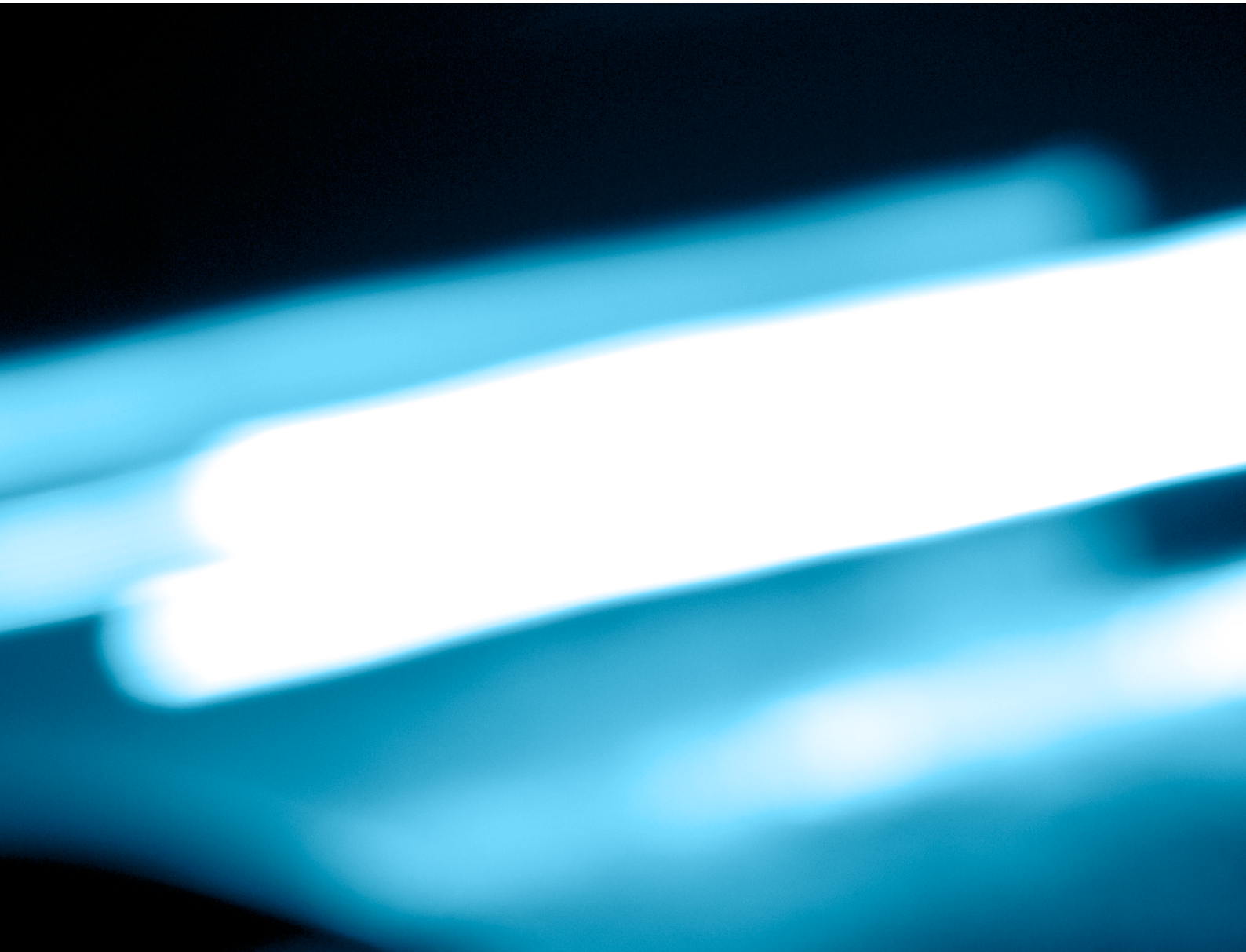


Plan de Prioridades Sanitarias 2011-2014

VERSIÓN 1
14 de xuño de 2011



Calidade é só facer o correcto, correctamente
a tempo e a satisfacción do cidadán

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Innovación
e Xestión da Saúde Pública

© da edición: Xunta de Galicia

D.L.: C 1421-2011

Índice

1. Presentación	[07]
2. Prólogo	[09]
3. O Plan de Prioridades como instrumento estratéxico	[10]
4. Metodoloxía	[12]
4.1. Identificación de posibles áreas de mellora	[12]
4.2. Priorización das áreas de mellora	[14]
4.3. Determinación de accións de mellora e indicadores	[15]
4.4. Seguimento e avaliación do plan	[16]
5. Prioridades sanitarias	[17]
6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde	[18]
6.1. Cardiopatía isquémica	[18]
6.2. Cancro de pulmón	[21]
6.3. Ictus/Enfermidade cerebrovascular	[24]
6.4. Diabete mellitus	[27]
6.5. Depresión/Trastornos afectivos	[30]
6.6. Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	[32]
6.7. Cancro de colon	[35]
6.8. Cancro de mama feminino	[38]
7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades prioritarias	[41]
7.1. Tabaquismo	[41]
7.2. Nutrición	[44]
7.3. Actividade física	[46]
8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais	[48]
8.1. Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA)	[48]
8.2. Estadía media	[55]
8.3. Taxa de cesáreas	[57]
8.4. Sistema de información de profesionais sanitarios	[60]
8.5. Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia	[61]
8.6. Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios	[62]



Pode navegar a través deste Plan premendo nos títulos, no índice e nas cabeceiras

1. Presentación

É para min un motivo de satisfacción presentar o primeiro Plan de Prioridades Sanitarias que se elabora no sistema sanitario público de Galicia. Este plan nace no contexto das metas de política sanitaria do Goberno galego: mellorar a saúde da poboación, prestar os servizos sanitarios que precisan as persoas, fomentar o exercicio dos dereitos recoñecidos na normativa e actuar de forma eficiente para asegurar a sustentabilidade do sistema sanitario e dos servizos públicos.

Con independencia do nivel no que desenvolvamos o noso traballo, asistencial, organizativo ou político, en numerosas ocasións enfrontamos decisións que, directa ou indirectamente, implican unha priorización entre o abano de opcións que temos para abordar un ou máis problemas sanitarios. Ás veces, as decisións son claras por explícitas, pero en moitas outras non o son, e nun contexto de recursos limitados dámoslles prioridade a unhas opcións fronte a outras. Nestas circunstancias, dispor das ferramentas que nos permitan orientar as nosas actuacións de forma eficaz e eficiente é unha necesidade e tamén un exercicio de ética sanitaria.

Para a elaboración deste plan, a estrutura sanitaria de Galicia traballou conxuntamente nun documento de planificación posible, que vai máis aló da concepción de cidadán-paciente para situarse na concepción de cidadán centro do sistema, contemplando tamén as súas expectativas respecto da atención que quere recibir.

O documento cuestiónase qué hai que facer, cómo hai que facelo e cómo hai que medir os resultados, nun contexto, como o actual, de irrenunciable necesidade de eficiencia para poder sacarlles o máximo rendemento aos recursos dispoñibles. É, pois, un documento de mellora que permite establecer abordaxes aos problemas sanitarios, identificados como prioritarios, con novas ferramentas, novas habilidades e diferente forma de utilizar os recursos.

O Plan de Prioridades xorde para identificar os problemas sanitarios máis relevantes, priorizalos conxugando a vulnerabilidade da súa abordaxe co impacto na saúde da poboación e determinar as accións de mellora que, de xeito máis atinado, poidan minorizalos no horizonte temporal da súa vixencia ata o ano 2014.

O plan non estaría completo sen a Estratexia SERGAS 2014, a Estratexia da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, configurando así o Plan de Saúde 2011-2014, desenvolvendo deste modo as previsións normativas ao respecto.

Finalmente desexo felicitar e recoñecer a inestimable contribución de todas e todos os profesionais que interviñeron neste documento, e solicitar e agradecer de antemán a colaboración aos que farán posible a realización das actividades deseñadas polos primeiros. Non en van, os recursos humanos son o principal activo do noso sistema sanitario.

Pilar Farjas Abadía
Conselleira de Sanidade

2. Prólogo

Como paso previo á elaboración do Plan de Prioridades Sanitarias, recompiláronse e analizáronse os principais indicadores que permitiron efectuar un diagnóstico da situación de saúde da nosa comunidade e detectar aquelas áreas ou problemas que poden obstaculizar a súa mellora. Resulta obvio que moitos indicadores evolucionaron positivamente nas últimas décadas: esperanza de vida, mortalidade infantil, cobertura de vacinacións... Pero un sistema sanitario moderno non pode deixar de ambicionar novas metas e enfrontar os novos riscos para a saúde, rematar coa persistencia dos vellos problemas ou acadar as melloras na calidade de vida que se nos demandan.

Enfrontar retos coma estes exige dun exercicio de previsión que só a planificación estratéxica nos permitirá culminar con éxito. Os nosos centros sanitarios cobren as demandas da poboación no día a día, e isto segue a ser o noso obxectivo, pero minorar os problemas de saúde, os determinantes que inciden neles ou os problemas organizativos ou de calidade precisan dunha ollada diferente, unha avaliación previa e unha priorización que nos permita sacarles o maior rédito posible aos nosos recursos.

Este plan púidose facer porque se contou con diferentes achegas: en primeiro lugar, porque se analizou a opinión da cidadanía sobre a súa propia saúde ou as áreas de mellora que vían no funcionamento do sistema sanitario; tamén, obviamente, porque se solicitou a opinión de profesionais á hora de definir accións posibles ante retos difíciles; e, finalmente, porque imos seguir contando coa opinión dos que van desenvolver estas accións, remodelándoas se é preciso, para adaptarnos a situacións cambiantes.

En definitiva, este plan nace coa vocación de servir de referencia para o traballo da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, institución que é responsable da maior parte da execución do Plan de Prioridades Sanitarias.

Manuel Varela Rey
Director xeral de Innovación
e Xestión da Saúde Pública

Sagrario Pérez Castellanos
Secretaria xeral Técnica da
Consellería de Sanidade

3. O Plan de Prioridades como instrumento estratéxico

Un importante aspecto da planificación estratéxica é a decisión sobre en que se deben centrar os novos investimentos dentro dun sistema sanitario. Este aspecto, fundamental en calquera planificación, vólvese imprescindible na actual conxuntura económica, na que a eficiencia se debe converter no criterio básico na asignación de recursos.

Este documento, que formará parte do Plan de Saúde de Galicia, ten como principal obxectivo a identificación daquelas novas accións e actuacións que, polo seu impacto nos problemas sanitarios, deben ser priorizadas e cómpre ter en conta na decisión sobre os novos investimentos.

Trátase de ter unha ferramenta que axude en todos os niveis da organización nos que se deban propor e tomar as decisións sobre os plans de necesidades de novos investimentos durante a elaboración do orzamento. Desta forma, cando calquera nivel de decisión do sistema teña que elixir entre varias opcións para realizar novos proxectos ou accións, poderá identificar aquelas contidas neste documento e darlles prioridade sobre o resto das outras actuacións propostas.

Este documento, xa que logo, está dirixido a todos os equipos directivos do sistema sanitario público de Galicia e a todas as unidades que están convidadas a participar nas propostas de plans de necesidades (novos investimentos) para a elaboración de orzamentos.

Os sistemas sanitarios públicos teñen como principal finalidade promover, restablecer e manter a saúde. Igualmente, deben dar resposta ás expectativas das persoas e á equidade. Ademais, deben velar polo cumprimento dos dereitos sanitarios recoñecidos legalmente e pola calidade dos servizos que presta. Calquera circunstancia ou feito que impida acadar estes obxectivos debe ser considerado como un obstáculo para o sistema sanitario, que deberá ser identificado e corrixido de forma prioritaria. Non obstante, o número de problemas sanitarios que inciden sobre os obxectivos do sistema poden ser centos, igual que as accións necesarias para a súa solución. Por iso, faise imprescindible establecer unha listaxe priorizada dos problemas máis importantes utilizando diversos criterios para, posteriormente, identificar aquelas accións que se converterían en prioritarias ao teren impacto sobre os problemas máis importantes.

Para acadar o obxectivo de identificar as accións que máis impacto tiveran, estudouse unha metodoloxía que valorase non só os problemas de saúde da cidadanía de Galicia, as enfermidades máis frecuentes e graves, senón tamén aquelas outras cuestións que inciden sobre os dereitos sanitarios da cidadanía e os que teñen impacto na calidade dos servizos sanitarios que presta o sistema.

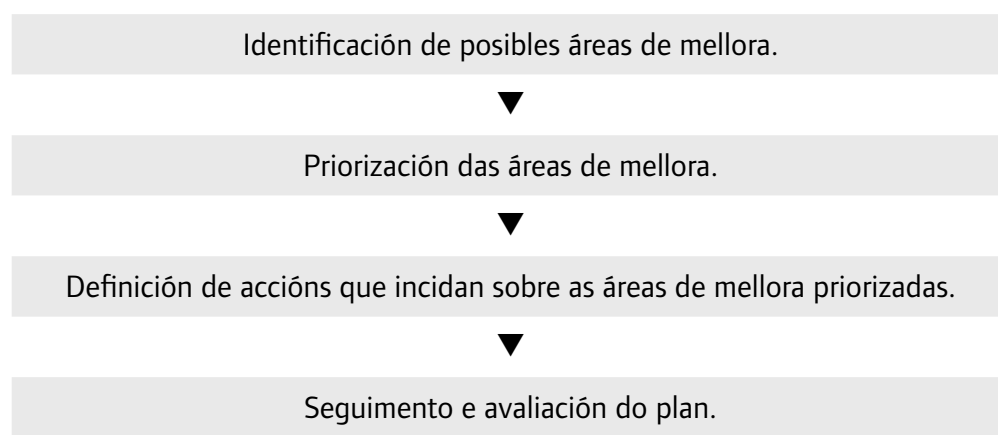
Para a identificación das accións que integran este plan, contouse coa colaboración de profesionais que participaron en diversos grupos de traballo, uns creados *ad hoc* para este plan e outros que levan tempo realizando achegas ao sistema sanitario sobre diferentes temas.

Outra das características básicas deste sistema é a súa coordinación coa Estratexia Sergas 2014 e a Estratexia da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Ademais, con isto cúmprense as previsións normativas previstas na Lei de saúde, xa que o Plan de Prioridades Sanitarias que agora se presenta, xunto cos documentos antes mencionados integrarán o Plan de Saúde 2011-2014.

Por último, propónse un período de vixencia de catro anos por considerarse como un tempo axeitado para a planificación estratéxica dado o tipo de accións que foron identificadas.

4. Metodoloxía

A metodoloxía utilizada para a identificación de accións e proxectos que resolvan as principais prioridades sanitarias do Sistema Público de Saúde de Galicia seguiu estas fases:



4.1. Identificación de posibles áreas de mellora

Inicialmente, definíronse dúas grandes áreas:

Área de saúde: Enfermidades que teñen un alto impacto na poboación galega (elevada carga de enfermidade).

Área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade dos procesos asistenciais.

Para identificalas, levouse a cabo un exhaustivo traballo de recompilación de información, que foi recollido no documento “Indicadores para a elaboración do Plan de Prioridades Sanitarias”.

Os indicadores principalmente utilizados para a identificación na área de saúde foron:

- Taxa de mortalidade non estandarizada por 100.000 habitantes por causas de mortalidade no ano 2007.
- Porcentaxe de anos de esperanza de vida perdidos entre 0 e 74 anos por causas. Datos do trienio 2004-2006.
- Porcentaxe de anos de vida axustados por discapacidade por causas. Datos do ano 2004.

4. Metodoloxía

- Porcentaxe de altas hospitalarias por diagnóstico segundo o Conxunto Mínimo Básico de Datos de Galicia (CMBD). Datos do ano 2008.
- Número de pacientes con patoloxías crónicas rexistrados electronicamente. Datos do ano 2008.
- Porcentaxe de poboación maior de 16 anos con problemas de saúde diagnosticados polo seu médico de cabeceira segundo a enquisa de saúde de 2006.

Ademais destes indicadores, tivéronse en conta as patoloxías para as que existe unha estratexia en saúde no Sistema Nacional de Saúde. Por último, tamén se identificaron aquelas enfermidades emerxentes, como podería ser a gripe A ou os problemas de saúde asociados ao abuso de alcohol na mocidade.

Para a identificación das melloras na área relacionada cos dereitos sanitarios e á calidade da prestacións de servizos sanitarios, analizáronse datos de:

- Barómetro sanitario de 2008.
- Ambulatorización con CMA. Ano 2007.
- Estadía media en centros públicos. Ano 2007.
- Taxa de cesáreas en centros públicos. Ano 2008.
- Índice de rotación de centros públicos. Ano 2007.
- Intervencións cirúrxicas totais por 1.000 habitantes. Ano 2007.
- Grupos Relacionados polo Diagnóstico (GRDs) que teñen maior desviación da estadía media con respecto á media estatal. Ano 2008.

Partindo da análise destes indicadores, creáronse dúas listas compostas cos 10 primeiros ítems que aparecían en cada un dos indicadores estudados, de tal forma que a lista final na área de saúde era de 35, e na de dereitos e calidade dos servizos, de 29.

4. Metodoloxía

4.2. Priorización das áreas de mellora

A lista obtida no proceso de identificación anterior debía ser priorizada. Deste modo, a finalidade da priorización foi identificar aquelas áreas que dificultan a consecución das metas de política sanitaria: patoloxías, determinantes que inciden na saúde ou circunstancias que entorpecen o funcionamento dos servizos sanitarios, afectan á súa calidade e accesibilidade ou aos dereitos sanitarios dos cidadáns e cidadás.

Os criterios de priorización utilizados foron:

- **Impacto na poboación.** Para medir este criterio, asignóuselle un valor de 10 puntos a cada un dos items que aparecían como primeiros na lista de cada indicador utilizado, 9 puntos ao seguinte da lista e así ata o décimo item, ao que se lle asignaba un valor de 1. O total de problemas de saúde que aparecían nalgunha das listas foi de 35, dos cales foron excluídos 11 por non teren unha definición concreta (outras enfermidades do aparello respiratorio, dor de lombo...) ou por se consideraren factores de risco (hipertensión arterial ou hipercolesterolemia), mentres que o total de potenciais áreas de mellora relacionadas cos dereitos e coa calidade dos servizos sanitarios foi de 29, e tamén varias delas eliminadas por considerar que estaban incluídas noutras, ou pola súa escasa precisión.
- **Vulnerabilidade.** Este segundo criterio foi definido como a capacidade das intervencións existentes (prevención, asistencia sanitaria...) para modificar sensiblemente un problema desde a situación actual. Por exemplo, un problema pode ter unha baixa vulnerabilidade porque as intervencións dispoñibles son pouco eficaces ou porque xa está sendo abordado con relativo éxito e, polo tanto, a capacidade para conseguir novas melloras é baixa. Puntuouse de 1 a 0 e este valor multiplicou os puntos do criterio anterior.
- **Estratexia política.** Este criterio utilizouse para engadir as liñas estratéxicas institucionais. Foi puntuado de 0 a 1 polo Comité de Dirección da Consellería e do Sergas mutiplicando igualmente o valor anterior.

4. Metodoloxía

As áreas de mellora detectadas ordenáronse de maior a menor puntuación e finalmente foron seleccionadas oito prioridades na área de saúde e seis na área relacionada cos dereitos sanitarios da cidadanía e coa calidade dos servizos sanitarios, sempre respetando a orde de puntuación.

Por último, identificáronse os determinantes comúns que puideran impactar máis sobre as prioridades, de tal forma que unha acción sobre algún destes determinantes suporía poder incidir sobre varios problemas ao mesmo tempo.

4.3. Determinación de accións de mellora e indicadores

Para determinar as accións de mellora que tenten solucionar as prioridades detectadas, constituíronse grupos de traballo aos que se lles solicitou que traballasen cunha metodoloxía concreta. A metodoloxía utilizada estaba baseada no método de Isikawa para a solución de problemas. Desta forma, pedíase aos integrantes dos grupos que identificasen primeiro cales son as causas ou cales son os factores que inflúen ou explican un determinado problema sanitario. Deseguido, pedíase que definisen cales son os programas responsables, os procesos que poden impactar na causa ou factor relacionado. O seguinte paso foi propor accións ou actuacións que mellorasen o servizo, programa ou unidade que está relacionada co factor determinante ou causal do problema sanitario. Cada acción proposta debía ter unha xustificación científica que avalase que realmente pode impactar sobre o determinante ou causa do problema sanitario. Por último, pedíuse ao grupo que definise indicadores que puidesen valorar se a acción de mellora se realizase.

As achegas dos grupos proporcionaron un número elevado de accións (351). Todas e cada unha delas foron analizadas polos distintos niveis de decisión da Consellería de Sanidade e Servizo Galego de Saúde seguindo criterios de custo/beneficio, dependencia de organizacións alleas á consellería para a súa consecución ou posibilidade de realización no período de vixencia do plan, co fin de aliñalas coas estratexias políticas, quedando definitivamente 294 accións de mellora no documento final.

As accións de mellora realcionadas coa función de coidados e autocoidados de pacientes, familiares e cidadanía, realizáronse a través de Escola Galega de Saúde para Cidadáns.

4. Metodoloxía

4.4. Seguimento e avaliación do plan

O obxectivo deste documento estratéxico é orientar as decisións dentro da organización cara ás prioridades sanitarias do Sistema Sanitario Público de Galicia a través dunha serie de accións de mellora.

Cómpre a avaliación para coñecer se o obxectivo do plan se cumpre e a orientación das decisións dentro da organización cara aos principais problemas sanitarios é a correcta.

Ademais, a avaliación subministrará información precisa, baseándose nos indicadores elixidos para o seguimento, do impacto das accións nos problemas sanitarios da poboación galega, determinando, se é o caso, cales se deben mellorar ou corrixir.

A Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública será a encargada desta avaliación, para o que contará coa colaboración de cada un dos centros directivos responsables das diferentes accións.

5. Prioridades sanitarias

Do resultado da aplicación da metodoloxía descrita con anterioridade determináronse as seguintes prioridades na área de saúde:

1. Cardiopatía isquémica.
2. Cancro de pulmón.
3. Ictus/Enfermidade cerebrovascular.
4. Diabete mellitus.
5. Depresión/Trastornos afectivos.
6. Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica.
7. Cancro de colon.
8. Cancro de mama feminino.

Por outra banda, observouse que na meirande parte das enfermidades anteriores estaban presentes como determinantes de aparición e asociados cos estilos de vida, tanto o tabaquismo como as características da nutrición e actividade física realizada polos individuos. Deste modo, e dada a grande importancia destes factores no desenvolvemento da maioría dos problemas de saúde, decidiuse xerar liñas específicas para os determinantes, co obxecto de determinar accións de mellora que incidisen directamente. Polo tanto, xeráronse accións de mellora para:

1. O tabaquismo.
2. A nutrición.
3. A actividade física.

As prioridades relacionadas cos dereitos sanitarios e coa calidade da prestación de servizos sanitarios son:

1. Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA).
2. Estadía media.
3. Taxa de cesáreas.
4. Sistema de información de profesionais sanitarios.
5. Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia.
6. Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.1. Cardiopatía isquémica

A atención á cardiopatía isquémica é un obxectivo estratéxico para o Sistema Nacional de Saúde desde o ano 2004 ata a actualidade debido a que en España as enfermidades cardiovasculares, e en concreto a enfermidade isquémica do corazón, son a principal causa de morte e unha das causas de maior morbilidade e perda de calidade de vida relacionada coa saúde. Porén, os expertos coinciden en que as enfermidades cardiovasculares se poden previr de forma integral. En primeiro lugar, antes de que apareza a enfermidade, seguindo hábitos de vida saudables e tendo en conta os factores de risco cardiovascular; en segundo lugar, mediante a detección precoz; e, finalmente, pódense previr tamén os seus impactos negativos unha vez manifestada.

No PPS de Galicia, a cardiopatía isquémica ocupa o primeiro lugar en puntuación tras a ponderación, xa que na nosa comunidade autónoma:

- Ocupa o segundo lugar entre as causas de mortalidade en Galicia (primeiro nos homes e segundo nas mulleres).
- Ocupa o terceiro lugar como patoloxía que causa máis anos de esperanza de vida perdidos.
- Ocupa o terceiro lugar como patoloxía que ocasiona máis perdas de anos de vida axustados por discapacidade.
- Está en sexto lugar como morbilidade crónica en atención primaria.
- É un obxectivo estratéxico para o Sistema Nacional de Salud (SNS).

O patrón de comportamento desta enfermidade é similar en Galicia e no conxunto de España, presentando unha tendencia decrecente desde 1990 ao ano 2007, sobre todo na presente década. Este descenso probablemente estea influído pola menor incidencia da enfermidade, como resultado do descenso da exposición da poboación aos factores de risco e a maior supervivencia dos pacientes pola mellora dos tratamentos e a máis pronta abordaxe.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a identificación precoz dos síntomas de alarma por parte dos pacientes e poboación	Campaña de coñecemento da clínica para a cidadanía	Número de campañas realizadas
	Talleres para grupos de risco (pacientes e familiares)	Número de talleres realizados
Diminuír a demora terapéutica	Funcionamento das salas de hemodinámica durante 24 horas en hospitais de terceiro nivel	Porcentaxe de hospitais de terceiro nivel con sala de hemodinámica que realizan angioplastia primaria que funcionen 24 horas
	Redistribución dos fluxos de derivación para angioplastia primaria, en función das isócronas, garantindo a equidade para todos os pacientes	Porcentaxe de angioplastias primarias nos primeiros 90 minutos desde inicio de síntomas Análise por concello de residencia do paciente
Mellorar a calidade terapéutica	Realizar formación de profesionais en coñecementos sobre os protocolos e recomendacións das guías de práctica clínica	Número de cursos e número de profesionais que asisten
	Garantir que as salas de hemodinámica realizen un número mínimo de actividade (segundo os parámetros das sociedades científicas), necesaria para asegurar a destreza dos profesionais e a seguridade dos pacientes	Número de probas por facultativo e ano
Mellorar a prevención secundaria nestes pacientes a través do control dos factores de risco	Desenvolvemento de programas de educación sanitaria para pacientes coronarios e familiares durante o ingreso	Porcentaxe de hospitais que ofertan o programa Porcentaxe de pacientes con Síndrome coronario agudo que acoden ás sesións educativas
	Elaboración e distribución de información para pacientes e familiares	Porcentaxe de servizos hospitalarios ou centros con dispoñibilidade de información
	Celebración de talleres sobre autocoidados	Número talleres sobre autocoidado realizados anualmente
	Realización de cursos sobre control de factores de risco para profesionais	Número de cursos realizados anualmente Número de profesionais que os realizan
Mellorar a coordinación-continuidade-integración asistencial	Elaboración e establecemento dun proceso asistencial integrado	Elaboración do proceso Número de áreas que implantan o proceso

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar o coñecemento científico sobre a cardiopatía isquémica	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia á cardiopatía isquémica	▮ Valoración do índice de impacto das publicacións científicas
Mellorar a información sobre a cardiopatía isquémica	Establecemento dun cadro de indicadores de seguimento do programa PROGALIAM	▮ Elaboración do cadro de mando
	Establecemento de indicadores de avaliación da cirurxía cardíaca na cardiopatía isquémica	▮ Existencia de indicadores
	Establecemento dun sistema de auditorías para coñecer o seguimento das recomendacións das guías de práctica clínica	▮ Auditorías realizadas

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | **Cancro de pulmón** | Ictus |Diabete mellitus | Depresión |
Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.2. Cancro de pulmón

Mellorar a atención dos pacientes con enfermidades prevalentes de gran carga social e económica debe ser un dos obxectivos estratéxicos do Sistema Nacional de Salud (SNS).

O cancro de pulmón ocupa un lugar principal entre os tumores malignos porque é a neoplasia maligna que máis mortes produce entre os homes e a terceira entre as mulleres (despois do cancro de mama e o colorrectal).

No PPS de Galicia o cancro de pulmón ocupa o segundo lugar en puntuación tras a ponderación, puntuación debida sobre todo aos seguintes apartados:

- Terceiro lugar entre as causas de mortalidade en Galicia (segundo en homes e sétimo en mulleres).
- Segundo lugar como patoloxía que causa máis anos de esperanza de vida perdidos.
- Sétimo lugar como patoloxía que ocasiona máis perdas de anos de vida axustados por discapacidade.
- O cancro é un obxectivo estratéxico para o SNS.

O cancro de pulmón presenta un patrón diferente en homes e en mulleres. Tanto incidencia como mortalidade son moito máis elevadas nos homes, aínda que este feito diferenciador parece estar cambiando.

O risco de morte por cancro de pulmón presentou un continuo incremento nos homes ao longo da segunda metade do século XX ata o ano 1995, no que se inverte a tendencia e comeza a descender. Nas mulleres, pola contra, aínda que con moitos menos casos, a taxa de mortalidade apenas presentou variacións ata o inicio dos anos 90, pero a partir desta data incrementouse de forma importante. Esta diferente tendencia entre sexos reflicte probablemente o paulatino abandono do hábito tabáquico nos homes e a incorporación neste hábito das mulleres.

Este comportamento é similar en Galicia e en España, mantendo tamén a distinta tendencia entre homes e mulleres: descendente en homes e ascendente en mulleres.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | **Cancro de pulmón** | Ictus |Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Diminuír a demora diagnóstica	Completar o acceso rápido a RX simple de tórax informada	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Porcentaxe de unidades de atención primaria con acceso rápido a RX simple de tórax informada
	Implantación do circuío asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro de pulmón	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Porcentaxe de áreas sanitarias con circuío asistencial rápido ▮ Porcentaxe de pacientes con cancro de pulmón incluídos en circuío asistencial rápido
Mellorar a calidade de atención a pacientes con enfermidade complexa ou avanzada	Establecemento dos criterios que permitan o acceso aos coidados paliativos	▮ Porcentaxe de áreas sanitarias con criterios de acceso aos coidados paliativos
	Expansión da asistencia domiciliar a pacientes con cancro de pulmón con enfermidade avanzada ou complexa	▮ Porcentaxe de pacientes con cancro de pulmón en fase avanzada ou complexa atendidos en asistencia domiciliar
	Formación específica aos profesionais implicados na asistencia domiciliar aos pacientes con cancro de pulmón	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de cursos ▮ Número de profesionais
Mellorar a coordinación-continuidade-integración asistencial destes pacientes	Definir e implantar a rede asistencial para o proceso integrado de cancro de pulmón	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de áreas sanitarias co proceso integral implantado ▮ Porcentaxe de pacientes atendidos no circuío
	Creación do comité clínico de cancro de pulmón en cada hospital con servizo de oncoloxía	▮ Número de hospitais con comité clínico de cancro de pulmón
	Elección dun responsable clínico/Profesional de referencia	▮ Porcentaxe de pacientes con profesional médico de referencia asignado
	Enfermaría xestora de procesos para os enfermos de cancro de pulmón	▮ Porcentaxe de pacientes con profesional de enfermaría de referencia asignado
	Formación continuada para todos os profesionais que traballan con pacientes oncolóxicos	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de cursos ▮ Número de profesionais
Mellorar o autocoidado dos pacientes	Elaboración de información –guías para pacientes– para cada unha das diferentes etapas do proceso oncolóxico de cancro de pulmón	▮ Información elaborada
	Crear a figura do paciente activado voluntario tutor	▮ Número de voluntarios
Mellorar o coñecemento científico sobre o cancro de pulmón	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia ao cancro de pulmón	▮ Valoración do índice de impacto das publicacións científicas

6. Accións de mellora dos problemas de saúde prioritarios

Cardiopatía isquémica | **Cancro de pulmón** | Ictus |Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a información dispoñible sobre os pacientes con cancro de pulmón	Creación, dentro do SIHGA, dun sistema de rexistro de datos de hospital de día oncolóxico	Existencia do rexistro no SIGHA
	Posta en funcionamento do Rexistro Galego Tumores (REGAT)	Dispoñibilidade de datos sobre cancro de pulmón baseados no REGAT
	Desenvolvemento de sistemas de alarmas clínicas sobre signos e síntomas de alerta	Existencia documentada do sistema de alarma en IANUS

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | **Ictus** | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.3. Ictus

En España, a enfermidade cerebrovascular aguda (ECV) constituíu a segunda causa máis frecuente de morte na poboación xeral e a primeira entre as mulleres. Ademais, supón a primeira causa de discapacidade permanente na idade adulta e xera un gasto moi elevado para os servizos sanitarios e sociais. A súa repercusión no seo das familias, no campo profesional, laboral e social é enorme. Ao longo da historia, este proceso sempre estivo ligado a mal prognóstico, pero nas últimas décadas houbo un gran cambio que levou a unha marcada diminución na súa mortalidade e secuelas. Este cambio non está asociado á aparición de fármacos máis efectivos ou a novas técnicas cirúrxicas, senón sobre todo a melloras na organización e atención sanitaria. Por este motivo, o ictus en particular, e as ECV no seu conxunto, son un parámetro do funcionamento dun servizo sanitario, e a diminución das súas taxas de mortalidade e morbilidade supoñen un indicador da calidade na atención sanitaria.

Tradicionalmente en España, como noutros países mediterráneos, as ECV eran a primeira causa de morte cardiovascular. Pero desde a segunda metade dos anos noventa, a enfermidade isquémica do corazón púxose por diante. Así, en España, a mortalidade por ECV presenta unha tendencia claramente descendente. Este patrón mantense en Galicia, malia que a nosa taxa axustada está por encima da media española.

No PPS de Galicia a enfermidade cerebrovascular aguda ocupa o terceiro lugar en puntuación tras a ponderación, puntuación debida sobre todo aos seguintes apartados:

- Primeiro lugar entre as causas de mortalidade en Galicia (primeira en mulleres, terceira en homes).
- Sétimo lugar como patoloxía que causa máis anos de esperanza de vida perdidos.
- Noveno lugar como patoloxía que ocasiona máis perdas de anos de vida axustados por discapacidade.
- Sétimo lugar entre as causas de morbilidade hospitalaria (oclusión de arterias cerebrais).
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

En canto á incidencia do ictus, aumenta progresivamente coa idade e é algo máis alta nos homes que nas mulleres. Así, as tres cuartas partes dos ictus afectan a pacientes maiores de 65 anos, e debido a que nas previsións de poboación España sería no ano 2050 unha das poboacións máis envellecidas do mundo, espérase un incremento na incidencia e prevalencia desta enfermidade nos próximos anos.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | **Ictus** | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a identificación precoz dos síntomas de alarma por parte dos pacientes e a poboación. Aumentar a percepción de urxencia	Desenvolvemento de campañas de información para a cidadanía sobre sintomatoloxía inicial do ictus	Número de campañas desenvolvidas
	Cursos de formación específica a pacientes de risco e os seus familiares sobre sintomatoloxía inicial de ictus	Número de cursos desenvolvidos
Mellorar a accesibilidade á atención sanitaria	Elaboración de cuestionario telefónico validado para detección de ictus (061)	Cuestionario dispoñible
	Formación dos profesionais en identificación precoz de síntomas de ictus	Número de profesionais que realizan cursos sobre identificación precoz de síntomas
	Establecemento do proceso asistencial integrado de atención ao ictus	Porcentaxe de áreas que implantaron o proceso asistencial integrado
	Implantación de atención precoz (código ictus extrahospitalario) abarcando toda a comunidade	Porcentaxe de hospitais que atenden ictus con código ictus extrahospitalario implantado
Diminuír a demora diagnóstica e terapéutica	Establecemento do proceso asistencial integrado na rede de centros sanitarios garantindo o acceso a probas de imaxe durante as 24 horas en todos os hospitais que atenden ictus (presencial ou teleradioloxía)	Número de áreas co proceso asistencial integrado
		Número de hospitais co código ictus implantado
		Número de hospitais con acceso a probas de imaxe durante as 24 horas
Mellorar a calidade diagnóstica e terapéutica	Realización de cursos de formación para profesionais que atenden ictus	Número de profesionais que realizan cursos sobre ictus e o seu manexo, por ano e categoría profesional e especialidade
Mellorar os coidados post-alta e aplicación da continuidade de coidados	Programa de coidados personalizados. Plan de coidados	Pacientes con programa personalizado de coidados/pacientes con ictus x100
Mellorar o seguimento dos factores de risco	Elaboración e/ou implantación dun protocolo de seguimento de factores de risco	Porcentaxe de pacientes con ictus con seguimento rexistrado en HC de factores de risco

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | **Ictus** | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Aumentar as habilidades de pacientes e cuidadores	Elaboración e distribución de información para pacientes e cuidadores	Porcentaxe de servizos hospitalarios ou centros de saúde con dispoñibilidade de información
	Cursos de formación en autocoidados	Número de cursos sobre autocoidado realizados anualmente
	Cursos de formación para cuidadores	Número de cursos para cuidadores realizados anualmente (escola de pacientes, asociacións)
	Valoración do contorno do paciente. Medidas de apoio a cuidadores. Coordinación recursos sociais	Porcentaxe de pacientes con ictus con valoración de contorno Porcentaxe de cuidadores con apoio de recursos sociais
Mellorar o coñecemento científico do ictus	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou asistencia ao ictus	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | **Diabete mellitus** | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.4. Diabete mellitus

A diabete mellitus (DM) é unha desorde metabólica crónica de alta prevalencia, caracterizada pola presenza de elevados niveis de glicosa en sangue como consecuencia de alteracións na secreción ou funcionamento da insulina. Isto causa importantes alteracións no metabolismo de hidratos de carbono, lípidos e proteínas.

A DM ocasiona un altísimo custo social e un importante impacto sanitario debido á frecuencia e gravidade das complicacións que diminúen a calidade e a esperanza de vida dos pacientes.

A mortalidade por DM supón en España o 2,6% da mortalidade total, presentando unha clara tendencia descendente nos últimos anos, o que coincide co experimentado pola maioría dos países europeos. Galicia, cunha mortalidade, desde o inicio do século, claramente inferior á española, amosa un descenso ao longo do período moito máis pronunciado. A mortalidade por DM máis baixa de España tena Madrid, seguida por Galicia. As cinco comunidades autónomas con maior taxa de mortalidade por diabete están entre as sete que superan a taxa media española de obesidade.

Estímase que a prevalencia da DM en España é do 6,5% da poboación entre 30 e 65 anos, aínda que existen estudos que chegan a estimar prevalencias de ata un 12%. A prevalencia de DM en Galicia acada un valor do 7%, do que un 2,6% se corresponde con diabete non diagnosticada (Fundación Galega de Endocrinoloxía e Nutrición 2004). Isto representa que en Galicia temos en torno a 160.000 diabéticos, aos que habería que engadir un 8,6% de cidadáns con intolerancia á glicosa.

No PPS de Galicia a diabete mellitus ocupa o cuarto lugar en puntuación tras a ponderación, puntuación debida sobre todo aos seguintes apartados:

- Ocupa o sexto lugar como causa de mortalidade en Galicia.
- Ocupa o cuarto lugar como causa de morbilidade crónica en atención primaria.
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

Aínda que o incremento da prevalencia se pode deber en parte a modificacións nos criterios diagnósticos, outros factores como o progresivo envellecemento ou a historia familiar poden ter unha significativa incidencia. Ultimamente, o triplete de hiperlipemia, crecente sedentarismo e a incorporación de malos hábitos dietéticos preséntanse como os máis importantes factores causantes deste aumento.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | **Diabete mellitus** | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓN CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Fomentar o diagnóstico precoz da enfermidade	Formación específica a pacientes de risco para desenvolver diabete mellitus e os seus familiares	<ul style="list-style-type: none"> Número de cursos desenvolvidos Número de asistentes aos cursos
	Elaboración e distribución do proceso asistencial integrado*	<ul style="list-style-type: none"> Existencia do proceso asistencial Porcentaxe de áreas con proceso implantado
	Establecer alertas de glicemias e HbAc1 alteradas en IANUS	<ul style="list-style-type: none"> Grao de desenvolvemento de alertas por glicemia e HbAc1 elevada Existencia de sistema de alertas en IANUS
Fomentar os autocoidados	Elaboración e distribución de guías de autocoidados do paciente con diabete mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Número de guías distribuídas a pacientes diabéticos
	Formación específica a pacientes e aos seus familiares sobre autocoidados	<ul style="list-style-type: none"> Número de cursos realizados Número de alumnado formado
	Realización de talleres e/ou sesións de educación grupal a pacientes e cuidadores sobre risco cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Número de talleres ou sesións realizados Número de alumnado formado
Mellorar a calidade do tratamento	Elaboración e distribución de proceso asistencial integrado*	<ul style="list-style-type: none"> Existencia do proceso asistencial Porcentaxe de áreas con proceso implantado
	Realización de talleres de actualización de coñecementos sobre tratamento para médicos e enfermaría	<ul style="list-style-type: none"> Número de talleres ou sesións realizados Número de profesionais formados
Fomentar o diagnóstico precoz das complicacións [continúa]	Realización de talleres e/ou cursos en complicacións de diabete mellitus para médicos e enfermaría	<ul style="list-style-type: none"> Número de persoal médico e de enfermaría que acode a talleres de formación Número de talleres realizados/ano
	Aumento do equipamento en unidades de atención primaria de eco-doppler	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de unidades de atención primaria equipados con eco-doppler
	Realización de formación de persoal médico e de enfermaría en eco-doppler	<ul style="list-style-type: none"> Número de talleres Número de profesionais formados
	Aumento de equipamento en servizos de atención primaria de retinógrafos segundo ratios de poboación	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de servizos de atención primaria con retinógrafos

* Esta acción aporte mellora nos dous obxectivos

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | **Diabete mellitus** | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Fomentar o diagnóstico precoz das complicacións [continuación]	Formación de persoal médico e de enfermaría en retinografía	Número de talleres Número de profesionais formados
	Formación de persoal médico e de enfermaría no uso e interpretación de monofilamento	Número de talleres Número de profesionais formados
Mellorar o coñecemento científico sobre a enfermidade	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia a diabete	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | **Depresión** | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.5. Depresión

A depresión constitúe un dos maiores problemas de saúde, pois, afecta a moitas persoas, é de longa evolución, o seu tratamento é custoso e ocasiona moita invalidez.

Segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS), a depresión é a principal causa de discapacidade. Na actualidade, máis de 120 millóns de persoas padecen depresión, presentando unha tendencia claramente ascendente. Ademais, obsérvase que a depresión afecta cada vez máis á xuventude. A OMS advirte que unha de cada cinco persoas chegarán a desenvolver un cadro depresivo polo menos unha vez durante a súa vida. A súa incidencia é ata dúas veces maior en mulleres que en homes. A dependencia do alcohol e doutras substancias, así como os suicidios, son problemas graves e frecuentes moi relacionados coa depresión.

En España, segundo o *Libro branco da depresión*, pode haber seis millóns de persoas que sofren depresión (10-15% da poboación), a metade delas sen diagnosticar. Constitúe a segunda causa de baixa laboral, estimándose que o gasto desta patoloxía acada un total de 23.000 millóns de euros anuais para o conxunto do Estado.

O 25,8% das depresións detectadas en atención primaria aparecen como motivo principal de consulta, sendo detectado o 72,2% de forma secundaria. O 75,3% das consultas ao psiquiatra teñen como motivo principal unha depresión, detectándose de forma secundaria o 22,3% (*Libro branco: La calidad asistencial de la depresión en España, 1997*).

No PPS de Galicia a depresión ocupa o quinto lugar en puntuación tras a ponderación, xa que na nosa comunidade autónoma:

- Ocupa o primeiro lugar como patoloxía que ocasiona máis perdas de anos de vida axustados por discapacidade.
- Ocupa o quinto lugar como patoloxía que ocasiona máis anos de esperanza de vida perdidos (suicidio, aínda que pode haber outras patoloxías psiquiátricas de base).
- Ocupa o sexto lugar como morbilidade crónica referida pola poboación.
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | **Depresión** | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓN CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar o coñecemento da enfermidade na sociedade	Ampliar as actividades informativas destinadas á cidadanía	Número de campañas/actividades realizadas
	Ampliar a información na páxina web do Sergas	Si/non
Mellorar o diagnóstico precoz	Formación específica para profesionais	Número de profesionais que reciben formación
Mellorar a calidade asistencial no diagnóstico e no tratamento	Elaboración e/ou implantación de guías de actuación en trastornos afectivos	Porcentaxe de áreas en que se implanta
	Programas de interconsulta e enlace con atención primaria. Elaboración e implantación do proceso asistencial integrado	Existencia do proceso Porcentaxe de áreas con proceso asistencial integrado implantado
	Formación específica en intervencións psicoterapéuticas breves para profesionais de atención primaria	Número de profesionais que reciben formación
	Programas específicos de trastornos afectivos graves	Porcentaxe de áreas en que se implanta
	Programas de terapia electroconvulsiva (TEC) de mantemento para trastornos afectivos graves en centros de referencia	Porcentaxe de áreas en que se implanta
	Actividades psicoeducativas dirixidas a pacientes e familiares. Programas específicos de psicoeducación	Número de actividades realizadas Porcentaxe de áreas en que se implanta
Aumentar a prevención das complicacións	Programas de prevención do suicidio	Porcentaxe de áreas en que se implanta
Mellorar o coñecemento científico sobre a enfermidade	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia aos trastornos afectivos e suicidio	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | Depresión |
Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

6.6. Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica

A enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) é unha enfermidade crónica, grave e moi limitante, caracterizada por unha progresiva limitación ao fluxo aéreo. Presenta frecuentes manifestacións extrapulmonares e comorbilidades asociadas á propia enfermidade, ao tabaquismo e ao envellecemento. É un dos procesos patolóxicos polo que máis calidade de vida se perde. Malia todo, trátase dunha enfermidade previsible e tratable.

No PPS de Galicia a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica ocupa o sexto lugar en puntuación tras a ponderación, puntuación debida sobre todo aos seguintes apartados:

- Cuarto lugar entre as causas de mortalidade en Galicia (outras enfermidades do sistema respiratorio).
- Décimo lugar como patoloxía que ocasiona máis perdas de anos de vida axustados por discapacidade.
- As enfermidades crónicas respiratorias están entre as causas máis importantes de morbilidade hospitalaria.
- Sétimo lugar entre as causas de morbilidade crónica en atención primaria.
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

Como dicíamos, a atención á enfermidade pulmonar obstrutiva crónica está entre os obxectivos estratéxicos priorizados no Sistema Nacional de Salud (SNS). Calcúlase que máis de 200 millóns de persoas padecen EPOC no mundo (OMS-2007), e que morren por esta causa uns tres millóns de persoas todos os anos, o que representa en torno a un 5% da mortalidade total. Estímase que aproximadamente tres de cada catro casos de EPOC están sen diagnosticar (o seu diagnóstico adoita darse en estadios moi avanzados). En Galicia a mortalidade por EPOC en homes é algo máis baixa que a media española; non obstante, é máis alta nas mulleres.

O custo económico da EPOC é impresionante. En España temos unha prevalencia que varía entre 6,4 e 11,4% segundo autor e zona xeográfica, o que ocasiona o 6,5% dos ingresos hospitalarios e un custo estimado dun 0,2% do PIB.

O incremento de prevalencia da EPOC nos últimos anos é moi acelerado. Estímase que no ano 2030 será a causante do 7,8% de todas as mortes e do 27% das mortes relacionadas co tabaco, só superada polo cancro, que representa o 33%, e polas enfermidades cardiovasculares, cun 29% (OMS).

6. Acci3ns de mellora sobre as prioridades da 3rea de sa3de

Cardiopat3a isqu3mica | Cancro de pulm3n | Ictus |Diabete mellitus | Depresi3n |
Enfermidade pulmonar obstrutiva cr3nica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

Acci3ns de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCI3NS CONCRETAS	INDICADORES E EST3NDARES DE MEDICI3N DA ACCI3N CONCRETA
Procurar o diagn3stico precoz	Implantar o programa de cribado oportunista a > 40 anos con H ^a de tabaquismo e s3ntomas suxestivos de EPOC. Realizaci3n de espirometr3a a todo paciente de risco	▮ Porcentaxe de unidades de atenci3n primaria con programa implantado
	Crear o fluxograma de derivaci3n desde urxencias a centros de sa3de para pacientes con procesos compatibles con EPOC non diagnosticados previamente	▮ Existencia documentada do fluxograma
	Aumento da dotaci3n de espir3metros en atenci3n primaria	▮ Porcentaxe de unidades de atenci3n primaria con espir3metro
	Realizaci3n de formaci3n a equipos de profesionais m3dicos/enfermar3a para realizar espirometr3as de calidade	▮ N3mero de profesionais m3dicos ou enfermar3a que realizan cursos de capacitaci3n
	Crear rexistro en IANUS de poboaci3n fumadora para facilitar a identificaci3n de poboaci3n a risco	▮ Grao de implantaci3n do rexistro
Mellorar a sa3de e previr as complicaci3ns dos pacientes con EPOC	Crear rexistro en IANUS de consello antitab3quico en poboaci3n fumadora en pacientes con EPOC	▮ Grao de implantaci3n do rexistro
	Formar en fisioterapia preventiva aos pacientes de risco de Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Cr3nica (EPOC)	▮ N3mero de cursos planificados ▮ N3mero de pacientes formados
	Realizaci3n de consello individualizado nutricional e de actividade f3sica para o paciente con EPOC	▮ Porcentaxe de pacientes EPOC que reciben consello individualizado/ pacientes EPOC
	Elaboraci3n e implantaci3n de protocolos de enfermar3a en deshabitaci3n tab3quica	▮ Porcentaxe de unidades de atenci3n primaria cos protocolos implantados
	Monitorizaci3n da vacinaci3n antigripal en pacientes con EPOC	▮ Porcentaxe de pacientes EPOC vacinados
	Realizar rehabilitaci3n respiratoria a todo paciente con EPOC que tras o adecuado tratamento farmacol3xico presenta s3ntomas que limiten as s3as actividades coti3as	▮ Porcentaxe de pacientes EPOC con limitaci3ns das AVD que reciben rehabilitaci3n respiratoria
Mellorar a atenci3n ao paciente de EPOC [contin3a]	Desenvolvemento e implantaci3n do proceso de atenci3n integral de EPOC	▮ Porcentaxe de 3reas sanitarias co proceso implantado

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | Depresión |
Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar os autocoidados dos pacientes con EPOC [continuación]	Elaboración de guías para pacientes crónicos para favorecer o seu papel activo en autocoidados	Número de guías distribuídas
	Realización de cursos anuais de técnica inhalatoria que capaciten os cuidadores en cuidados básicos	Número de cursos realizados
	Realización de cursos anuais de fisioterapia elemental que capaciten os cuidadores en cuidados básicos	Número de cursos realizados
	Realización de cursos anuais de detección temperá de descompensación, que capaciten os cuidadores en cuidados básicos	Número de cursos realizados
	Reunións con asociacións de pacientes	Número de reunións Número de asistentes
Mellorar a calidade da atención ao paciente crónico con exacerbación	Implantar programas de alta precoz ou hospitalización a domicilio	Porcentaxe de hospitais co programa implantado
	Traballar en rede entre niveis: consulta virtual / e-consulta	Número de centros con consultas virtuais implantadas
Mellorar a atención dos pacientes con EPOC avanzada	Aumentar o acceso a cuidados paliativos ou unidades de apoio	Número de habitantes que se benefician Camas de cuidados paliativos/poboación da área
	Elaboración de protocolo guías de derivación a cuidados paliativos	Porcentaxe de áreas sanitarias co protocolo implantado
	Publicitar o acceso a cuidados paliativos ou unidades de apoio	Publicitación documentada
Mellorar o coñecemento científico sobre a enfermidade	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia a Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC)	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | **Cancro de colon** | Cancro de mama feminino

6.7. Cancro de colon

O cancro colorrectal está entre os tres máis incidentes en homes da Unión Europea (precedido polo de próstata e o de pulmón) e o segundo en mulleres (precedido polo de mama).

En España, pola súa incidencia, tamén ocupa o segundo lugar en mulleres e o terceiro en homes; porén, a incidencia é menor que a media da UE-27, especialmente en mulleres. O cancro colorrectal en España presenta unha taxa de incidencia en mulleres de 25,4 por 100.000, o que representa un 10% de todos os cancros; en homes a taxa de incidencia é de 54,4, un 13% dos cancros.

Da epidemioloxía do cancro colorrectal en España pódese destacar a gran diferenza entre xéneros, cunha incidencia en mulleres que non chega á metade da que se detecta en homes. Outro aspecto de grande importancia é a tendencia crecente na incidencia deste tipo de cancro.

O incremento de incidencia contrasta cunha mortalidade estabilizada, sen dúbida debido ás melloras terapéuticas e ao diagnóstico precoz grazas a unha boa accesibilidade por sigmoidoscopia e á realización de colonoscopias en grupos de risco.

A mortalidade por este cancro en Galicia é lixeiramente inferior á media estatal, presentando taxas de 19,7 por 100.000 en homes e de 10,8 en mulleres.

Os dous factores etiolóxicos coñecidos ata o momento son os dietéticos (consumo de alcohol, dieta pobre en fibra) e a predisposición xenética.

No PPS de Galicia o cancro de colon ocupa o sétimo lugar en puntuación tras a ponderación, xa que na nosa comunidade autónoma:

- Ocupa o quinto lugar entre as causas de mortalidade en Galicia.
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | **Cancro de colon** | Cancro de mama feminino

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar o diagnóstico precoz	Deseño e estudo da viabilidade do programa de detección precoz poboacional dando prioridade a pacientes de alto risco	Programa elaborado
	Identificar bases de datos poboacionais para poder acceder a todas as persoas obxectivo dun programa de cribado poboacional	Disponibilidade de datos poboacionais
Diminuír a demora diagnóstica	Implantación e publicitación do circuío asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro colorrectal	Porcentaxe de áreas sanitarias con circuío asistencial rápido
	Completar o acceso rápido a colonoscopia desde atención primaria	Porcentaxe de unidades de atención primaria con acceso rápido a colonoscopia
	Establecemento de protocolos asistenciais para pacientes de alto risco	Protocolos definidos
Mellorar a calidade de atención a pacientes con enfermidade complexa ou avanzada	Establecemento dos criterios de derivación ás unidades de coidados paliativos	Existencia documentada
	Desenvolvemento da atención a domicilio de pacientes con cancro colorrectal con enfermidade avanzada ou complexa	Porcentaxe pacientes cancro colorrectal en fase avanzada ou complexa atendidos en domicilio con asistencia domiciliaria
	Formación específica aos profesionais implicados na asistencia domiciliaria de pacientes con cancro colorrectal	Número de cursos Número de profesionais
Mellorar a coordinación -continuidade e integración asistencial aos pacientes con cancro colorrectal [continúa]	Elaboración e implantación do proceso asistencial integrado do cancro colorrectal nos centros sanitarios	Número de áreas sanitarias con proceso implantado
	Elaboración e implantación do regulamento de funcionamento dos comités clínicos de cancro colorrectal	Porcentaxe de comités clínicos de cancro colorrectal con regulamento de funcións
	Creación dun comité clínico de cancro colorrectal en cada hospital con servizo de oncoloxía	Porcentaxe de hospitais con comité clínico de cancro colorrectal

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus |Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | **Cancro de colon** | Cancro de mama feminino

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a coordinación -continuidade e integración asistencial aos pacientes con cancro colorrectal [continuación]	Elección dun responsable clínico/Profesional de referencia	Porcentaxe de pacientes con facultativo de referencia
	Elección de enfermería xestora de procesos para os enfermos de cancro colorrectal	Porcentaxe de pacientes con enfermaría de referencia
	Elaboración de catálogos informativos –guías para pacientes– para cada unha das diferentes etapas do proceso oncolóxico de cancro colorrectal	Número de catálogos elaborados e distribuídos
	Crear a figura do paciente activado voluntario tutor	Número de voluntarios
Mellorar o coñecemento científico sobre cancro colorrectal	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas ou a asistencia ao cancro de colon	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas
Mellorar o sistema de información do cancro	Creación, dentro do SIHGA, dun sistema de rexistro de datos de hospital de día oncolóxico	Existencia do rexistro no SIGHA
	Desenvolvemento de sistemas de alarma clínica	Existencia do rexistro no SIGHA
	Desenvolvemento do cadro de mandos para os circuitos e procesos	Existencia do rexistro no SIGHA
	Posta en funcionamento do REGAT	Dispoñibilidade de datos sobre cancro colorrectal procedentes do REGAT

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | **Cancro de mama feminino**

6.8. Cancro de mama feminino

Os tumores malignos en xeral representan a segunda causa de morte despois das enfermidades cardiovasculares. Pero a neoplasia maligna máis frecuente na muller é o cancro de mama, tanto en Galicia como en España. No ano 2007, o cancro de mama foi a terceira causa de mortalidade das mulleres en Galicia (despois da ECV e da cardiopatía isquémica). Como no resto de países desenvolvidos, a mortalidade por este tumor presentou unha tendencia crecente ata a segunda metade da década dos noventa, data en que se inverteu a tendencia. Entre 1993 e 2007, o risco de morte por cancro de mama diminuíu un 27%. Este comportamento é superpoñible a Galicia, aínda que a taxa axustada está por debaixo da media española. Este descenso pódese deber tanto á diminución da incidencia por cambios nos factores de risco como a un aumento na supervivencia por melloras no tratamento e o impacto dos programas de detección precoz.

No PPS de Galicia o cancro de mama feminino ocupa o oitavo lugar en puntuación tras a ponderación, puntuación debida sobre todo aos seguintes apartados:

- Ocupa o terceiro lugar entre as causas de mortalidade das mulleres en Galicia.
- Ocupa o oitavo lugar como patoloxía que ocasiona máis anos de esperanza de vida perdidos.
- E un obxectivo estratéxico para o SNS.

Os datos sobre a incidencia de cancro de mama indican un importante incremento nas últimas décadas, posiblemente debido en parte a unha mellor detección pola introdución de programas poboacionais de cribado. En España, a taxa de incidencia axustada no ano 2006 foi de 93,6 por 100.000 mulleres, menor que a da UE dos 27. En España, a cobertura do cribado poboacional supera o 90%.

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión |
 Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | **Cancro de mama feminino**

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓN CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar o programa de cribado poboacional	Dixitalización dos equipos de mamografía	Porcentaxe de equipos dixitais
	Establecemento dos criterios e estándares para poderse constituír en unidades de diagnóstico e tratamento.	Criterios e estándares aprobados
Diminuír a demora diagnóstica	Implantación e publicitación do circuío asistencial rápido para pacientes con sospeita de cancro de mama	Porcentaxe áreas sanitarias con circuío asistencial rápido montado
	Completar o acceso rápido a mamografía informada e establecer radiólogo referente desde atención primaria	Porcentaxe de unidades de atención primaria con acceso rápido a mamografía informada e radiólogo de referencia
Mellorar a calidade da atención a pacientes con enfermidade complexa ou avanzada	Desenvolvemento da atención a domicilio de pacientes con cancro de mama con enfermidade avanzada ou complexa	Pacientes con cancro de mama en fase avanzada ou complexa atendidos en domicilio Pacientes con cancro de mama en fase avanzada ou complexa, por área sanitaria en porcentaxe
	Formación específica dos profesionais implicados na asistencia domiciliar de pacientes con cancro de mama	Número cursos Número profesionais
	Establecemento de protocolos asistenciais para pacientes de alto risco	Protocolos definidos
Mellorar a coordinación na atención a estas enfermas	Definir e implantar a rede asistencial para o proceso integrado do cancro de mama	Número de áreas nas que está implantado o proceso Porcentaxe de pacientes integrado no circuío
	Creación de dispositivos de atención en centros comarcais conectados con centros de referencia	Porcentaxe de centros comarcais conectados a centros de referencia
	Elaboración e implantación do regulamento de funcionamento dos comités clínicos de tumores	Porcentaxe de comités clínicos de tumores con regulamento de funcionamento
	Creación dun comité clínico de cancro de mama en cada hospital con servizo de oncoloxía	Porcentaxe de hospitais con comité clínico de cancro de mama
	Elección dun responsable clínico ou Profesional de referencia	Porcentaxe de pacientes con profesional de referencia nomeado
	Elección de enfermaría xestora de procesos para as enfermas de cancro de mama	Porcentaxe pacientes con profesional de enfermaría de referencia nomeado

6. Accións de mellora sobre as prioridades da área de saúde

Cardiopatía isquémica | Cancro de pulmón | Ictus | Diabete mellitus | Depresión | Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica | Cancro de colon | **Cancro de mama feminino**

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓN CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar os autocoidados nestas pacientes	Elaboración de catálogos informativos –guías para pacientes– para cada unha das diferentes etapas do proceso oncolóxico de cancro de mama	Número de catálogos elaborados e distribuídos
	Crear a figura do paciente activado voluntario tutor	Número de voluntarios
Mellorar o coñecemento científico sobre cancro de mana	Realización de estudos sobre a epidemioloxía, características clínicas e a asistencia ao cancro de mana	Valoración do índice de impacto das publicacións científicas
Mellorar o sistema de información do cancro de mama	Creación, dentro do SIHGA, dun sistema de rexistro de datos de hospital de día oncolóxico	Existencia do rexistro no SIGHA
	Desenvolvemento de sistemas de alarma clínica	Existencia do rexistro no SIGHA
	Desenvolvemento do cadro de mandos para os circuítos e procesos	Existencia do rexistro no SIGHA
	Posta en funcionamento do REGAT	Disponibilidade de datos sobre cancro de mama baseados no REGAT
	Creación dentro do IANUS dun módulo específico para o seguimento das mulleres no programa de cribado poboacional	Módulo implantado

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades priorizadas

Tabaquismo | Nutrición | Actividade física

7.1. Tabaquismo

O tabaquismo continúa a ser, malia a súa diminución desde os anos 90, a primeira causa de mortalidade evitable en España debido á súa influencia nunha gran cantidade de problemas de saúde.

Entre 2001 e 2006/2007, en todas as comunidades autónomas se produciu un descenso da porcentaxe da poboación fumadora (5%), aínda que hai que sinalar que este descenso foi maior nos homes (7%) que nas mulleres (3%).

Segundo os datos por comunidades autónomas, Galicia mantense por debaixo da media española tanto na cifra global como por sexos de porcentaxe de poboación fumadora en maiores de 16 anos.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Diminuír a accesibilidade ao produto (dispoñibilidade + prezo)	Elaborar un protocolo único do Plan Anual de Inspeccións de Tabaco (PAIT) para todas as xefaturas territoriais e dúas reunións anuais mínimo de seguimento	▮ Porcentaxe de actas realizadas segundo o protocolo
	Propor ao Goberno de España medidas que garantan a cobertura financeira dos tratamentos dos fumadores e súa incorporación á carteira de Servizos do Sistema Nacional de Saúde	▮ Proposta realizada
	Convenios coas Forzas de Seguridade do Estado para o control do cumprimento da Lei 42/2010/Plan de aplicación cun obxectivo mínimo	▮ Número de actas de inspección de oficio realizadas baixo o convenio de colaboración
Diminuír a permisividade no consumo [continúa]	Declarar a Consellería de Sanidade, as súas xefaturas territoriais e os seus centros periféricos lugares modélicos de carácter sanitario e non simplemente administrativo	▮ Porcentaxe de edificios declarados
	Promover coa Consellería de Educación e outros centros modélicos (clubs deportivos, asociacións xuvenís...), así como as ANPAs, que non se fume á entrada dos centros	▮ Porcentaxe de centros comprometidos coa medida
	Elaboración dun protocolo homoxéneo entre todas as xefaturas territoriais e servizos centrais para axilizar a resolución dos expedientes e evitar que prescriban	▮ Porcentaxe de expedientes sancionadores prescritos ou caducados sobre o total de iniciados ▮ Tempo medio de resolución

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades prioritizadas

Tabaquismo | Nutrición | Actividade física

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Diminuír a permisividade no consumo [continuación]	Incentivación nos contratos programa dos grupos directivos aos centros modélicos sanitarios para chegar á excelencia	<ul style="list-style-type: none"> Ránking de excelencia dos centros adheridos
Aumentar a percepción de risco (consumo activo e exposición pasiva) incluso a nivel sanitario	Formación de cursos de tabaquismo dirixidos basicamente a profesionais de atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Número de cursos de tabaco Número de asistentes aos cursos de tabaco
	Promover coa Consellería de Educación cursos <i>online</i> , semipresenciais ou presenciais, para o profesorado	<ul style="list-style-type: none"> Número de cursos de tabaco Número de asistentes aos cursos de tabaco
	Dar consello sanitario de forma sistematizada e adaptado á fase de abandono	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de consello sanitario ofertado a poboación en risco
	Facer unha experiencia piloto facendo un curso ás federacións de ANPA	<ul style="list-style-type: none"> Si/Non
	Facer un curso piloto de formación a matronas para incluír a abordaxe do tabaquismo nas clases de preparación ao parto	<ul style="list-style-type: none"> Si/Non
	Introducir na cartilla de saúde infantil e maternal información sobre tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> Si/Non
Diminuír o mantemento de modelos sociais de éxito ligados ao tabaco	Desenvolver programas preventivos no ámbito laboral (sindicatos e organizacións empresariais), familiar e educativo/Centros QUÉROTE +/Rede Galega de Técnicos de Formación de Drogodependencias/Concellos da Xuventude	<ul style="list-style-type: none"> Número de programas preventivos de tabaco
	Campañas de sensibilización en diversos medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Número de campañas de tabaco anuais en cada medio

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades priorizadas

Tabaquismo | Nutrición | Actividade física

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Diminuír a publicidade positiva	Promover o compromiso das institucións públicas de non participar economicamente en ningún evento financiado pola industria tabaqueira	▮ Compromiso Si/Compromiso Non
	Realización da declaración de promoción da vida sen tabaco polas xuventudes dos partidos políticos	▮ Porcentaxe de partidos con xuventudes organizadas adheridos á proposta
	Solicitarlle á DXT a utilización dos paneis informativos das vías para fomentar o abandono do consumo de tabaco	▮ Número de mensaxes emitidas/ano
Romper cos mitos e crenzas	Paneis informativos cos beneficios de deixar de fumar en centros modélicos, universidades, administrativos...	▮ Número de paneis con mensaxe/ano
	Reactivar o fomento da educación para a saúde a mozos e mozas desde atención primaria, principalmente o levado a cabo polo persoal de enfermaría	▮ Número de intervencións realizadas
	<i>Web-quest</i> dirixidas á mocidade	▮ Número de visitas á páxina web
Diminuír a dependencia	Implantar un plan de atención ao tabaquismo nos centros sanitarios	▮ Porcentaxe de centros sanitarios con plan implantado
	Realización dun estudo custo/beneficio para valorar a posibilidade de cofinanciamento do tratamento farmacolóxico dos fumadores segundo grupos de usuarios e prioridades	▮ Estudo realizado Si/Non
	Utilización dunha <i>quitline</i> para o tratamento das persoas fumadoras	▮ Número de chamadas ao ano
Mellorar a información sobre tabaquismo	Enquisa a profesionais de ámbitos modélicos sobre a percepción do risco do tabaquismo (activo e pasivo)	▮ Resultados da enquisa
	Codificar de forma adecuada (rexistrar as características da exposición) e crear un módulo específico de tabaco en IANUS	▮ A implementación do módulo en IANUS

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades prioritizadas

Tabaquismo | **Nutrición** | Actividade física

7.2. Nutrición

A dieta é un dos aspectos relacionados co estilo de vida de maior influencia na saúde. Non obstante, non existen estudos de nutrición en mostras representativas da poboación española e as estimacións do consumo están baseadas no gasto recollido en distintas enquisas. No entanto, os datos existentes demostran o aumento paulatino no consumo diario de calorías e o incremento no Índice de masa corporal (IMC).

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a oferta alimentaria na restauración colectiva	Instauración dun selo ou distintivo de calidade nutricional para comedores colectivos	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo de recoñecemento realizado Número de selos concedidos
	Asesoría nutricional para comedores escolares	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe menús avaliados Porcentaxe centros avaliados
	Formación para responsables da planificación de menús en restauración colectiva	<ul style="list-style-type: none"> Número cursos de formación de formadores realizados Número de cursos realizados/formador
Colocación estratéxica dos produtos saudables nos establecementos de alimentación	Elaboración dun protocolo de boas prácticas. Promover acordos de adhesión das cadeas de alimentación para facilidade de acceso a alimentos saudables	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo elaborado Número acordos asinados
Mellorar a información aos consumidores [continúa]	Elaboración e difusión dun catálogo de menús saudables de baixo custo	<ul style="list-style-type: none"> Catálogo elaborado Difusión en webs Número de visitas x web
	Elaboración e implantación dun programa de comunicación social en alimentación (deseño de guías, elaboración de contidos, destinatarios, canles, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Programa elaborado e difundido Número de visitas a web 2.0
	Establecer grupos de traballo coas distintas sociedades científicas. Establecer acordos para unificar, difundir e integrar mensaxes nas diferentes campañas	<ul style="list-style-type: none"> Número de grupos de traballo Número de acordos
	Elaboración e difusión dun protocolo de boas prácticas informativas nos medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo elaborado e difundido
	Deseño e difusión da información sobre a lectura da etiquetaxe nos centros/puntos de compra	<ul style="list-style-type: none"> Número de deseños realizados
	Campaña de información <i>in situ</i> en puntos de compra para mellorar a comprensión da etiquetaxe	<ul style="list-style-type: none"> Número de accións informativas realizadas

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades priorizadas

Tabaquismo | **Nutrición** | Actividade física

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a información aos consumidores [continuación]	Realizar a campaña “Aprende a ler as etiquetas” (nenos, poboación xeral, patoloxías específicas)	<ul style="list-style-type: none"> Número de campañas realizadas Número de participantes (nenos, pacientes, adultos...)
	Inclusión de recomendacións de alimentación saudable na cartilla de saúde infantil	<ul style="list-style-type: none"> Recomendacións incluídas
	Realizar a difusión dunha proposta de contidos de capacitación en alimentación saudable para os traballadores/as sociais	<ul style="list-style-type: none"> Difusión realizada
	Realizar a difusión dunha proposta de contidos de capacitación en alimentación saudable para a comunidade educativa (profesorado e alumnado)	<ul style="list-style-type: none"> Difusión profesorado realizada Difusión a alumnado por nivel educativo realizada
Mellorar os hábitos culinarios	Realizar cursos de cociña e asesoría dietética para a poboación xeral, nenos, anciáns...	<ul style="list-style-type: none"> Número de accións formativas e número de asistentes segundo os grupos de idade
	Realizar cursos de cociña e asesoría dietética para colectivos patoloxías específicas (diabete, HTA...)	<ul style="list-style-type: none"> Número de accións formativas segundo a patoloxía Número asistentes
Aumentar o control da publicidade	Intensificar o control do cumprimento da lexislación vixente en materia de publicidade e márketing de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Número de inspeccións de oficio Número de reclamacións
	Promover acordos de limitación da publicidade “indirecta” de alimentos non saudables	<ul style="list-style-type: none"> Número de acordos asinados
Mellorar a alimentación e o estado nutricional da poboación desde atención primaria	Estudo de viabilidade para a e implantación dun programa en atención primaria para mellorar a alimentación e o estado nutricional nas persoas anciáns	<ul style="list-style-type: none"> Estudo realizado Programa elaborado e implantado
	Elaboración e implantación dun programa de prevención da obesidade e enfermidades relacionadas coa alimentación en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Programa elaborado e implantado Porcentaxe de unidades de AP co programa implantado
	Programa de formación continuada sobre valoración da dieta e consello nutricional para persoal sanitario de atención primaria (persoal médico, enfermaría, matronas...)	<ul style="list-style-type: none"> Número de edicións de formación <i>online</i> Número participantes Número de sesións <i>coffee-learning</i> Número de participantes Número de informes realizados

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades priorizadas

Tabaquismo | Nutrición | **Actividade física**

7.3. Actividade física

Un dos hábitos saudables máis recoñecidos nos últimos anos é o exercicio físico, e os seus beneficios para a saúde, contrastados cientificamente, son aceptados de forma maioritaria pola opinión pública. Distintos estudos epidemiolóxicos demostran a relación entre o nivel de actividade física e o descenso do risco de morbimortalidade por enfermidades coronarias, diabete mellitus, cancro de colon ou hipertensión arterial.

Galicia está posicionada por debaixo da media española, aínda que a porcentaxe de poboación sedentaria en tempo libre foi diminuindo paulatinamente tamén na nosa comunidade.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Aumentar a información e sensibilización sobre a actividade física	Ofertar información e formación, á cidadanía en xeral e a grupos específicos en particular, sobre a relación da actividade física coa morbilidade, mortalidade e calidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> Número de accións informativas e formativas Número de asistentes Número de visitas á Web 2.0 Número campañas informativas realizadas Número publicacións
	Ofrecer acceso á avaliación do sedentarismo, da condición física e composición corporal	<ul style="list-style-type: none"> Número de avaliacións realizadas na plataforma 2.0 ou noutras actividades e proxectos
	Establecer grupos de traballo coas distintas sociedades científicas. Establecer acordos para unificar, difundir e integrar mensaxes nas diferentes campañas	<ul style="list-style-type: none"> Número de grupos de traballo Número de acordos
Potenciación da actividade física polos servizos sanitarios [continúa]	Elaboración e implantación dun protocolo de diagnóstico e abordaxe dos niveis de práctica de actividade física en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Estudo realizado Protocolo impalntado
	Inclusión do protocolo anterior no IANUS	<ul style="list-style-type: none"> Protocolo incluído en IANUS
	Ofertar ou coordinar con outras institucións actividades para grupos específicos, con ou sen patoloxías	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades ofertadas Número de asistentes ás actividades
	Asesoría para a planificación, desenvolvemento e avaliación doutras iniciativas públicas en materia de actividade física	<ul style="list-style-type: none"> Creación e posta en marcha da comisión asesora Número de asesorías realizadas Número de iniciativas avaliadas

7. Accións de mellora sobre os principais determinantes asociados ás enfermidades priorizadas

Tabaquismo | Nutrición | **Actividade física**

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Potenciación da actividade física polos servizos sanitarios [continuación]	Deseño e desenvolvemento de programas adaptados á discapacidade e patoloxías crónicas	<ul style="list-style-type: none"> Programa deseñado Porcentaxe de unidades de atención primaria que ofertan programas Número de participantes
Formación	Programa de formación continuada orientada á capacitación do persoal sanitario de AP (persoal médico, enfermaría, matronas...)	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades formativas teórico-prácticas realizadas Número de profesionais formados por categoría profesional Número edicións de formación online Número de profesionais formados por categoría profesional Número sesións <i>coffee-learning</i> Número participantes en sesións <i>coffee-learning</i>
	Deenvolvemento de formación continuada orientada á capacitación dos profesionais da comunidade educativa, traballadores/as sociais e axentes de saúde implicados na promoción da actividade física nos diferentes ámbitos	<ul style="list-style-type: none"> Número de persoal formador capacitado
Aumentar a accesibilidade	Establecer acordos para conseguir a participación sinéxica doutras administracións, institucións, asociacións e partes interesadas co fin de favorecer o acceso da poboación ás instalacións deportivas dispoñibles no contorno e favorecer un urbanismo que facilite a práctica de actividade física regular	<ul style="list-style-type: none"> Número acordos establecidos Número iniciativas postas en marcha
Diminuír a inactividade física na idade escolar	Promover acordos coa Consellería de Educación e Ordenación Universitaria e outras institucións e partes interesadas para pór en marcha unha estratexia global que garanta a realización da cantidade de actividade física recomendada polas sociedades científicas	<ul style="list-style-type: none"> Número de acordos propostos
Diminuír a inactividade física na xornada laboral	Elaboración e implantación dun protocolo de diagnóstico e abordaxe de niveis de práctica de actividade física nos recoñecementos médicos de empresa	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración do protocolo Número de servizos médicos ou mutuas adheridas Número de historias clínicas protocolizadas
	Deseño e posta en marcha de iniciativas para o desprazamento activo ao centro de traballo	<ul style="list-style-type: none"> Número de propostas deseñadas e postas en marcha

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

8.1. Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA)

Os modelos sanitarios tipo Sistema Nacional de Saúde, no que se integra o Sistema Público de Saúde de Galicia, con aseguramento practicamente universal, ampla carteira de servizos e prestacións, e gratuidade no momento de acceso a estas, son modelos máis equitativos que outros, pero presentan un maior volume de lista de espera para as prestacións sanitarias non urxentes.

O tempo de espera na atención aos pacientes, tanto para consulta como para intervención cirúrxica ou probas diagnósticas, foi identificado como a primeira cuestión que pode influír na accesibilidade ao sistema. A cidadanía ten unha percepción similar, como se reflicte no barómetro sanitario 2008, que deu lugar a esta priorización.

O adecuado dimensionamento das listas de espera e a súa correcta xestión deben constituir un obxectivo das organizacións sanitarias; o mesmo que a mellora dos modelos de atención, máis rápidos e eficaces, como a cirurxía maior ambulatoria, que poden servir de complemento ás medidas correctoras sobre as demoras para o acceso ao sistema.

Accións de mellora sobre o tempo de espera para cirurxía

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Xestionar a lista de espera segundo criterios homoxéneos	Protocolización das indicacións cirúrxicas de pacientes graves en prioridade 1	Porcentaxe de adecuación das indicacións aos protocolos establecidos para P1
	Protocolización das indicacións cirúrxicas de pacientes en prioridade 2	Porcentaxe de adecuación das indicacións aos protocolos establecidos P2
Asegurar a atención nun tempo axustado á gravidade clínica	Establecemento de procedementos de xestión preferente para pacientes prioridade "1"	Tempo Medio de Espera (TME) da prioridade 1 < 30 días
	Establecemento de procedementos de xestión preferente para pacientes prioridade "2"	Tempo Medio de Espera (TME) da prioridade 2 < 60 días
	Incorporación de sistemas de puntuación que valoren criterios funcionais, dor e sociais	Porcentaxe de centros con protocolo implantado
Asegurar a correcta inclusión no rexistro desde IANUS	Incorporación a IANUS dun xestor integral do rexistro de espera que garanta a óptima calidade da información, a clasificación do paciente, asignación de recursos, seguimento e programación	Xestor de lista de espera desde IANUS implantado

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓN CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Optimizar a xestión do preoperatorio	Consenso dun protocolo homoxéneo de preoperatorio segundo criterios de risco ASA e, en particular, para embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Aplicación do protocolo no 100% dos pacientes ▮ Optimización de probas analíticas e radiolóxicas vinculadas ao preoperatorio
	Incorporación da consulta do preoperatorio a IANUS	▮ Mellora na porcentaxe de suspensións por falta do preoperatorio
	Establecemento dunha planificación baseada na previsión da intervención	▮ Mellora na porcentaxe de caducidade dos preoperatorios
Mellorar a preparación do paciente	Establecemento dun procedemento de preparación cirúrxica, en coordinación co médico de familia e enfermería	▮ Mellora na porcentaxe de suspensións por mala preparación paciente
Mellorar a información e seguimento do paciente durante a espera	Elaboración dun protocolo de seguimento do paciente en espera	▮ Protocolo implantado
	Información da espera prevista na web	▮ Opción dispoñible no portal corporativo
	Información ao paciente sobre o procedemento de espera e dereito de garantías	▮ Opción dispoñible no portal corporativo
Garantir a autonomía na decisión do paciente	Normalización do procedemento do consentimento informado	▮ Porcentaxe de procedementos normalizados
	Facilitar a incorporación en IANUS do consentimento informado	▮ Porcentaxe de suspensións cirúrxicas por falta de consentimento informado
Garantir un tempo máximo de espera	Publicar a Lei de garantías	▮ Publicación da Lei de garantías
Mellorar a planificación de quirófanos dispoñibles para pacientes programados en xornada ordinaria	Deseñar un proceso de resolución de cirurxía urxente (tratamento da cirurxía diferida)	▮ Estadía preoperatoria en casos urxentes
	Optimizar os tempos de intervención cirúrxica	▮ Rendemento e utilización cirúrxica
	Deseñar unha ferramenta de planificación e programación cirúrxica para xefes de servizo	▮ Ferramenta implantada
Potenciar a realización dunha cirurxía menor eficiente	Incremento da cirurxía menor en centros de saúde	▮ Número de procedementos de cirurxía menor realizados en Centros de Saúde
Mellorar a utilización de quirófanos en xornada de tarde	Establecer os criterios homoxéneos de desenvolvemento da autoconcertación	▮ Criterios de autoconcertación definidos

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a efectividade e eficiencia da autoconcertación	Introducir criterios de planificación e avaliación	Mellora dos indicadores en xornada ordinaria
	Establecemento de condicións e tarifas homoxéneas	Condicións establecidas
Mellorar a utilización de recursos complementarios ao sistema	Establecemento de planificación da concertación con terceiros a seis meses	Existencia de criterios de planificación da concertación con terceiros
Planificar de forma integrada a xestión de lista de espera	Deseñar unha ferramenta de planificación e programación cirúrxica integrada	Ferramenta implantada

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

Accións de mellora sobre o tempo de espera para consulta externa

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Xestionar a programación de consultas segundo criterios homoxéneos e asegurar o diagnóstico nun tempo axustado á gravidade clínica	Establecemento dun protocolo para o diagnóstico rápido de patoloxías graves así como de novas vías rápidas para estas e os cancros máis prevalentes	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de adecuación de protocolos Porcentaxe de áreas con catro vías rápidas implantadas TME consultas preferentes < 15 días
	Establecemento dun protocolo para o diagnóstico e seguimento de pacientes crónicos	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de adecuación de protocolos
Reforzar o papel de médico de familia/pediatra e enfermaría como axentes principais do paciente e porta de entrada ao sistema mellorando a súa capacidade clínica	Extensión da telemedicina aplicada a problemas de atención preferente e a protocolos de seguimento	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de centros de Atención Primaria con telemedicina; ámbitos de aplicación
	Realización do diagnóstico en atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Catálogo de probas hospitalarias accesibles
	Dotación de medios diagnósticos utilizados/realizados polo médico de familia e pediatra	<ul style="list-style-type: none"> Número de ecografías realizadas nos centros de saúde Número de espirometrías realizadas nos centros de saúde
Reforzar o papel de médico de familia/pediatra e enfermaría como axentes principais do paciente e porta de entrada ao sistema mellorando as súas ferramentas para a xestión integrada	Posta en marcha do xestor de peticións de interconsultas e probas en IANUS	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de centros e profesionais de AP con xestor de peticións en IANUS instalado
	Comunicación a través de TIC dos profesionais	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaxe de centros con intercambio electrónico de información
	Orientación de IANUS cara á xestión de procesos	<ul style="list-style-type: none"> Orientación por procesos implementada en IANUS
Reorganizar o proceso asistencial para centrar a atención no paciente potenciando a coordinación intersectorial e a integralidade para crear un marco de atención compartida entre niveis	Elaboración de plans específicos de atención continuada para pacientes pluripatolóxicos, fráxiles ou de enfermidades avanzadas	<ul style="list-style-type: none"> Número de plans implantados
	Deseño dunha ferramenta de planificación e avaliación para xefes de servizo que permita tomar decisións sobre a mellora do proceso asistencial	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores de avaliación de pacientes crónicos incorporados ao cadro de mando

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar a eficiencia e capacidade do sistema	Programación e reconfiguración de axendas segundo dispoñibilidade de recursos e as necesidades asistenciais	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de espera en AP menor que un día TME primeira consulta de enfermidade en hospital Número de reprogramacións
	Realización de probas diagnósticas na propia consulta en ambos os niveis	Número de consultas de alta resolución con probas
	Establecemento dos criterios de autoconcertación nos que preveza o de consultas de alta resolución	Criterio de consulta de alta resolución para autoconcertación

8. Acci3ns de mellora sobre a 3rea relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de ces3reas | Sistema de informaci3n de profesionais sanitarios | Extensi3n do aseguramento p3blico a todos os residentes en Galicia | Informaci3n aos usuarios e poboaci3n sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestaci3ns e servizos sanitarios

Acci3ns de mellora sobre o tempo de espera para a realizaci3n de probas diagn3sticas

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCI3NS CONCRETAS	INDICADORES E EST3NDARES DE MEDICI3N DA ACCI3N CONCRETA
Asegurar o diagn3stico nun tempo axustado 3 gravidade clnica	Priorizaci3n da realizaci3n de probas que son pedidas nunha primeira consulta	TME primeira proba procedente de primeira consulta
	Definici3n do cat3logo de probas e permitir a s3a accesibilidade desde AP	Porcentaxe de profesionais de atenci3n primaria con acceso a probas
Mellorar a adecuaci3n, efectividade e seguridade	Incorporaci3n a IANUS de algoritmos de xustificaci3n de probas	Algoritmos deseñados
	Mellora da visualizaci3n e establecemento de filtros no IANUS para evitar repetici3ns de probas innecesarias	Filtros deseñados
Mellorar o acceso a probas e a dispoñibilidade dos informes	Posta en marcha do xestor de petici3ns de interconsultas e probas en IANUS	Porcentaxe de centros e profesionais de AP con xestor de petici3ns en IANUS
	Orientaci3n de IANUS cara 3 xesti3n de procesos	Orientaci3n por procesos implementada en IANUS
	Extensi3n do informe en IANUS a todas as probas realizadas	Realizaci3n de informe de probas en IANUS
Mellorar a eficiencia e capacidade do sistema	Fomento da alta resoluci3n en xornada de mañ3 e particularmente de tarde	Porcentaxe de consultas de alta resoluci3n de mañ3 e de tarde
	Deseño dunha ferramenta de planificaci3n e avaliaci3n para xefes de servizo que permita tomar decisi3ns sobre a mellora da xesti3n de salas	Aumento do rendemento de salas de probas
	Deseñar unha ferramenta de planificaci3n e programaci3n ambulatoria integrada para equipo directivo	Ferramenta implantada
Mellorar a informaci3n e seguimento do paciente durante a espera	Elaboraci3n dun protocolo de seguimento do paciente en espera	Mellora da satisfacci3n do paciente
	Informaci3n da espera prevista na web	Opci3n dispoñible no portal corporativo
	Informaci3n ao paciente sobre o procedemento de espera e dereito de garant3as	Opci3n dispoñible no portal corporativo

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

Accións de mellora para aumentar a taxa de cirurxía maior ambulatoria

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Incrementar a oferta de procedementos ambulatorios	Aumento da carteira de servizos de cirurxía maior ambulatoria por centro	Índice de substitución da CMA
	Ampliación da oferta horaria	Número de sesións de tarde para CMA
	Recodificación desde a lista de espera. Incorporación ao cadro de mando directivo e de xefes de servizo deste indicador	Indicador incorporado ao cadro de mandos
Diminuír a variabilidade na oferta de CMA	Establecemento de criterios clínicos comúns respecto á selección de pacientes e patoloxías susceptibles	Número procedementos ofertados por especialidade e área
Mellorar a confianza dos cirurxiáns nos coidados postoperatorios extrahospitalarios	Reforzo con atención domiciliar dos coidados postoperatorios dos pacientes intervídos	Número de visitas domiciliares por coidados postoperatorios
	Comunicación con enfermaría de primaria para visita precoz de altas cirúrxicas	Porcentaxe de CMA nas que se realiza visita precoz por atención primaria
	Monitorización do proceso e a posible aparición de complicacións poscirúrxicas inmediatas e a medio prazo	Incorporación ao cadro de mando directivo e de xefes de servizo deste indicador
Mellorar a coordinación entre o equipo cirúrxico e o equipo de atención a domicilio tras a CMA	Enfermaría xestora de procesos para pacientes con necesidades de coidados especiais tras recibir a alta hospitalaria: pacientes crónicos, ancián fráxil e pacientes que sufriron unha intervención cirúrxica en CMA ou cirurxía de curta estancia e aqueles con hospitalizacións reiteradas	Existencia de enfermaría xestora de procesos
	Inclusión do informe de alta de CMA en IANUS	Porcentaxe de pacientes intervídos CMA con informe de alta en IANUS
Mellorar a satisfacción do paciente	Protocolo de acollida	Grao de satisfacción avaliado por enquisa
	Protocolo de continuidade de coidados e seguimento	Grao de satisfacción avaliado por enquisa
Aumentar o número de profesionais cualificados para realizar CMA	Cursos de formación/capacitación para implantar procedementos de CMA	Número de cursos e profesionais que acoden

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | **Estadía media** | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

8.2. Estadía media hospitalaria

As estadías medias constitúen unha preocupación habitual para os xestores sanitarios. As accións de mellora recollidas neste plan deben contribuír a unha maior satisfacción da cidadanía neste aspecto.

Aínda que a estadía media diminuíu de forma gradual nas últimas décadas como consecuencia de melloras organizativas e da maior eficacia diagnóstica e terapéutica da práctica asistencial, segue a ser un obxectivo prioritario dos sistemas sanitarios para incrementar as frecuentacións de hospitalizacións con ingreso e mellorar a calidade. Este indicador de hospitalización chegou aos 9,75 días de media nos centros públicos galegos en 2007 e 9,05 días en 2008, por enriba da media estatal.

A importancia deste indicador reflíctese no seguinte exemplo, tomado dos estándares utilizados en planificación de servizos sanitarios: para unha área de 400.000 habitantes, unha redución de só 0,5 días sobre nove días de estadía media anual permitiría ingresar ao redor de 2.500 novos enfermos ao ano.

No entanto, o envellecemento poboacional e a súa comorbilidade asociada, o aumento na complexidade na atención sanitaria e, paradoxalmente, o incremento da cirurxía maior ambulatoria dificultan a súa redución.

Malia as dificultades, segue a ser un obxectivo prioritario, xa que a redución de estadía media contribúe non soamente a unha maior dispoñibilidade de recursos, senón á redución de complicacións e efectos adversos, a mellorar a práctica clínica resolutiva, a unha adecuada continuidade dos cuidados con outros niveis asistenciais e, polo tanto, á maior satisfacción e pronta integración da persoa enferma no medio familiar social e laboral.

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | **Estadía media** | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Diminuír as estadias evitables a través da mellora do proceso de alta de pacientes ingresados	Establecemento de criterios de preparación de altas	Número de estadias evitables por especialidade e hospital (utilizar como medida a media axustada por complexidade IEMEA)
	Organización do traballo do persoal médico en xornada de mañá con vistas a aumentar os ingresos e altas efectuados durante a mañá	Estadía media preoperatoria en pacientes urxentes (en particular urxencia diferida de traumatoloxía) e programados
	Planificación dos ingresos segundo a demanda asistencial	Porcentaxe de ambulatorización da cirurxía e dos tratamentos médicos
	Focalización do control en pacientes potencialmente sociosanitarios	Porcentaxe de pacientes potencialmente sociosanitarios ingresados
	Incorporación ao cadro de mando directivo e de xefes de servizo do indicador anterior	Indicador incorporado
Incrementar a eficiencia do recurso cama en unidade de hospitalización de agudos	Incremento da cobertura da hospitalización a domicilio	Número de pacientes en hospitalización a domicilio por área sanitaria
	Potenciación da atención en hospitais de día para tratamento médico	Novas prazas (cadeiras de brazos) de hospital de día para tratamento médico Número de pacientes atendidos en hospital de día por área sanitaria
Diminuír os riscos vinculados á hospitalización	Implantación de programas de garantía de seguridade no paciente hospitalizado	Número de infeccións nosocomiais; taxa de úlceras por presión

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | **Taxa de cesáreas** | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

8.3. Taxa de cesáreas

A cesárea é unha das intervencións cirúrxicas máis frecuentes nos países economicamente desenvolvidos. Aínda así, existe unha enorme variabilidade de taxas de cesáreas entre países, áreas xeográficas e hospitais, o que levou a efectuar recomendacións para a súa minoración por parte de organizacións sanitarias nestes últimos anos (OMS e departamento de Saúde Pública de EEUU: 15%; Colexio Americano de Xinecólogos e Obstetras: 15,5%, ata un 37% en mulleres con cesárea previa; Congreso da FIGO en 2003: ≤ 20%...). En España, cunha media dun 22,2% en 2005, estas recomendacións cúmprense con dificultade ou supéranse, salvo excepcións.

A sobreutilización da cesárea constitúe un problema polas súas repercusións na morbilidad asociada e polos seus custos sociais e económicos. Polo tanto, debe ser un obxectivo dun sistema sanitario acoutar, no posible, a variabilidade desta indicación cirúrxica.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Establecer estándares de boas prácticas clínicas	Elaboración, distribución e implantación de protocolo de atención adecuada ás mulleres durante o embarazo, parto e posparto	Porcentaxe de centros con protocolo actualizado
	Elaboración e implantación de protocolo de atención adecuada ás mulleres inmigrantes e ás súas parellas respectando os seus costumes culturais e eliminando barreiras idiomáticas	Porcentaxe de centros con protocolo actualizado
	Protocolización de estudo de benestar fetal para que comece despois das 40 semanas de xestación en embarazos de baixo risco	Porcentaxe de embarazadas de baixo risco que inician monitorización non estresante (MNS) antes das 40 semanas de xestación, por centro
	Protocolización da indución de parto para que se realice despois da semana 41	Porcentaxe de inducións de parto a mulleres entre 41-42 semanas de xestación Porcentaxe partos vaxinais en partos inducidos antes e despois das 41 semanas
	Protocolización da adecuación de indicación de cesáreas programadas ou electivas e urxentes a estándares clínicos do Proxecto Multicéntrico de Adecuación de Cesáreas (PMAC)	Porcentaxe de centros con protocolo actualizado. Porcentaxe de RN nacidos por cesárea que realizan CPP en quirófano Porcentaxe de RN nacidos por cesárea que realizan CPP en REA (estándar: 100%)

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | **Taxa de cesáreas** | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Mellorar os coñecementos e habilidades dos profesionais sanitarios	Formación continuada para aumentar coñecementos sobre atención ao embarazo, parto, cesáreas, lactación materna e puerperio	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de cursos/obradoiros ou estadías formativas ofertados pola Administración pública ▮ Número de persoas que asisten por actividade formativa ▮ Número de profesionais clasificados por categorías que asisten por actividade formativa
	Formación práctica de profesionais en versión externa, parto vaxinal de nãdegas, criterios de indución, de fracaso de indución, e de parto estacionado e de SRPBF, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de cursos, obradoiros ou estadías formativas ofertados pola Administración pública ▮ Número de persoas que asisten por actividade formativa ▮ Número de obstetras que asisten por actividade formativa
	Formación mediante estadías formativas en boas prácticas na atención ao parto/nacemento	▮ Número de profesionais que realizaron estadías en centro con boas prácticas na atención ao parto ou nacemento
	Formación dos residentes de obstetricia e matronas na EAPN, ESSR, GPC parto e PMAC durante a súa formación como especialistas	▮ Porcentaxe de novos profesionais que fixeron a formación
Mellorar a información á embarazada	Información verbal e escrita ás xestantes na consulta e nos grupos de educación sanitaria	▮ Número de xestantes que acoden a educación materna prenatal
	Oferta a todas as embarazadas na consulta de matrona da posibilidade de asistir a cursos de educación maternal prenatal	▮ Porcentaxe de libros de saúde da embarazada que rexistran oferta de educación maternal
	Elaboración e distribución de material divulgativo dirixido ás mulleres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Número de publicacións ▮ Número de exemplares distribuídos á poboación ▮ Número de publicacións do tema na web
Mellorar a información e os sistemas de información sobre parto	Elaboración de modelo unificado de partograma informatizado que inclúa liña de acción e a súa distribución aos centros	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Elaboración de partograma unificado ▮ Porcentaxe de hospitais que utilizan modelo unificado de partograma
	Avaliación do cumprimento dos criterios de adecuación a estándares clínicos de cesáreas urxentes por grupos	<ul style="list-style-type: none"> ▮ Porcentaxe de adecuación por grupos de indicación de cesárea urxente ▮ Porcentaxe de estudos de pH fetal intraparto/partos con SPBF ▮ Porcentaxe mulleres con epidural que poden deambular ▮ Porcentaxe de mulleres ás que se lles administrou analxesia durante o posparto hospitalario
	Informatización dos rexistros de: Hª obstétrica, partograma, puerperio, rexistro de partos	▮ Existencia de modelo unificado de HC obstétrica (embarazo, parto, puerperio) informatizada e rexistro informático

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | **Sistema de información de profesionais sanitarios** | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

8.4. Sistema de información de profesionais sanitarios

A complexidade do funcionamento do sistema sanitario é cada vez maior. Un expoñente desta realidade é a crecente especialización dos profesionais sanitarios, facultativos e, máis recentemente, de enfermaría. Desde o punto de vista da planificación de recursos humanos isto implica efectuar máis de 50 procesos de planificación ao ano.

Este feito, unido ao longo período de formación dos profesionais sanitarios (ata 11 anos nalgunhas especialidades sumando os anos do grao), obriga a dispor dun sistema de información de especialistas en activo, no ámbito público e privado, que permita poder identificar as necesidades de especialistas a medio e longo prazo, para poder trasladalas ás ofertas de formación especializada anual con suficiente antelación.

Paralelamente, pódense mellorar aspectos cualitativos do aseguramento sanitario, en particular do fomento da capacidade de elección informada dos pacientes, habilitando un acceso aos datos de carácter público e respectando a confidencialidade dos datos persoais.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Identificar e avaliar as necesidades de profesionais sanitarios	Publicación do decreto de Rexistros de profesionais	I Decreto publicado en DOG
	Desenvolvemento dos informes de explotación e análise no Sistema de Información de Profesionais Sanitarios de Galicia (SIPSGA) para planificación de necesidades de recursos humanos	I Modelo de informes elaborado
	Elaboración de informes anuais de planificación necesidades de profesionais	I Informes publicados
Intercambio de información co SNS. Consulta dos datos públicos de cada profesional por parte da cidadanía para mellorar a súa capacidade de elección informada	Desenvolvemento dun aplicativo informático	I Sistema de Información de Profesionais Sanitarios de Galicia (SIPSGA) creado

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | **Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia** | Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

8.5. Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia

A extensión do aseguramento sanitario público aos residentes en Galicia é un dereito previsto na Lei de saúde de Galicia, aínda que sen desenvolvemento normativo, polo que está contemplado como unha prioridade neste plan.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Extensión do aseguramento sanitario público a todos os residentes en Galicia que non se poden incluír noutros réximes de aseguramento	Estudo de viabilidade económica da universalización da asistencia sanitaria na nosa comunidade	I Estudo económico realizado
	A partir do estudo anterior, regualción da universalización	I Desenvolvemento regulamentario (norma aprobada)

8. Accións de mellora sobre a área relacionada cos dereitos sanitarios dos usuarios e coa calidade de procesos asistenciais

Tempos de espera e taxas de cirurxía maior ambulatoria (CMA) | Estadía media | Taxa de cesáreas | Sistema de información de profesionais sanitarios | Extensión do aseguramento público a todos os residentes en Galicia | [Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios](#)

8.6. Información aos usuarios e poboación sobre dereitos e deberes sanitarios e sobre prestacións e servizos sanitarios

A información que reciben os usuarios e usuarias e, en xeral, a cidadanía sobre dereitos e deberes é outra preocupación que se reflicte no barómetro sanitario 2008.

Recibir información axeitada é un dereito que cada vez máis as organizacións sanitarias contemplan como un eixo estratéxico que incide nun número crecente de actuacións. Pero neste capítulo quérese ir máis aló, estendendo un sistema único de rexistro e xestión das queixas e reclamacións cun triplo obxectivo: coñecer as opinións das persoas usuarias sobre o funcionamento dos servizos sanitarios; moi especialmente poder adoptar medidas de resolución dos problemas identificados, e dispor dunha canle de comunicación áxil coa cidadanía.

Accións de mellora

OBXECTIVOS	OPORTUNIDADES DE MELLORA/ ACCIÓNS CONCRETAS	INDICADORES E ESTÁNDARES DE MEDICIÓN DA ACCIÓN CONCRETA
Procurar un sistema de rexistro de queixas e reclamacións unificado que permita o coñecemento da situación e toma de decisións	Implantación dun sistema de queixas e reclamacións en todos os centros do SERGAS	▮ Porcentaxe de centros implantados
	Implantación dun sistema de queixas e reclamacións na Consellería de Sanidade	▮ Porcentaxe de direccións no que está implantado
Mellorar a información ás persoas usuarias sobre os seus dereitos e obrigas	Elaboración de cartas de servizos	▮ Número de cartas de servizo
	Folletos de acollida a pacientes e familiares nos hospitais	▮ Porcentaxe de hospitais con folletos de acollida
	Programa de difusión de dereitos e deberes para a cidadanía	▮ Número de actividades realizadas

