

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Galicia



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	7
1. Actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria	7
1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia	7
1.2. Teleseguimiento en el hogar de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tras el alta	10
1.3. Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia	11
1.4. Proyecto e-interconsulta	12
1.5. Proyecto Resistencia Zero	14
1.6. Comisión gallega de estrategia contra el dolor	16
1.7. Sistematización, documentación e implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico	16
1.8. Cirugía segura. Proyecto Joint Action-WP 5	17
2. Actuaciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud	19
2.1. Vacunas	19
2.2. Programas de estilo de vida saludable y educación para la salud	21
2.3. Programa Gallego de cribados	23
3. Mejoras en la gestión de recursos humanos	26
3.1. Expediente profesional electrónico (expediente-e)	26
3.2. Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS	27
3.3. Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS	27
4. Actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento	29
4.1. Programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedicados en el SERGAS	29
Índice de tablas	31

Índice de Gráficos.....	32
Abreviaturas, acrónimos y siglas	33

Demografía y entorno económico

	Galicia	España	Fuente
Población	2.753.230	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,4	49,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,6	50,8	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	11,9	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	64,7	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	23,3	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,4	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La comunidad autónoma de Galicia apuesta por la utilización de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud, así como poner especial énfasis en la calidad de las atenciones y la mejora de la gestión de recursos humanos, considerando todas ellas medidas que mejorarán la efectividad y eficiencia de nuestro sistema. A continuación se relaciona un resumen de las medidas que se detallarán en el cuerpo del documento.

La Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia utilizando como herramienta el agrupador poblacional "Clinical Risk Grouping Software (CRGs)", consigue clasificar a los pacientes en grupos homogéneos según su morbilidad (estado de salud y nivel de complejidad). Esto permite analizar el comportamiento de determinados indicadores como la frecuentación de urgencias, los ingresos urgentes, el consumo farmacéutico, los reingresos, etc., y conocer cómo se comporta cada cupo de atención primaria para cada uno de los indicadores definidos, y la posibilidad de compararse con su Servicio, su Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) y el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en su conjunto.

El proyecto de Teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC posibilita disponer de un canal bidireccional de comunicación entre el Servicio de Salud y el paciente y sus cuidadores, con el fin de hacerlos más competentes para el manejo de su enfermedad.

La consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia pone a disposición de la ciudadanía una herramienta que favorece la accesibilidad a la consulta con su médico de cabecera, lo que potencia la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud, sobre todo teniendo en cuenta la estructura de la población gallega (envejecimiento, dispersión geográfica ...). Planteada como complemento a la atención presencial, desde luego irrenunciable, permite agilizar las consultas, disminuyendo las interrupciones por llamadas telefónicas no programadas de los pacientes y los tiempos de espera, evita desplazamientos innecesarios y favorece la conciliación familiar y laboral.

El Proyecto e-interconsulta es otra de las estrategias de atención no presencial planteada por el SERGAS. Pone a disposición de los profesionales un canal bidireccional de comunicación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, para la remisión de consultas acerca de cuestiones relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El objetivo es mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y al mismo tiempo mejorar la coordinación asistencial.

El Proyecto Resistencia Zero tiene como objetivo reducir en un 20% los pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR), en las 48 horas siguientes a su ingreso en Unidades de Cuidados Críticos. Para ello se ponen en marcha dos actividades: STOP BMR (paquete de recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de microorganismos multirresistentes en paciente críticos) y el Plan de Seguridad Integral que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las Unidades de Cuidados Críticos.

La Comisión gallega de estrategia contra el dolor en 2013 priorizó como líneas de trabajo:

- El desarrollo de la Estrategia “Dolor Infantil Zero”. Con la normalización de los procedimientos de atención al dolor en el paciente en edad pediátrica.
- La implantación del procedimiento de atención al Dolor Crónico no Oncológico en al menos el 25% de los servicios de Atención Primaria.
- El análisis de la situación de las Unidades de atención al dolor.

En el campo de la prevención, el ejemplo más claro de actuaciones eficientes y efectivas es la utilización de las vacunas. Este es un ámbito en el que Galicia siempre estuvo en la vanguardia y continuamos en ella, ya que desde la temporada 2010-2011 se incorporaron a la vacunación antigripal las personas mayores de 60 años, y un programa piloto de vacunación contra el neumococo.

En el marco de las estrategias de abordaje de la cronicidad desde el punto de vista de la promoción de estilos de vida saludables, se diseñó el Plan para la Prevención de la Obesidad Infantil en Galicia (Plan Xermola). Así mismo se diseñó y se puso en marcha la iniciativa “Xente con Vida”, plataforma de comunicación 2.0 (web, redes sociales, blog...), que recibió el premio Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario.

En cuanto a los cribados destaca la cobertura del 100% en el programa de detección de sordera neonatal y detección de metabopatías. También la cobertura y resultados del programa para la detección precoz del cáncer de mama es muy reseñable, estando ya digitalizadas todas las unidades. Se ha realizado en 2013 un proyecto piloto de detección precoz del cáncer colorrectal en el área de Ferrol; las primeras evaluaciones nos están permitiendo verificar que los resultados del mismo cumplen satisfactoriamente con los estándares previstos en las guías internacionales.

El expediente profesional electrónico (expediente-e) es 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. Contiene datos reales de experiencia, formación, actividad científica, etc. A través del expedient-e se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema (oferta de empleo público, listas de selección temporal, concurso de traslados...).

La Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS es una herramienta informática para la elaboración de exámenes en un entorno seguro. Mediante el uso de las nuevas tecnologías de cifrado, se incrementa la seguridad del proceso, reforzando las garantías de aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público

La Consejería de Sanidad y el SERGAS desarrollaron una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los más de 36.000 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. Además, la Consejería de Sanidad y el SERGAS, con el apoyo de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS), ofrecen a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa on-line 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. También caben destacar las actuaciones en materia de violencia laboral,

considerada como un riesgo laboral emergente que no puede tratarse como un problema individual ni aislado puesto que afecta a la sociedad en su conjunto.

Destaca el programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedicados, en el marco de las políticas comunes del SNS, con el objetivo de “Mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de los pacientes crónicos polimedicados mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la educación sanitaria y una adecuada colaboración entre profesionales sanitarios”.

1. Actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria

La Estrategia del Servicio Gallego de Saúde (SERGAS) incorpora la utilización intensiva de las tecnologías de la información y la comunicación como una de las fuerzas que influyen en el sector de la salud y representan una revolución asistencial por las nuevas posibilidades que aportan a la atención sanitaria y a la integración de niveles asistenciales. Este hecho ha sido explícitamente reconocido por la propia Comisión Europea, que ha designado a Galicia como "reference site" en envejecimiento activo y saludable.

1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia

En el SERGAS se llevó a cabo en 2013 la estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia, utilizando como herramienta el agrupador poblacional "Clinical Risk Grouping Software (CRGs)" clasificando a los pacientes en grupos homogéneos según su morbilidad.

La información utilizada a la entrada del agrupador fue:

1. Información demográfica (edad y sexo): Población adulta de Galicia.
2. Información clínica (diagnósticos y procedimientos en cada contacto del paciente con el sistema sanitario).
 - Episodios en AP codificados con CIAP: 24 meses anteriores.
 - Episodios hospitalarios (CMBD) codificados con CIE-9-MC: 5 años anteriores.
 - Farmacia: en receta oficial, 24 meses anteriores, en Farmacia Hospitalaria de dispensación ambulatoria, últimos 12 meses.

Como resultado de esta estratificación obtuvimos una clasificación de la población en diferentes niveles de detalle según estado de salud y nivel de complejidad, tal y como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 1.1. Clasificación de la población adulta de Galicia según estado de salud y nivel de complejidad. Año 2013

Estado de salud	Nivel complejidad						Total
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
Necesidades sanitarias elevadas							
población	362	3.272	1.513	2.717	448	1.194	9.506
% sobre total	0,01	0,14	0,06	0,11	0,02	0,05	0,39
Neoplasias complejas							
población	6.050	10.997	11.389	5.802	833		35.071
% sobre total	0,25	0,46	0,47	0,24	0,03		1,45
Enfermedades Crónicas dominantes (3+)							
población	13.319	10.971	22.543	5.341	3.484	1.097	56.755
% sobre total	0,55	0,45	0,93	0,22	0,14	0,05	2,35
2 Enfermedades Crónicas significativas							
población	389.930	139.983	106.786	72.421	23.691	1.992	734.803
% sobre total	16,14	5,79	4,42	3,00	0,98	0,08	30,41
1 Enfermedad Crónica significativa							
población	326.847	81.923	16.801	1.379	1.362	91	428.403
% sobre total	13,53	3,39	0,70	0,06	0,06	0,00	17,73
Enfermedades Crónicas menores							
población	22.443	3.744	17.895	7.839			51.921
% sobre total	0,93	0,15	0,74	0,32			2,15
1 Enfermedad Crónica menor							
población	127.387	30.482					157.869
% sobre total	5,27	1,26					6,53
Trastornos agudos							
población	110.386						110.386
% sobre total	4,57						4,57
Partos							
población	4.907	834					5.741
% sobre total	0,20	0,03					0,24
Sanos							
población	443.100	24.969					468.069
% sobre total	18,34	1,03					19,37
No usuarios							
población	357.850						357.850
% sobre total	14,81						14,81
Total							
población							2.416.374
% sobre total							100

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

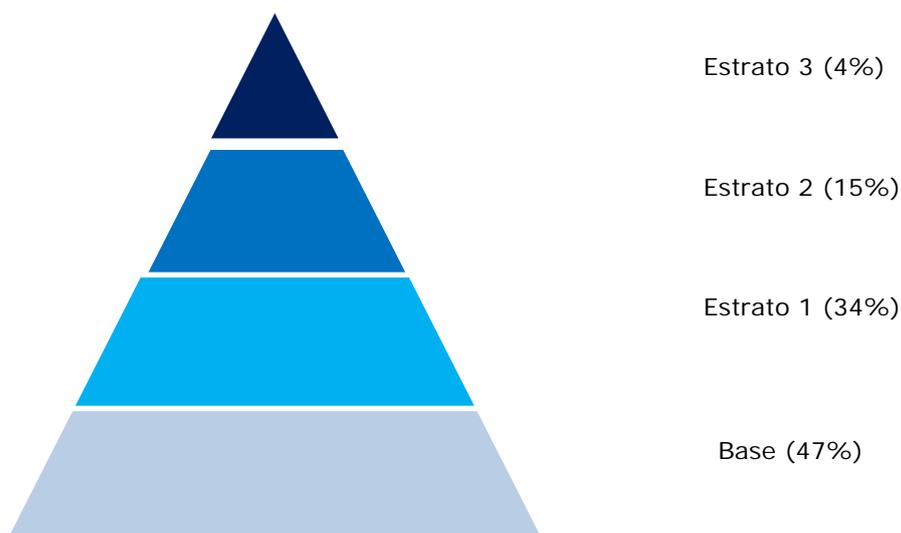
Para tener una visión más manejable, que pueda ser utilizada por los diferentes destinatarios, se agregaron los 41 grupos en una pirámide de 4 estratos cuyo resultado es el siguiente:

Tabla 1.2. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Necesidades sanitarias elevadas						
Neoplasias complejas						
Enf. Crónicas dominantes (3+)						
2 Enf. Crónicas significativas						
1 Enf. Crónica significativa						
Enf. Crónicas menores						
1 Enf. Crónica menor						
Trastornos agudos						
Partos						
Sanos						
No usuarios						

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

Gráfico 1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

A su vez, se diseñó un sistema de análisis (SIAC) de esta información devuelta por el agrupador, que nos permite analizar el comportamiento de determinados indicadores como, la frecuentación de los servicios de Urgencias (Puntos de Atención Continuada y Urgencias Hospitalarias), los ingresos urgentes, el consumo farmacéutico (tanto en receta oficial como en farmacia hospitalaria de dispensación ambulatoria), los reingresos en 30 días, la tasa de ingreso por insuficiencia cardíaca, la tasa de ingreso por EPOC, las consultas hospitalarias procedentes de AP, permitiéndonos llegar a nivel de cada profesional médico de AP y conocer cómo se comporta CADA CUPO para cada uno de estos indicadores definidos, y compararse con su Servicio, su Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) y el SERGAS en su conjunto.

1.2. Teleseguimiento en el hogar de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tras el alta

El SERGAS desarrolla actualmente la línea denominada "*Fogar Dixital*", enmarcada dentro del proyecto *InnovaSaúde*, que posibilita disponer de un canal bidireccional de comunicación entre el Servicio de Salud y el paciente y sus cuidadores, para enviar a éste los recordatorios de autocuidados y buenas prácticas que debe seguir para el manejo de su enfermedad. También permite solicitar, recibir y gestionar datos de sus constantes –presión arterial, temperatura, peso, pulso, glucosa, etc.- para que un profesional o un algoritmo revisen y comprueben el estado del paciente.

Dentro de "*Fogar Dixital*" se contempla un subproyecto específico denominado *TELESEGUIMIENTO EN EL HOGAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR*

OBSTRUCTIVA CRÓNICA TRAS EL ALTA (EPOC) que además de desarrollar el proyecto global, permite a Galicia participar en un estudio a nivel europeo en el que también participan servicios de salud del Reino Unido, Noruega y Alemania. El objetivo de esta iniciativa es, en primer lugar, analizar la influencia del control mediante telemonitorización sobre el número de reagudizaciones, hospitalizaciones y mortalidad de los pacientes con EPOC y, en segundo lugar, si los resultados son los esperados, su posterior extensión para ser realizada de forma automatizada con todos los pacientes protegidos por el SERGAS.

1.2.1. Metodología

El estudio, que cuenta con el apoyo de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria (SOGAPAR) y la colaboración de todos los neumólogos de la Comunidad, se inició a finales de 2013 y se extenderá hasta marzo de 2015, y en él deberán incluirse 500 pacientes como mínimo. Se realizarán 3 niveles de telemonitorización:

- Nivel alto, que puede durar entre 5 y 30 días, con un tiempo medio de 10 días. El paciente se hace diariamente una pulsioximetría y contesta, mediante una tableta, un cuestionario clínico. Después de enviar los resultados, personal de enfermería específicamente dedicado al programa se pone en contacto con él mediante videoconferencia para completar el seguimiento.
- Nivel medio/moderado, que dura desde las 4 semanas hasta un máximo de 12. También realiza diariamente pulsioximetría y contesta al cuestionario clínico. La enfermería únicamente contacta con el paciente si hubiese algún problema.
- En el nivel bajo, último nivel, durante lo que resta del año, responde al cuestionario clínico a voluntad.

Durante el año 2013 se llevó a cabo la preparación de la metodología a utilizar durante el tiempo de estudio y pilotaje: Contacto con empresas externas para tener disponible el aparataje necesario (pulsioxímetros, tabletas), hacer accesible y con lenguaje sencillo en la tableta el cuestionario clínico, y lo más importante, desarrollar las plantillas tanto para que los neumólogos cubran los datos clínicos del paciente, como para que la enfermería registre los resultados obtenidos, y que estarán disponibles en la historia clínica electrónica de Galicia (IANUS) para ser consultados por todos los profesionales.

1.3. Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia

Ante los problemas que se nos plantean en la población de nuestra Comunidad (dispersión geográfica, envejecimiento, dificultad para la movilización,...) se consideró que la atención telefónica podría ser una solución para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud, y se realizó una prueba de concepto para analizar los resultados de la puesta en marcha de ser atendido en formato no presencial para un proceso nuevo de consulta médica (problema de salud, gestión de recetas, informes, etc) en atención primaria: la consulta telefónica.

1.3.1. Metodología

Mayo/Noviembre 2013. Prueba de concepto:

- Reuniones organizativas con los médicos y administrativos que participaron en el piloto.
- Reuniones con la *Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información* para coordinar los cambios necesarios en la historia clínica electrónica (IANUS), agendas de los profesionales, etc.
- El pilotaje se llevó a cabo en 7 centros de salud, uno por cada EOXI en las que está dividida Galicia.
- Encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos.
- Análisis de los resultados

Extensión a todos los médicos de atención primaria (1.800) a partir del 2 de diciembre del 2013.

1.3.2. Resultados

Pilotaje, el 12,35% de los pacientes aceptaron ser atendidos telefónicamente de los cuales tan sólo se derivaron para ser atendidos de forma presencial el 2,57%.

Encuesta a pacientes, el 93% de los pacientes consideraron que la experiencia de la consulta telefónica fue buena o muy buena; el 95% consideraron apropiado el tiempo de atención y el 93% entendieron bien las explicaciones dadas por su médico durante la consulta.

Asimismo, manifestaron una mayor percepción de accesibilidad.

Resultados del primer mes de extensión del programa (2 de diciembre del 2013 al 5 de enero del 2014), el 5% de los pacientes solicitaron cita para ser atendidos por teléfono (10.762 pacientes) y tan sólo el 0,1% de estas consultas fueron derivadas a presencial.

En líneas generales, podemos afirmar que la consulta telefónica pone a disposición de la ciudadanía una herramienta que favorece la accesibilidad a la consulta con su médico de cabecera, lo que potencia la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud.

Además, permite agilizar las consultas de atención primaria, conservando la misma capacidad de respuesta en la asistencia, disminuyendo las interrupciones de la consulta por llamadas telefónicas no programadas de los pacientes y los tiempos de espera, evita desplazamientos innecesarios y favorece la conciliación familiar y laboral.

En Marzo de 2014 la consulta telefónica se generalizó a todas las categorías profesionales de Atención Primaria (pediatría, enfermería, matronas, trabajadores sociales, odontólogos, etc.).

1.4. Proyecto e-interconsulta

El SERGAS desarrolla actualmente distintas estrategias dentro de la atención no presencial. El proyecto denominado “e-interconsulta”, enmarcado dentro de la estrategia de fomento de la gestión integrada y la continuidad asistencial, pretende poner a disposición de los profesionales un canal bidireccional de comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para la remisión de consultas acerca de cuestiones relacionadas con el

diagnostico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El objetivo es mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y al mismo tiempo reducir el espacio que separa ambos niveles asistenciales y que a veces resulta demasiado tangible para los pacientes.

Dentro de este proyecto se contempla el desarrollo de una solución informática específica, para la derivación general entre primaria y hospitalaria, denominada Gestor de Peticiones (GPE) que además de incorporar toda la lógica correspondiente a las derivaciones (prestaciones, agendas, centros de especialidades, hospitales del área, centros de referencia), permitirá el abandono del soporte papel en este tipo de transacciones, incorporando un resumen de la situación clínica precisa para la derivación, así como cualquier campo adicional establecido. Dado que la solución se articula sobre la Historia Clínica Electrónica (IANUS), no es preciso incorporar la información ya recogida en esta, estando toda ella accesible tanto para el profesional que indica la interconsulta como de quien la resuelve.

1.4.1. Metodología

Esta modalidad de atención está disponible en el SERGAS desde hace años, especialmente en las áreas de dermatología, radiología y oftalmología, habiendo supuesto en cualquiera de ellas, con alguna excepción, una actividad testimonial, de uso desigual en la indicación y en la resolución.

Esta solución se apoyaba sobre una herramienta propia de atención primaria (SIGAP) dirigida específicamente a la interconsulta no presencial, y no estaba integrada en IANUS. Durante 2013 se llevaron a cabo una serie de modificaciones en SIGAP que posibilitaron la integración de las interconsultas hechas en IANUS, de forma que las solicitudes pudieron ser ya realizadas, consultadas y respondidas sobre un único soporte electrónico, lo cual permitió una integración hasta ese momento no alcanzada. Esto supuso un impulso decisivo a esta modalidad asistencial que se incorporó a todos los centros del SERGAS.

Por otro lado se finalizó y se puso en marcha el GPE en un centro piloto, la EOXI de Santiago, que tras dar la oportuna formación a todos los profesionales de atención primaria y hospitalaria, y la configuración de la herramienta, inició el uso de la petición electrónica, tanto para consultas presenciales como para no presenciales.

1.4.2. Resultados

En 2013 el número de “e-interconsultas” entre atención primaria y hospitalaria en formato no presencial pasó de 9.000 a 18.000 y se establecieron programas específicos para que esta fuese la vía de derivación exclusiva entre ambos niveles para determinadas especialidades y en determinadas áreas (endocrinología, cardiología y dermatología).

La previsión es que de manera paulatina esta herramienta vaya ganando terreno en todos los centros y en más especialidades, con la finalidad última de resolver lo más ágilmente en atención primaria todo aquello que sea posible sin necesidad de derivar al paciente.

1.5. Proyecto Resistencia Zero

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad estableció el 1 de abril de 2014 como fecha para el inicio de la implantación del programa en las Unidades de Cuidados Críticos. Así, durante el año 2013 se llevaron a cabo actuaciones para hacer posible su puesta en marcha.

1.5.1. Objetivo principal

Reducir en un 20% los pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR), en las 48 horas siguientes a su ingreso en Unidades de Cuidados Críticos.

1.5.2. Objetivos secundarios

- Describir el mapa de BMR en las unidades de pacientes críticos españolas, diferenciando las que se identifican en el momento de ingreso y las que aparecen a partir de las 48 h de estancia en dichos servicios
- Promover y reforzar la cultura de seguridad en las unidades de pacientes críticos españolas.
- Crear una red de Unidades de Cuidados Críticos, a través de las CCAA, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.

1.5.3. Contenido de la intervención

La intervención para la prevención de la emergencia de bacterias multirresistentes (BMR) en paciente críticos "*Proyecto Resistencia Zero*", consiste en la aplicación de dos actividades complementarias e igualmente importantes que deben ser realizadas a nivel de las unidades que atienden pacientes críticos:

- a) STOP BMR. La intervención estandarizada mediante la aplicación de un paquete de recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de microorganismos multirresistentes en paciente críticos.
- b) El Plan de Seguridad Integral (PSI), persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las Unidades de Cuidados Críticos. El programa de seguridad integral, aunque pueda parecer colateral a la intervención estandarizada del Proyecto "*Resistencia Zero*", ha demostrado ser esencial para la consecución de los objetivos de los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, de manera que no se puede contemplar aplicar las recomendaciones STOP BMR sin aplicar el PSI.

Los equipos que participen en el proyecto "*Resistencia Zero*" se comprometerán a implementar en sus servicios los dos brazos de la intervención.

1.5.4. Criterios de inclusión

Se incluirán todas las unidades que atienden pacientes críticos de adultos que voluntariamente opten por participar en el proyecto. Se incluirán en el estudio a todos los pacientes ingresados en las unidades de pacientes críticos durante más de 23 horas en el

periodo de implementación y desarrollo del proyecto RZ. Se seguirán los pacientes de forma prospectiva durante todo el ingreso y en las 48 horas siguientes a su alta de Unidad de Cuidados Críticos, incluyendo todos los casos de infección y/o colonización por BMR diferenciando aquellos en los que las BMR estaban presentes en el momento de ingreso (adquisición extra-Unidad de Cuidados Críticos) de aquellas que se identificaron en las siguientes 48 horas después de su ingreso y en las 48 siguientes a su traslado a otra unidad (adquisición intra-Unidad de Cuidados Críticos).

1.5.5. Registro de datos

Los datos se registrarán en una plataforma web diseñada para este programa, al igual que se hizo con los programas Bacteriemia Zero y Neumonía Zero.

1.5.6. Organización

Existe un coordinador autonómico a nivel central y un coordinador asistencial, especialista en cuidados intensivos y miembro del grupo de trabajo nacional que está desarrollando este programa. Además, en cada Unidad que participe en el programa existirá un médico intensivista y un diplomado en enfermería que serán los responsables del proyecto y que compartirán las tareas de liderazgo. Ambos participarán en las reuniones previas de formación, recibirán los materiales y se responsabilizarán de crear equipos que materialicen el programa en la UCI.

1.5.7. Medidas de evaluación y seguimiento

- Encuesta de estructura previa y posterior a la implantación del programa.
- Encuesta de cultura de seguridad de los profesionales de las Unidades. Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) validado para los hospitales del SNS.
- Evolución de la formación

1.5.8. Indicadores asistenciales

- Tasa de pacientes con uno o más MMR (microorganismos multirresistentes) adquiridos en UCI.
- Tasa de pacientes con uno o más MMR identificados en las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (NVM) y en las bacteriemias primarias o relacionadas con catéter vascular (BP-CV) por 1000 días de estancia en UCI.
- Tasa de pacientes con un determinado MMR por 1000 días de estancia en UCI.
- Tasa de días libre de uso de antimicrobianos.
- Tasa de uso de antimicrobianos utilizados en infecciones adquiridas en UCI.
- Tasa de uso de determinados antibióticos o familia de antibióticos.
- Dosis diaria definida (DDD) global de antimicrobianos.

1.5.9. Evaluación de la adherencia a las medidas incluidas en el programa

- Tasa de pacientes en los que se ajusta el tratamiento antimicrobiano.

- Tasa de pacientes-día en los que se aplica el aislamiento preventivo.
- Número de observaciones de higiene de manos realizadas por mes.
- Número de litros de solución alcohólica por 1000 días de estancia en UCI.
- Número de camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención al paciente.

1.6. Comisión gallega de estrategia contra el dolor

El 7 de febrero de 2012, el DOG publica el Decreto 60/2012 por el que se crea la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor y se establece su composición, organización y funcionamiento.

La Comisión está presidida por el Director de Asistencia Sanitaria, es multidisciplinar y en ella participan 14 vocales, de los cuales dos son pacientes que padecen enfermedades con dolor crónico.

En 2013 se priorizaron las siguientes líneas de trabajo:

- Desarrollo de la Estrategia “Dolor Infantil Zero”. Normalización de los procedimientos de atención al dolor en el paciente en edad pediátrica.
- Diseño y desarrollo de un curso de formación de formadores para la implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico. Con este curso se pretende formar profesionales de referencia para que luego hagan la formación en cascada en las EOXI.
- Implantación del procedimiento de atención al Dolor Crónico no Oncológico en el ejercicio 2013 en al menos el 25% de los servicios de Atención Primaria.
- Análisis de la situación de las Unidades de atención al dolor de la Comunidad.
- Seguir trabajando en la formación continuada de los profesionales en la línea de atención al paciente con dolor, poniendo en marcha este año un curso de formación dirigido a profesionales de enfermería.
- Diseño de un Plan de Formación centrado en el Dolor dirigido a pacientes/cuidadores y ciudadanos en general: escuela de dolor y formación online dirigido a pacientes centrada en la atención al paciente con dolor.

1.7. Sistematización, documentación e implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico

En Junio de 2013 el grupo de trabajo multidisciplinar para desarrollar esta línea de trabajo priorizada por la Comisión del Dolor, finalizó el procedimiento.

Para poder codificar el dolor crónico no oncológico, y realizar el seguimiento del proceso de atención a estos pacientes, ha sido necesario solicitar al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad un código CIAP-2. Este código ha sido concedido en Agosto 2013 y es “A01.01”.

El grupo de trabajo ha diseñado un curso de formación online para facilitar la implantación del procedimiento en los Servicios de Atención Primaria y ha elaborado todos los materiales de esta actividad formativa. De este modo creemos que facilitamos la accesibilidad de los profesionales a la información y a la formación.

En el mes de octubre se impartió la primera edición del curso de formador de formadores en atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO). En esta edición de 20 horas, acreditada con 4.3 créditos para los profesionales sanitarios, han participado un total de 100 profesionales de Atención Primaria.

El documento del procedimiento completo y la versión abreviada así como todos los contenidos del curso han sido incorporados a la intranet corporativa, para facilitar su disponibilidad para la consulta y utilización por parte de los profesionales de las EOXI.

1.8. Cirugía segura. Proyecto Joint Action-WP 5

El SERGAS participa en este proyecto Europeo de implementación de prácticas seguras dentro del proyecto WP5 de la Acción Conjunta PaSQ. Participamos en el proyecto Mejora de la seguridad quirúrgica mediante la introducción de listas de verificación ("checklists") con la EOXI Ourense, Verín y Barco de Valdeorras, que lo aplicará en sus tres hospitales.

Este proyecto se inició en mayo de 2013 y finalizará en septiembre de 2014.

Los países participantes se comprometen a implantar estas prácticas seguras con las herramientas que establece el grupo coordinador de cada proyecto y a realizar la evaluación de la implementación de las mismas aplicando cuestionarios normalizados e indicadores consensuados por los países participantes.

1.8.1. Objetivo

Garantizar la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica mediante la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) en toda la EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

1.8.2. Objetivos secundarios

- Verificar puntos de control en relación con la actividad quirúrgica para reducir la probabilidad de daño evitable, aumentando la seguridad del paciente.
- Asegurar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.
- Garantizar la aplicación del marco legal de referencia.

1.8.3. Alcance

Todas las intervenciones de cirugía mayor programadas y ambulatorias realizadas en los hospitales de la EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

1.8.4. Secuencia de acciones a realizar

La EOXI se plantea una implementación progresiva en los 3 hospitales, de manera que se comenzará en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), concretamente en 4 quirófanos que harán de piloto y se irá extendiendo progresivamente a todas las intervenciones de cirugía llevadas a cabo en el CHUO. En una fase posterior se implementará el uso del LVQ en los hospitales de Verín (HV) y Hospital comarcal de Valdeorras (HCV).

1.8.5. Planificación

La secuencia de acciones a realizar es la siguiente:

- Elaboración de un procedimiento común para toda el área.
- Diseño del LVQ para el área.
- Presentación del proyecto al personal del grupo de trabajo Kaizen de bloque quirúrgico del CHUO.
- Presentación del proyecto a los Servicios quirúrgicos.
- Cobertura por parte de los 3 hospitales de cuestionario inicial de PaSQ enviado a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1.8.6. Sistemática de seguimiento

Reuniones periódicas del responsable por hospital con grupo de quirófano en cada uno de los hospitales. Reuniones periódicas de área de los responsables de los 3 hospitales con el coordinador del proyecto. Auditorías internas periódicas

1.8.7. Medición de cumplimiento. Indicadores

- Porcentaje de cumplimiento. Este indicador está sujeto a la informatización de los quirófanos ya que si no implicaría un contaje manual de los LVQ cumplimentados planteándonos la posibilidad de hacer un muestreo.
- Porcentaje de pacientes del CHUO intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el CHUO.
- Porcentaje de pacientes del HV intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el HV.
- Porcentaje de pacientes del HCV intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el HCV.
- Porcentaje de listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata. Mide la utilidad del LVQ (Fórmula de cálculo: N° LVQ en los que se detecta, durante su utilización, algún incidente que da lugar a una acción correctora inmediata $\times 100/ N^{\circ}$ total de listados de verificación cumplimentados).

- Mortalidad Postoperatoria. Fórmula de cálculo: N° de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x 100/ n° total de pacientes intervenidos de cirugía con ingreso.

2. Actuaciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud

2.1. Vacunas

En el campo de la prevención, el ejemplo más claro de actuaciones eficientes y efectivas es la utilización de las vacunas. Este es un ámbito en el que Galicia siempre estuvo en la vanguardia y continuamos en ella, ya que desde la temporada 2010-2011, se tienen incorporadas a la vacunación de gripe a las personas mayores de 60 años y un programa piloto de vacunación contra el neumococo que hace que el calendario gallego, sea uno de los más completos de España.

En el año 2013 se han incorporado mejoras y nuevas implementaciones en el sistema de información en vacunas a través de IANUS y VAWEB (gestión de peticiones desde hospitales públicos, incorporación de puntos no públicos al registro VAWEB, gestión integral de la campaña antigripal, mejoras puntuales y actualizaciones de funcionamiento...); se ha actualizado el calendario de vacunación infantil con cambios que obedecen a los acuerdos del Consejo Interterritorial de marzo de 2013, por el que se aprobó un calendario común para todas las comunidades autónomas.

Hemos publicado la Orden del 4 de octubre de 2013, por la que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión Gallega de Enfermedades Inmunoprevenibles (DOG núm. 196, de 14 de octubre de 2013, pág. 40.547-40.551).

Tabla 2.1. Porcentaje de cobertura de vacunación en Galicia (%)

		2012	2013
Primovacunación	Poliomielitis	99,6	96,5
	DTP _a	99,6	96,5
	Hib	99,6	96,5
	Hepatitis B	96,8	92,3
	Meningitis C	98,6	98,3
	Triple vírica	98,4	97,6
Vacunación de refuerzo (hasta 3 años)	Poliomielitis	98,5	92,8
	DTP _a	98,5	92,8
	Hib	98,5	92,8
	Meningitis C	97,3	95,8
	Triple vírica	92,8	91,4
Refuerzo 6 años	dTp _a	89,4	93,3
Vacunación de adolescentes	Td 14 a	76,3	85,3
	VPH (3 dosis, sólo niñas)	70,2	73,8

Fuente: 2012: Encuesta bianual de cobertura vacunal documentada realizada en 2011 para todas las vacunas, excepto para VPH en que la fuente es el Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU). 2013: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

Tabla 2.2. Porcentaje de cobertura de vacunación de la gripe en Galicia, años 2011-2014 (%)

	Temporada 2011-2012	Temporada 2012-2013	Temporada 2013-2014
Adultos >= 65 años	55,3	50,9	52,0
Personal sanitario	21,3	21,3	18,9

Fuente: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

Tabla 2.3. Cobertura del programa piloto de vacunación frente al neumococo en Galicia, años 2011-2013

	2011	2012	2013
Cobertura pauta completa (3 dosis)	91,8%	91,2%	91,8%

Fuente: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

2.2. Programas de estilo de vida saludable y educación para la salud

En el marco de las estrategias de abordaje de la cronicidad desde el punto de vista de la promoción de estilos de vida saludables, diseñamos el Plan para la Prevención de la Obesidad Infantil en Galicia (*Plan Xermola*), una de cuyas primera fases, dentro del análisis de situación, fue la realización de un estudio de prevalencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes de 6 a 14 años en Galicia. Así mismo se diseñó y se puso en marcha la iniciativa “*Xente con Vida*”, plataforma de comunicación 2.0 (web, redes sociales, blog...), que recibió el premio Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario.

Se pusieron en marcha también diversas actividades en el proyecto “*Estilos de vida activos en el ámbito laboral*” (EVA-AL), como:

- Diseño y colocación de señales facilitadores de la toma de decisiones saludables para mejorar la actividad física en los espacios de trabajo (Edificios administrativos, complejos hospitalarios, etc.).
- Firma de un acuerdo de colaboración en el ámbito de alimentación saludable y actividad física con la empresa Citroën PSA de Vigo.

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

Además, se reforzaron las iniciativas conjuntas con la Consellería de Educación en el campo de la nutrición y la promoción de estilos de vida saludables en la escuela.

Tabla 2.4. Análisis del impacto del programa "Xente con Vida"* , años 2012-2013

	2012	2013
Web & Blog: páginas vistas	172.843	120.148
Web & Blog: visitas	42.547	39.792
Web & Blog: votaciones	122	74
Blog: comentarios de usuarios	30	11
Web: comentarios de usuarios	36	21
Participaciones en encuestas	1.779	2.631
Facebook: consecución de fans	5.044	8.309
Facebook: páginas vistas	13.114.609	11.308.077
Facebook: personas alcance real	De 6.342 a 939.504 por mes	De 56.992 a 595.374 por mes
Facebook: personas hablando de esto	De 325 a 5.691 por mes	De 1.049 a 4.003 por mes
Twitter: seguidores	289	166
Preguntas comentarios	38	12
Respuestas a preguntas y comentarios	38	12
Twitter: retuits/menciones	212	145

Fuente: Datos de evaluación del Programa Gallego de Estilos de Vida saludables y Educación para la Salud.

Tabla 2.5. Resumen de actividad del programa "Estilo de vida activo en Atención Primaria" (EVA-AP), años 2012-2013

	2012	2013
N.º de centros implicados	50	345
N.º de profesionales que asisten a cursos	57	120
N.º de pacientes	191.731*	65.444**

Observaciones:

* N.º de pacientes que a 31/12/2012 tienen registrado en IANUS algún valor para "Nivel de actividad física".

** N.º de pacientes que a 01/11/2013 tienen registrado en IANUS algún valor para "Nivel de actividad física".

Fuente: Datos de evaluación del Programa Gallego de Estilos de Vida saludables y Educación para la Salud.

2.3. Programa Gallego de cribados

2.3.1. Programa gallego para la detección de la sordera en periodo neonatal y programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal

Se siguieron ambos programas con una cobertura del 100% de los nacidos en Galicia, con el control y seguimiento de los indicadores establecidos para el cumplimiento de los objetivos del programa.

2.3.2. Programa gallego para la detección precoz de cáncer de mama

Durante 2013 procedimos a finalizar la digitalización de las unidades de exploración de este programa. Esto, unido a la digitalización de la unidad de lectura de Lugo, nos permitió eliminar el uso de tecnología analógica.

El control del programa se llevó a cabo mediante una evaluación continua de la calidad del programa y la monitorización de los indicadores de proceso y resultado establecidos en las guías de referencia en cribado, así como con el cálculo y valoración de indicadores predictores del impacto del programa a largo plazo: cáncer de intervalo, comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama y supervivencia.

Tabla 2.6. Resumen de actividad del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, años 2011-2013

		2011	2012	2013	Valor estándar	
Participación de las mujeres	N.º de mujeres invitadas	171.810	187.358	169.040		
	N.º de mujeres exploradas	137.013	148.201	137.367		
	Participación	A Coruña	81,3%	79,7%	80,1%	Aceptable: > 70% Deseable: > 75%
		Lugo	80,4%	82,0%	84,9%	
		Ourense	78,9%	75,3%	80,4%	
		Pontevedra	78,4%	78,5%	81,6%	
TOTAL	79,8%	79,1%	81,3%			
Derivación para Valoración Clínica Adicional (VCA)	Cribado inicial [N.º (%)]	1.372 (6,0%)	1.598 (7,0%)	1.544 (7,7%)	Aceptable: < 7%; Deseable: < 5%	
	Sucesivos [N.º (%)]	2.182 (1,9%)	2.634 (2,1%)	2.671 (2,3%)	Aceptable: < 5%; Deseable: < 3%	
	Inicial + Sucesivos [N.º (%)]	3.554 (2,6%)	4.232 (2,9%)	4.215 (3,1%)		
Tiempo entre exploración mamográfica y resultado de la lectura de la mamografía ≤ 10 días		96,6%	94,5%	95,1%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres	
Tiempo entre resultado de la mamografía y cita en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) ≤ 21 días		67,1%	62,6%	81,5%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres	

Fuente: Datos de evaluación del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama.

Tabla 2.7. Resumen de resultados del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, últimos datos consolidados, años 2010-2011

		2010	2011	Valor estándar
N.º de cánceres detectados		478	565	
Tasa de detección	Cribado inicial	5,0 ‰	4,1‰	Aceptable: 4,2 (3 x Incidencia Basal) Deseable: > 4,2
	Sucesivos	3,6‰	4,1‰	Aceptable: 2,1 (1,5 x Incidencia Basal) Deseable: > 2,1
	Inicial + Sucesivos	3,8‰	4,1‰	
Valor predictivo positivo de la mamografía de cribado	Cribado inicial	8,7%	6,7%	
	Sucesivos	20,7%	21,6%	
Proporción de tumores invasivos		85,4%	86,9%	Aceptable: 90% Deseable: 80-90%
Proporción de tumores detectados en estadios II y más	Cribado inicial	46,5%	37,0%	Deseable: < 30%
	Sucesivos	33,0%	28,5%	Aceptable: 25% Deseable: <25%
Proporción de cánceres invasivos sin afectación ganglionar	Cribado inicial	59,5%	65,8%	Deseable: >70%
	Sucesivos	68,6%	68,0%	Aceptable: 75% Deseable: >75%
Proporción de cánceres invasivos de tamaño menor o igual de 10 mm.	Cribado inicial	23,3%	35,4%	Deseable: ≥ 25%
	Sucesivos	35,9%	33,9%	Aceptable: ≥25% Deseable: ≥30%
Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento ≤ 21 días		38,8%	34,2%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: >90% de las mujeres
Tiempo entre exploración mamográfica e inicio de tratamiento ≤ 60 días		39,5%	37,8%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres

Fuente: Datos de evaluación del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama.

2.3.3. Programa gallego de detección precoz de cáncer colorrectal. Proyecto piloto en el área de Ferrol

En este año se puso en marcha el proyecto piloto de detección precoz del cáncer colorrectal en el área de Ferrol. Las primeras evaluaciones nos están permitiendo verificar que los resultados del mismo cumplen satisfactoriamente con los estándares previstos en las guías internacionales.

3. Mejoras en la gestión de recursos humanos

3.1. Expediente profesional electrónico (expediente-e)

En el año 2011 el SERGAS puso en funcionamiento el expediente profesional electrónico (*expedient-e*). Es 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. Contiene datos reales de experiencia, formación, actividad científica, etc, de manera integrada al servicio de la gestión y de los propios profesionales.

A través del *expedient-e* se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema (oferta de empleo público, listas de selección temporal, concurso de traslados...). La implementación de esta herramienta supuso grandes ventajas: explotación de la información contenida de méritos y requisitos de participantes en procesos, automatización de resultados de baremación, simplificación y agilidad en los procesos, transparencia, interactuación en procesos administrativos, etc.

En el año 2013 se introdujeron una serie de mejoras y nuevas funcionalidades que dotan de mayor calidad a esta herramienta y de una mejor manejabilidad por parte de los usuarios:

- *Actualización periódica con carácter anual de las bolsas de selección temporal, de forma totalmente automatizada* sin necesidad de la presentación por el interesado de ninguna documentación de inscripción, permitiendo la modificación de sus condiciones de participación y con posibilidad de renuncia con efectos inmediatos.
- *Consulta on-line directa y actualizada por el profesional de la posición de llamamientos en las listas de selección temporal.* Cada profesional puede consultar en qué posición de llamamientos se encuentra en la lista general o de área especial en que está inscrito, y permitiendo una mayor conciliación de la vida laboral y familiar.
- *Dotación de mayor seguridad jurídica en la fase de entrega de la documentación relativa a la participación en procesos de selección y provisión, con un registro informatizado e individualizado de cada uno de los méritos aportados por los aspirantes participantes en el proceso,* fecha de entrega y lugar de ubicación, posibilitando una mejor gestión de la documentación y aportando mayores garantías para la Administración y administrado ante eventuales reclamaciones por entrega de documentación.

- *Impresión del curriculum vitae en formato editable (Word) que agrupa todos y cada uno de los méritos del profesional registrados en su expediente electrónico profesional, facilitando su participación en procesos de selección, provisión y demás procedimientos, en el ámbito del SERGAS y fuera de éste.*
- *Incorporación de nuevos procedimientos de gestión de personal a su tramitación telemática, como el reconocimiento de servicios previos, con la ventaja de la no presentación de documentación por el interesado y la agilidad en el proceso de reconocimiento.*

3.2. Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS

En el ámbito de los procesos selectivos de personal fijo, el SERGAS, ha implementado en el año 2013 una herramienta informática para la elaboración de exámenes en un entorno seguro.

El objetivo de este servicio es ofrecer las herramientas necesarias para cubrir el proceso de elaboración de los exámenes de las pruebas de selección.

Mediante el uso de las nuevas tecnologías de cifrado, se incrementa la seguridad del proceso, reforzando las garantías de aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público

El uso de la plataforma, implica la elaboración de las preguntas del examen, en una red virtual securizada. El acceso a la red se realiza mediante una tarjeta de coordenadas y con la utilización de certificado digital. La plataforma garantiza la trazabilidad de todo el proceso, se conoce al detalle los accesos y las actividades realizadas por cada miembro del tribunal.

Cada uno de los miembros del tribunal, realiza las preguntas de manera individualizada y las firma digitalmente. En sesión conjunta acceden los miembros del tribunal a todas las preguntas elaboradas, validando las preguntas realizadas. Una vez realizada esta operación, la plataforma guarda las preguntas candidatas a examen y elige aleatoriamente las preguntas que conformarán el examen. El examen permanece encriptado, sin posibilidad de acceso al mismo, hasta el momento de la impresión, que realizan los miembros del tribunal desde un equipo securizado habilitado al efecto.

3.3. Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS

3.3.1. Aplicativos informáticos de gestión de la prevención

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud desarrollaron una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los más de 36.000 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.

El personal interesado en realizar el examen de salud podía inscribirse a través del formulario disponible en el Portal del Empleado. La aplicación informática asigna de manera automática el centro de reconocimiento que le corresponde al profesional solicitante.

Esta campaña refleja el impulso que se pretende dar desde la Consejería de Sanidad y del SERGAS a la prevención de riesgos laborales con la intención de contribuir a conseguir la mejora continua de la seguridad y salud de nuestros profesionales.

3.3.2. Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo

La Consejería de Sanidad y el SERGAS, con el apoyo de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS), ofrecen a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa on-line 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 así como que su aprendizaje sea 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 de los profesionales de nuevo ingreso en el marco del Plan de Acogida OPE 2008/9 (cuya formación finalizó en abril de 2.012) así como del personal de los Puntos de Atención Continuada (PAC) del SERGAS, programando los diferentes cursos configurados con las unidades formativas correspondientes, seleccionadas entre las 32 elaboradas en función de los riesgos del puesto de trabajo. En estas acciones formativas citadas se formaron 3.185 profesionales en la prevención de los riesgos en el puesto de trabajo.

Continuando con esta línea formativa, el año 2013 se formaron 1.194 profesionales que desarrollan su actividad en las áreas de mantenimiento, cocina y lavandería, y 2.188 trabajadores de las áreas de gestión y servicios.

3.3.3. Actuaciones en materia de Violencia Laboral

La violencia en el lugar de trabajo es considerada en el marco actual como un riesgo laboral emergente que no puede tratarse como un problema individual ni aislado puesto que afecta a la sociedad en su conjunto, constituyendo 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, continuando con las acciones iniciadas para la prevención de la violencia laboral y con la intención de seguir trabajando en el avance continuo y progresivo de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y en la adecuada protección del personal del SERGAS en esta materia, definió que cada EOXI elaborase un plan específico para la prevención de la violencia de origen externo en el lugar de trabajo (PEVE) en el que se estableciesen 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.

4. Actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento

4.1. Programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedificados en el SERGAS

El programa, se pone en marcha en noviembre de 2011, tras un pilotaje de seis meses, en el marco de las políticas comunes del SNS con el *objetivo* de “Mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de los pacientes crónicos polimedificados mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la educación sanitaria y una adecuada colaboración entre profesionales sanitarios”.

Entre los objetivos específicos se encuentran: Detectar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos, mejorar la adherencia terapéutica (contemplando la entrega de Sistemas Personalizados de Dosificación) y el conocimiento de los pacientes respecto al uso e indicaciones de los medicamentos.

4.1.1. Población diana

Pacientes que tienen prescrito 6 o más medicamentos de forma crónica (durante al menos 6 meses) en su historia clínica electrónica IANUS.

4.1.2. Identificación

“Informes de pacientes polimedificados” (para los farmacéuticos de AP) y “listas de trabajo” para médicos y personal de enfermería de AP.

4.1.3. Resultados a 31 diciembre 2013

- En junio de 2013 se completa la implantación en el 100% de los servicios de AP de Galicia.

- Inicialmente se comenzó a trabajar con los pacientes con prescripción crónica de más de 15 medicamentos (9.500 pacientes); a medida que el programa fue avanzando se bajó el umbral a 12 (dic-2012) y a 11 medicamentos (ene-2014).
- A 31-12-2013 se encontraban 20.319 *pacientes en seguimiento (88% de la población gallega con más de 12 medicamentos prescritos de forma crónica)*.

El patrón epidemiológico de estos pacientes responde fundamentalmente a mujeres (60%), y pacientes con edades superiores a 70 años (67,85%), destacando 995 pacientes con edades comprendidas entre los 91 y los 103 años.

La evaluación de resultados obtenidos fruto de la revisión de la medicación e intervenciones realizadas en los pacientes incluidos desde el inicio del programa muestra una reducción del 47%, 32,7% y 22% en el número de pacientes con más de 15 medicamentos, más de 12 medicamentos y más de 10 medicamentos prescritos de manera crónica respectivamente.

El farmacéutico de AP (FAP) realizó al menos una propuesta de intervención en el 72% de los pacientes incluidos en el programa, detectando en el 6% al menos un "criterio Start" y en el 27% de los pacientes al menos un "criterio Stop". El 35% de los pacientes incluidos dispone de un informe de enfermería de revisión de la medicación (7.092 informes). El número de FAP implicados en la revisión de la medicación fue de 68 y el número de profesionales de enfermería fue de 720.

Cabe destacar que con este programa se iniciaron de forma paralela actividades formativas con el objetivo de que los profesionales sanitarios comprendan la importancia de la polimedición como elemento que influye en la salud de los pacientes y asimismo, facilitarles herramientas que mejoren sus conocimientos y habilidades en la atención al paciente mayor polimedicado.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Clasificación de la población adulta de Galicia según estado de salud y nivel de complejidad. Año 2013	8
Tabla 1.2. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013	9
Tabla 2.1. Porcentaje de cobertura de vacunación en Galicia (%)	20
Tabla 2.2. Porcentaje de cobertura de vacunación de la gripe en Galicia, años 2011-2014 (%)	20
Tabla 2.3. Cobertura del programa piloto de vacunación frente al neumococo en Galicia, años 2011-2013	20
Tabla 2.4. Análisis del impacto del programa "Xente con Vida"*, años 2012-2013	22
Tabla 2.5. Resumen de actividad del programa "Estilo de vida activo en Atención Primaria" (EVA-AP), años 2012-2013	22
Tabla 2.6. Resumen de actividad del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, años 2011-2013	24
Tabla 2.7. Resumen de resultados del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, últimos datos consolidados, años 2010-2011	25

Índice de Gráficos

Gráfico 1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013	10
---	----

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AHRQ: "Agency for Healthcare Research and Quality" (Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica)

AP: Atención Primaria

B

BMR: Bacterias Multirresistentes

BP-CV: Bacteriemias Primarias o relacionadas con Catéter Vascular

C

CCAA: Comunidades Autónomas

CHUO: Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

CIAP: Codificación Internacional de Atención Primaria

CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CRGs: "Clinical Risk Grouping Software" (Grupos Clínicos de Riesgo)

D

DCNO: Dolor Crónico No Oncológico

DDD: Dosis Diaria Definida

DOG: Diario Oficial de Galicia

DTPa: Difteria-Tétanos-Pertussis

E

EOXI: Estructura Organizativa de Gestión Integrada.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EVA-AL: Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral

EVA-AP: Estilos de Vida Activos en Atención Primaria

F

FAP: Farmacéutico de Atención Primaria

FEGAS: Escuela Gallega de Administración Sanitaria

G

GPE: Gestor de Peticiones Electrónicas

H

HCV: Hospital Comarcal de Valdeorras

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

HV: Hospital de Verín

I

IANUS: Historia Clínica Electrónica en el Servicio Gallego de Salud

L

LVQ: Listado de Verificación Quirúrgico

M

MMR: Microorganismos multirresistentes

N

NAOS: "Strategy for Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Obesity" (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad)

NVM: Neumonías relacionadas con Ventilación Mecánica

O

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

OPE: Oferta Pública de Empleo

P

PAC: Puntos de Atención Continuada

PaSQ: "The European Union Network for Patient Safety and Quality Care" (Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial)

PEVE: Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo

PSI: Plan de Seguridad Integral

R

RZ: Resistencia "zero"

RVACU: Registro del Programa Gallego de Vacunación

S

SERGAS: Servicio Gallego de Salud

SIAC: Sistema de Información de Análisis Complejos

SIGAP: Sistema Integrado de Gestión de Atención Primaria

SIPES: Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOGAPAR: Sociedad Gallega de Patología Respiratoria.

T

Td 14a: Tétanos-Difteria

U

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UDT: Unidades de Diagnóstico y Tratamiento del Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

V

VAWEB: Registro telemático de información de Vacunas

VCA: Valoración Clínica Adicional

VPH: Virus del Papiloma Humano