciones realizadas a través de la fórmula de gestión *socio tecnológico*, 2015

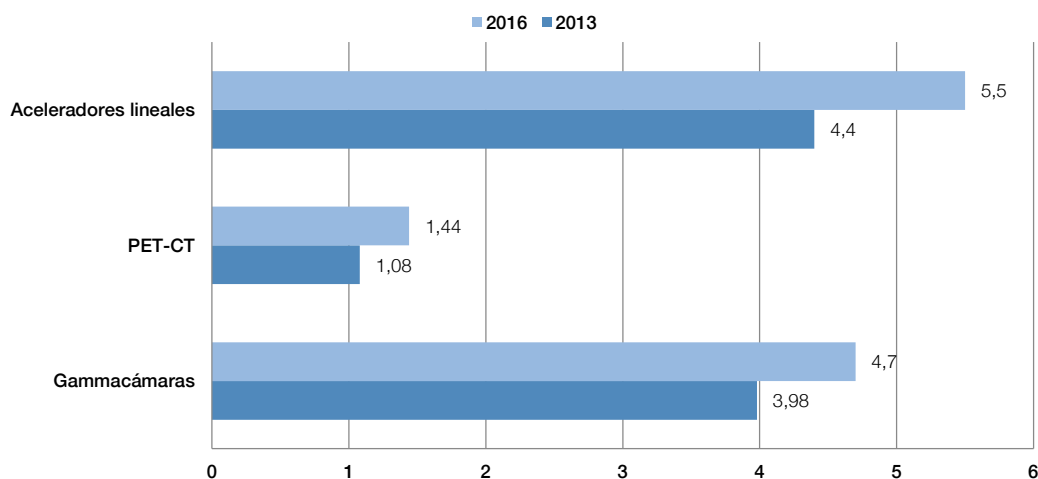
Lote 1	Diagnóstico por Imagen y Medicina Nuclear Presupuesto: 4*1%millones de euros Adquisición de 8 TC multicorte, 2 TC para simulación RT, 7 RM, 2 PET/CT, 4 gamma cámaras y otras tecnologías (vascular, mamógrafos, RX). Actualización de los equipos existentes
Lote 2	Intervencionismo guiado por imagen Presupuesto: 4,5 millones de euros Adquisición de 2 salas de hemodinámica, 2 unidades de electrofisiología Actualización de los equipos existentes
Lote 3	Oncología Radioterápica Presupuesto: 25,4 millones de euros Adquisición de 10 aceleradores lineales Actualización de los equipos existentes

Observaciones: TC=Tomografía Computerizada, RT=Radioterapia, RM=Resonancia Magnética, PET/CT=Tomografía por Emisión de Positrones/Tomografía Computerizada.

Fuente: Sistema de información del SERGAS.

Con la ejecución del contrato *socio tecnológico*, que contó también con la colaboración de la Fundación Amancio Ortega, se consigue dar un gran salto cualitativo y cuantitativo, consiguiendo mejorar los indicadores de equipamiento preexistentes: un 25% en las dotaciones de aceleradores lineales, un 33,3 % en equipos PET-CT y un 18 % en gamma-cámaras.

Gráfico 3-1 Evolución de la ratio de los equipos de alta tecnología por millón de habitantes en Galicia, 2013-2016



Fuente: Sistema de información del SERGAS.

4 Recursos humanos

4.1 Expediente profesional electrónico - *expediente-e*

En el año 2011 el Servicio Gallego de Salud puso en funcionamiento el expediente profesional electrónico (*expediente-e*). Se trata de una herramienta de gestión de la información curricular y un punto de encuentro entre la Administración y los profesionales del sector sanitario público en Galicia. A través del *expediente-e* se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema y supuso grandes ventajas como son la explotación de la información contenida de méritos y requisitos de participantes en procesos, la automatización de resultados de baremación, la simplificación y agilidad en los procesos, transparencia, interacción en procesos administrativos, etc.

A lo largo de los años 2014 y 2015 se inició el proyecto de digitalización de los documentos acreditativos de requisitos y méritos de los profesionales. Las ventajas que aporta, tanto a los profesionales como a la propia Administración, son:

1. Transparencia: los documentos acreditativos de requisitos y méritos son inmediatamente visibles para cualquier usuario del sistema.
2. Localización exacta e inmediata de la documentación. No es necesario acudir al archivo para validar un mérito o para revisar dicha documentación.
3. Seguridad. Se reduce la posibilidad de extravío del *expediente-e*.
4. Ahorro de tiempo, medios y espacio.
5. Se facilita la tramitación de reclamaciones y recursos administrativos en los procesos de selección y provisión.

Como en este momento el volumen de aspirantes en procesos abiertos es muy elevado, se está priorizando la digitalización por categorías y/o procesos. Sin embargo, el objetivo a medio plazo, es conseguir la digitalización del 100% de todos los expedientes aportados por los profesionales. De esta manera, se prevé que en un futuro los profesionales interesados en participar en cualquier proceso de selección o provisión no tengan que entregar ningún tipo de documento en formato papel.

4.2 Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS

4.2.1 Aplicativos informáticos de gestión de la prevención

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud han desarrollado una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia, poniendo a disposición del personal la posibilidad de solicitar telemáticamente la realización de su reconocimiento médico laboral. Los profesionales interesados en realizar el examen de salud pueden inscribirse a través del formulario disponible en el *Portal del Empleado*.

Los resultados correspondientes a la vigilancia de la salud, quedan registrados en un aplicativo que favorece la integración de la prevención en el sistema de gestión de la organización.

Además, se ha desarrollado e implantado una nueva aplicación de comunicación *online*, con el objeto de homogeneizar criterios en todos los centros del SERGAS para la comunicación interna de los accidentes e incidentes de trabajo. Intervienen en su gestión la Dirección de recursos humanos, mandos intermedios, representantes de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, coordinadores de violencia de origen externa, y los profesionales técnicos y sanitarios de las unidades de prevención de riesgos laborales.

Estas actuaciones reflejan el impulso que se pretende dar a la integración de la prevención de riesgos laborales en el sistema de gestión de la organización.

4.2.2 Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo

Con el apoyo de la Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS), se ofrece a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa *online* en materia de prevención orientada a los riesgos concretos que pueden estar presentes en su lugar y/o puesto de trabajo y las medidas preventivas o de protección que deben seguirse.

Esta formación se imparte mediante pequeñas unidades de información independientes, denominadas *píldoras formativas* o *learning-coffee*, que incluyen contenidos de prevención de riesgos laborales con materiales gráficos y multimedia a través de módulos estructurados para conseguir el máximo rendimiento pedagógico utilizando las últimas herramientas tecnológicas. Esta metodología de formación permite facilitar el acceso de los profesionales a la misma y hace que su aprendizaje sea más fluido y dinámico.

De este modo, y en el marco de los objetivos de la modernización en la gestión de recursos humanos y de avance continuo en la seguridad y salud, en años anteriores se dio respuesta a las necesidades de formación en materia de prevención a profesionales.

Las diferentes actividades formativas se configuran en base a las 32 unidades formativas elaboradas a tal fin, correspondiendo a los riesgos evaluados de los puestos de trabajo. Por estas vías se formaron 5.725 profesionales.

4.2.3 Actuaciones en materia de violencia laboral

La violencia en el lugar de trabajo constituye una clara y grave amenaza contra la eficacia de las organizaciones. En el sector sanitario, las relaciones entre el personal que trabaja en los centros sanitarios y los usuarios, pacientes, familiares o acompañantes de los mismos, pueden desembocar en situaciones conflictivas de diversa etiología.

El Servicio Gallego de Salud implantó los planes específicos para la Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo (PEVE), en el que se establecen las medidas concretas y adaptadas a las principales características de cada institución sanitaria, a partir de un consenso previo en cuanto a los criterios básicos de actuación para crear una cultura de responsabilidad colectiva en la prevención de episodios violentos.

El objeto de estos planes es dar una adecuada respuesta a las situaciones de conflicto entre usuarios y personal de nuestra organización así como establecer e identificar los medios necesarios para la atención y apoyo de los trabajadores víctimas de la violencia, con el fin de proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de esta institución sanitaria, y de mejorar el ambiente laboral, favoreciendo el respeto mutuo y la comunicación.

Los PEVE se han incorporado al Plan de Prevención de Riesgos Laborales del SERGAS siendo difundidos a través de los canales de comunicación corporativos.

5 Gestión económico financiera

5.1 Eficiencia energética y sostenibilidad del medioambiente

En la Estrategia SERGAS 2014 se definió la intención y necesidad de abordar un Plan Integral de Eficiencia Energética (PIEE). Han sido ejecutados 5 grandes actuaciones/licitaciones:

- PIEE CHUS: Comprende los 4 hospitales de Santiago.
- PIEE FERROL: Abarca el Hospital Arquitecto Marcide y Hospital Naval.
- PIEE ECOSPITAL: Consistió en la implantación de calderas de biomasa en 5 hospitales comarcales (Hospitales de Verín, Costa, Monforte, Calde y Barbanza).
- PIEE Complejo Hospitalario de Ourense (CHOU): incluye los 3 hospitales de Ourense.
- PIEE Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC): comprende los hospitales Materno-Infantil, Oza, Abente y Lago, Virxe da Xunqueira-Cee, el Centro de Consultas Especializadas de El Ventorrillo y la lavandería de A Grela.

Uno de los pilares fundamentales de estos planes es el ahorro económico, pues permite y ayuda a consolidar la inversión en la renovación. Al mismo tiempo se consigue una reducción de las emisiones de CO₂ en más del 40% y se potencia el uso de las energías renovables (biomasa). Además genera empleo local y potencia la explotación ordenada y la limpieza de los montes reduciendo el riesgo de incendios forestales.

Alguno de los resultados de su puesta en marcha son: renovación de instalaciones en más de 20 edificios sanitarios, un ahorro de más 4 millones de euros anuales, más de 15 millones de euros en inversiones en la renovación de instalaciones, o una reducción anual de más de 35.000 Toneladas métricas (Tm) de emisiones de CO₂. Este proyecto ya consolidado evoluciona actualmente hacia la sostenibilidad del medio ambiente. Los siguientes proyectos en marcha son:

- Puesta en funcionamiento en 9 centros sanitarios de 17 calderas de biomasa, con una potencia térmica operativa en calderas de biomasa superior a 12.450 Kw (capacidad suficiente para satisfacer las necesidades de calefacción de una ciudad de 10.000 habitantes).
- Consumo anual de biomasa superior a 6.300 Toneladas métricas, lo que equivale a que en épocas de máxima demanda invernal se genere una demanda de 3 camiones diarios de biomasa para el conjunto de estos centros. Esta demanda de biomasa, se estima que genera una creación de empleo anual de más de 22 empleos directos y 32 indirectos, además de fomentar la ordenación forestal y la limpieza de más de 3.000 Hectáreas (Ha) de monte en Galicia.

En la Estrategia SERGAS 2020, se contemplan nuevas actuaciones amparadas en el Convenio con el INEGA (Instituto Energético de Galicia) dentro de los fondos FEDER 2014-2020, con objeto de favorecer el paso a una economía baja en carbono en todos los sectores, y prioridad de inversión. La dotación económica prevista es de más de 10 millones de euros, destinados a las siguientes acciones:

- Actuación integral en las fachadas y cubiertas del Hospital Meixoeiro.
- Actuación integral de la renovación del alumbrado de 5 hospitales comarcales y al menos de 10 centros de salud, que redundará en ahorros energéticos y de emisiones de CO₂ superiores al 40%.
- Incorporación de calderas de biomasa en al menos 10 centros de salud, lo que permitirá sustituir el combustible fósil actual por renovable.

Estas actuaciones supondrán evitar la emisión de más de 600 Tm de CO₂, e implicará la mejora de la calificación energética actual a más de 15 edificios.

6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

6.1 Urgencias sanitarias

En relación a la asistencia sanitaria urgente desarrollada por la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (FPUSG-061) existen los siguientes procedimientos que se llevan a cabo:

6.1.1 Procedimiento conjunto de emergencia entre Galicia y Portugal

Es un proceso que permite la redirección de las llamadas de emergencia entre los Centros Coordinadores de Urgencia de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 (CCUSG-061) y el Centro Coordinador (CCU) del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEM) de la República de Portugal.

Consiste en lo siguiente:

- Llamada recibida en el CCUSG-061 procedente del territorio portugués. La gestión de la llamada puede ser:
 - El incidente se resuelve con información o consejo médico telefónico.
 - El incidente requiere intervención de recursos móviles. En este caso se derivará la llamada al CCU del SEM de Portugal correspondiente.
- Llamada recibida en el CCU-Portugués procedente del territorio español. La gestión de la llamada puede ser:
 - El incidente se resuelve con información o consejo médico telefónico.
 - El incidente requiere la intervención de recursos móviles. En este caso se derivará la llamada a la CCUSG-061.

6.1.2 Procedimiento para atención de pacientes en la zona fronteriza

Se hará de la siguiente manera:

A - Atención de paciente español en la zona fronteriza de Portugal

Independientemente del recurso asistencial portugués que atienda al paciente (Unidad de Soporte Vital Avanzado, Unidad de Soporte Vital Básico), éste se pondrá en contacto con su Centro Coordinador para informar de lo siguiente:

- Si el paciente no precisa traslado a un centro sanitario: alta en el lugar.
- Si el paciente precisa traslado a un centro sanitario; en este caso se deben valorar las siguientes circunstancias:

- Si el paciente solicita ir a España y lo permite su gravedad, el CCU de Portugal se pondrá en contacto con la CCUSG-061. Si la FPUSG-061 asume al paciente, se establecerá un punto de encuentro para realizar la transferencia del paciente y posterior traslado del mismo al centro sanitario de la Comunidad Gallega que se considere más adecuado.
- Si el paciente no solicita traslado a España o su gravedad no permite el traslado o la FPUSG-061 no puede asumir dicho traslado (previa confirmación con la CCUSG-061), el paciente será transportado al centro sanitario portugués que se considere más adecuado.

B- Atención de paciente portugués en la zona fronteriza de España

Independientemente del recurso asistencial de la FPUSG-061 que atienda al paciente (Unidad de Soporte Vital Avanzado, Unidad de Soporte Vital Básico), éste se pondrá en contacto con la CCUSG-061 para informar de lo siguiente:

- Si el paciente no precisa traslado a centro sanitario: alta en el lugar
- Si el paciente precisa traslado a un centro sanitario. En este caso se deben valorar las siguientes circunstancias:
 - Si el paciente solicita ir a Portugal y lo permite su gravedad, la CCUSG-061 se pondrá en contacto con el CCU del SEM portugués. Si el SEM de Portugal asume al paciente se establecerá un punto de encuentro para realizar la transferencia del paciente y posterior traslado del mismo al centro sanitario portugués que se considere más adecuado.
 - Si el paciente no solicita traslado a Portugal o su gravedad no permite el traslado o el SEM portugués no puede asumir dicho traslado (previa confirmación con el CCU), este será trasladado al centro sanitario de la Comunidad Gallega que se considere más adecuado.

6.1.3 Ayuda sanitaria en Accidentes de Múltiples Víctimas - AMV

Se establece el siguiente protocolo:

A-AMV en territorio español.

La CCUSG-061 alertará al CCU del SEM portugués si se prevén que los recursos españoles son insuficientes. A partir de este momento pueden darse dos circunstancias:

- Tras recabar más información se determina que no se precisa ayuda del SEM de Portugal, en este caso la CCUSG-061 desactivará la alerta.
- Si se confirma la necesidad de recursos, se informará sobre el número y características de los mismos. Una vez en el lugar del incidente los recursos de Portugal se pondrán bajo el Mando Sanitario español, tanto para la prestación de asistencia como para la evacuación de heridos.
- Si fuese necesario trasladar heridos a centros hospitalarios portugueses, es necesario informar y solicitar permiso a través del CCU del SEM portugués.

Una vez finalizado el incidente independientemente de si ha sido necesaria la intervención de recursos o no, la CCUSG-061 se pondrá en contacto con el CCU del SEM de Portugal para proporcionar la información que sea precisa.

B- AMV en territorio portugués

El CCU del SEM portugués alertará a la CCUSG-061 si se prevén que los recursos portugueses son insuficientes. A partir de este momento pueden darse dos circunstancias:

- Tras recabar más información se determina que no se precisa ayuda de la FPUSG-061, en este caso el CCU del SEM de Portugal desactivará la alerta.
- Si se confirma la necesidad de recursos, se informará sobre el número y características de los mismos. Una vez en el lugar del incidente los recursos de España se pondrán bajo el Mando

Sanitario portugués, tanto para la prestación de asistencia como para la evacuación de heridos.

- Si fuese necesario trasladar heridos a centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma Gallega, es necesario informar y solicitar permiso a través de la CCUSG-061.

Una vez finalizado el incidente independientemente de si ha sido necesaria la intervención de recursos o no, el CCU portugués se pondrá en contacto con la CCUSG-061 para proporcionar la información que sea precisa.

Las posibles dificultades que se puedan generar por las diferencias lingüísticas quedan subsanadas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia por la disposición, durante 24 horas/365 días, de un servicio de traducción telefónica de la FPUSG-061.

El contacto con la CCUSG-061 puede realizarse a través del número: 00 34 981528990 / 00 34 981551990.

6.2 La ordenación sanitaria en zonas limítrofes

La Comunidad Autónoma de Galicia limita geográficamente con dos CCAA, la de Castilla y León y la de Asturias, con las que han sido firmados convenios de colaboración para la atención en zonas limítrofes.

El convenio suscrito entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia está vigente desde el año 2008, para la prestación de asistencia sanitaria en los ámbitos de atención primaria, atención especializada, urgencias y emergencias.

Por parte de nuestra comunidad autónoma están autorizados tanto a ser atendidos en la comunidad limítrofe para atención primaria de salud, como para la libre elección para la atención entre el centro de salud del SERGAS y el del correspondiente ayuntamiento limítrofe de la otra comunidad autónoma, los habitantes siguientes:

- Del ayuntamiento de Rubiá, los lugares de Quereño, Vilar de Xeos, Sobredo y Pardollán: 44 habitantes, de ellos 14 mayores de 64 años.
- Del ayuntamiento de Viana do Bolo los vecinos de la parroquia de Parradomisquelo; 17 habitantes, de ellos 6 mayores de 64 años.

Por parte de la Consellería de Sanidad el compromiso es la atención a nivel especializado, en el Hospital de Verín, de los habitantes de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Alta Sanabria (Zamora), concretamente de los municipios de Hermisende, Lubián, Pías y Porto.

Con el Principado de Asturias, la Comunidad Autónoma de Galicia tiene dos protocolos de colaboración, también desde del año 2008, para las siguientes prestaciones:

- Uno para actividades formativas.
- Otro para la atención al Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Índice de tablas

Tabla 1-1	Estilos de vida activos en atención primaria, 2014 y 2015	6
Tabla 1-2	Análisis del impacto del programa Xente con Vida, 2014 y 2015	6
Tabla 1-3	Programa de detección precoz de cáncer de mama , 2014 y 2015	7
Tabla 1-4	Programa de detección precoz de cáncer de mama , 2012 y 2013	8
Tabla 1-5	Programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal, 2014 y 2015	9
Tabla 1-6	Programa gallego para la detección de la sordera en período neonatal, 2014 y 2015	9
Tabla 1-7	Programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en período neonatal, 2014 y 2015	10
Tabla 1-8	Porcentaje de cobertura de vacunación antigripal, temporada 2014-15 y 2015-16	11
Tabla 1-9	Porcentaje de coberturas de vacunación, 2014 y 2015	11
Tabla 2-1	Resultados del pilotaje del teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC. Proyecto Fogar Dixital. 2014 y 2015	15
Tabla 2-2	Evolución del programa de consultas telefónicas, 2013-2015	16
Tabla 2-3	Resultados del Programa Bacteriemia Zero y Neumonía Zero en las unidades de cuidados críticos del SERGAS. Densidad de Incidencia , 2008-2015	18
Tabla 2-4	Resultados del Programa Resistencia Zero en unidades de cuidados críticos del SERGAS, 2015	19
Tabla 2-5	Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en centros hospitalarios del SERGAS, 2015	19
Tabla 2-6	Resultados de la Estrategia Integral del Dolor en servicios de atención primaria, 2015	20
Tabla 3-1	Resumen de actuaciones realizadas a través de la fórmula de gestión socio tecnológico, 2015	28

Índice de gráficos

Gráfico 2-1	Evolución del programa e-consulta, 2011-2015	17
Gráfico 2-2	Evolución del número de pacientes polimedicados incorporados al programa, 2011-2015	22
Gráfico 2-3	Evolución del tiempo medio de espera en días, en las vías rápidas de cáncer, 2012-2015	23
Gráfico 3-1	Evolución de la ratio de los equipos de alta tecnología por millón de habitantes en Galicia, 2013-2016	28

Índice de figuras

Figura 2-1	Plano de los Puntos de Atención Diagnóstico-Terapéuticos Móviles	14
Figura 2-2	Líneas estratégicas sobre las que versa el Proyecto Có-digo Amable	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACIS	Agencia de Conocimiento en Salud
AMV	Accidentes con Múltiples Víctimas
ATB	Antibioterapia

B

BMR	Bacterias Multirresistentes
-----	-----------------------------

C

CCAA	Comunidades Autónomas
CCU	Centro Coordinador de Urgencias médicas
CCUSG-061	Centro Coordinador de Urgencias Médicas de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061
CHOU	Complejo Hospitalario de Ourense
CHUAC	Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
CHUS	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CVC	Catéter Venoso Central

D

DCNO	Dolor Crónico No Oncológico
DI	Densidad de Incidencia
DOG	Diario Oficial de Galicia
DTPa	Vacuna contra Difteria-Tétanos-Pertussis alta carga
Dtpa	Vacuna combinada contra Difteria-Tétanos-Pertussis baja carga

E

ENVIN	Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI
EOXI	Estructura Organizativa de Gestión Integrada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EpoS	<i>European Polyp Surveillance trial group</i> (Grupo Europeo de Pruebas de Vigilancia de Pólipos)
EVA-AL	Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral
EVA-AP	Estilos de Vida Activos en Atención Primaria

F

FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FPUSG-061	Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061

H

Ha	Hectárea
HCEPRO	Historia Clínica Electrónica por Procesos
HELICS	<i>Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance</i> (Proyecto europeo de vigilancia de las infecciones nosocomiales en hospitales)
Hib	Vacuna contra el <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b

I

IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IANUS	Historia Clínica Electrónica en el Servicio Gallego de Salud
INEGA	Instituto Enérgico de Galicia

O

ONG	Organizaciones No Gubernamentales
-----	-----------------------------------

P

PAC	Punto de Atención Continuada
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PET	Tomografía por Emisión de Positrones
PET-CT	Superposición de las imágenes producidas con un PET y Tomografía Computerizada
PEVE	Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo
PIEE	Plan Integral de Eficiencia Energética
PGDPC	Programa Galego de Detección Precoz de Cáncer de Mama

R

RM	Resonancia Magnética Nuclear
RT	Radioterapia
RX	Radiología
RZ	Resistencia Zero
RVACU	Registro del Programa Gallego de Vacunación

S

SAP	Servicios de Atención Primaria.
SEM	Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias
SERGA	Servicio Gallego de Salud
SICMA	Sistema de Información del Cáncer de Mama
SIDICM	Sistema de Información de Diagnóstico por Imagen del Cribado de Mama
SIPES	Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud
SOH	Sangre Oculta en Heces

T

TC	Tomografía Computerizada.
Td	Dosis recuerdo frente Tétanos-Difteria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
Tm	Tonelada métrica

U

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDT	Unidades de Diagnóstico y Tratamiento del Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama

V

VM	Ventilación Mecánica
VPH	Virus del Papiloma Humano

Z

ZBS Zona Básica de Salud