

**OBJETIVOS**  
**LÍNEAS DE ACTUACIÓN**  
**INDICADORES**

# ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Informar a la población de cómo prevenir los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, colesterol, sedentarismo, hipertensión, diabetes y obesidad). Transmitir qué hábitos son beneficiosos y cómo controlar los factores de riesgo.

- Realizar una dieta equilibrada, basada en la dieta mediterránea.
- Mantener el peso ideal.
- Hacer ejercicio moderado de forma regular (y sin poner freno a la imaginación: se puede bailar, hacer senderismo, montar en bicicleta...).
- No fumar.
- Conocer y controlar junto a nuestro médico los niveles de tensión arterial, colesterol y glucemia (ya se sabe: conocer es prevenir).
- Bienestar psicológico.

### Líneas de actuación

Se enfocará la prevención desde la información y formación poblacional y las unidades de atención primaria.

Así mismo se fomentarán las actividades asistenciales en el personal sanitario no facultativo (enfermeros, dietistas, educadores...) que permitan cambiar hábitos de vida inadecuados.

**OBJETIVO 2.** Informar a la población sobre los síntomas de alarma.

### Líneas de actuación

- Potenciar la actuación asistencial en pacientes de medio y alto riesgo. Sería necesario que atención primaria controlara factores de riesgo vascular inmediatos (control de la hipertensión arterial, de la dieta, del nivel de colesterol...) para detectar pacientes con

estenosis carotídea significativa o dilataciones aneurismáticas en la aorta, con el fin de remitirlos lo antes posible al hospital.

- Los servicios de atención primaria de salud y el 061 deben identificar a las personas con enfermedad cardiovascular y ofrecerles consejo integral y tratamiento adecuado para reducir sus riesgos.
- Los servicios de AP de salud y el 061 deben identificar a las personas con riesgo significativo de enfermedad cardiovascular, en los que ésta todavía no se manifestó, para ofrecerles consejos y tratamientos adecuados tendentes a reducir riesgos.

### **OBJETIVO 3.** Realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de la hipertensión

#### **Líneas de actuación**

Siendo la hipertensión arterial el principal determinante de las enfermedades cardiovasculares, sólo la mitad de los hipertensos conocen su enfermedad, de ellos sólo la mitad está tratado y de los tratados sólo la mitad está correctamente controlado. Se enfocará este objetivo desde las unidades de atención primaria.

- Desarrollar programas de detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial en centros de atención primaria.
- Potenciar la actuación asistencial en pacientes de medio y alto riesgo.
  - Desarrollo de programas específicos en el embarazo y menopausia.
  - Protocolizar el tratamiento de la hipertensión en el anciano, poniendo especial atención a las interacciones entre fármacos y efectos secundarios.

### **OBJETIVO 4.** Realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de la diabetes desde las unidades de atención primaria, ofreciendo a los pacientes un consejo integral y tratamiento adecuado para reducir los posibles riesgos.

#### *Indicadores:*

- Antes de finalizar el 2003 se asignará un convenio entre la Consellería de Sanidad y la de Educación para la implantación de un "Programa de información para alumnos de ESO sobre el hábito tabáquico".
- Verificación de la creación y cumplimiento de los programas de control de la tensión arterial y diabetes.
- Antes de finalizar el año 2005, el 85% de las personas con riesgo de enfermedad cardíaca habrán de ser informadas y ayudadas conforme al "Protocolo gallego de control de la enfermedad cardíaca en atención primaria de salud", quedando constancia de ello en la historia clínica.

**OBJETIVO 5.** Mejorar el tratamiento del paciente con síndrome coronario agudo, que incluya su detección precoz, traslado, tratamiento y rehabilitación. Promover un modelo de organización que favorezca la efectividad de los tratamientos al paciente agudo.

Las personas que están sufriendo un posible síndrome coronario agudo, deben ser identificadas y recibir atención inmediata. En el abordaje del paciente con un síndrome coronario agudo es fundamental incluir en el traslado del paciente al hospital, diagnóstico y tratamiento. Ha de promoverse una coordinación efectiva entre primaria-especializada que permita al médico de atención primaria disponer de un especialista de referencia, promoviendo un mayor conocimiento y colaboración entre ambos niveles. Se fomentará una integración funcional del área de urgencias, hospitalización y rehabilitación que favorezca una atención integral y multidisciplinar del paciente agudo.

- La Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia firmará un convenio con la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria para implantar un Plan de formación en primeros auxilios y soporte vital básico para alumnos de ESO y para alumnos de la escuela de Magisterio.
- Las personas que están sufriendo un posible síndrome coronario agudo, deben recibir atención médica inmediata por un recurso medicalizado (ambulancia/helicóptero) que les permita establecer el diagnóstico, y practicar maniobras de soporte vital avanzado, si fuera preciso. Estos pacientes serán valorados y recibirán el tratamiento indicado, se trasladarán a un hospital, alertando al servicio de cardiología para que reciba al paciente en la sala de hemodinámica o en la unidad de cuidados coronarios.
- Se garantizará que todas las personas que estén sufriendo un posible síndrome coronario agudo reciban asistencia médica in situ por un recurso medicalizado (ambulancia/helicóptero) con personal adiestrado, con disponibilidad de un electrocardiógrafo de 12 derivaciones y un desfibrilador y, tras ser valoradas por el especialista del 061, éste indicará si el paciente es susceptible de angioplastia o tratamiento trombolítico, aplicando este último si está indicado, y trasladando al paciente en un recurso medicalizado (ambulancia/helicóptero) a un hospital, activando el protocolo correspondiente y alertando al servicio de cardiología para recibir al paciente en la sala de hemodinámica o en la unidad de cuidados coronarios, en función de la indicación realizada por el facultativo.
- Las personas con sospecha de angina deben recibir atención médica inmediata por un recurso medicalizado con personal adiestrado y provisto de electrocardiógrafo de 12 derivaciones, que les permita establecer un diagnóstico, y de desfibrilador, para proceder a practicar maniobras de soporte vital avanzado, si fuera preciso, y recibir el tratamiento adecuado para aliviar su dolor y reducir el riesgo de eventos coronarios. En caso de valorar que se trata de una angina inestable deberán ser trasladados en recurso medicalizado del 061 a un centro hospitalario para proceder a su valoración por el servicio de cardiología.
- El 95% de los habitantes de Galicia podrán ser tratados con trombolíticos, en caso de ser necesario, en menos de 30 minutos desde el momento del primer contacto con el sistema sanitario (reconocimiento de síntomas) Para conseguir este objetivo se podrán movilizar los recursos medicalizados del 061, que aplicarán el tratamiento trombolítico in situ, trasladando posteriormente al paciente medicalizado y monitorizado al hospital.

- Todos los médicos de atención primaria garantizarán la disponibilidad de una ambulancia medicalizada (helicóptero medicalizado) para asistir a los pacientes que demanden asistencia con síntomas sospechosos de infarto de miocardio.
- Cada hospital de agudos del Sergas y el 061 dispondrá de un "Protocolo de actuación frente a la sospecha de infarto agudo de miocardio, frente al infarto confirmado y frente a otros síndromes coronarios agudos".
- Cada hospital público que presta asistencia de agudos dispondrá de un "Protocolo de evaluación y tratamiento de la angina y de la sospecha de angina", consensuado con la Fundación Pública Urgencias Sanitarias 061 (FPUS 061).
- Cada hospital público que presta asistencia de agudos dispondrá de un "Protocolo de tratamiento de la sospecha y confirmación de la insuficiencia cardíaca", consensuado con la Fundación Pública 061.
- Todos los pacientes con patología cardíaca que implique riesgo de muerte súbita deberán estar registrados en el Programa Alerta Corazón, promovido por la Consellería de Sanidad y la FPUS 061, con el fin de optimizar el tratamiento a este tipo de pacientes.

La rehabilitación cardíaca es una modalidad multifactorial, terapéutica y preventiva, que reduce en un 20% la mortalidad tras haber sufrido un episodio coronario. Este tratamiento, que también disminuye significativamente el riesgo de nuevos infartos y otras complicaciones mejora la calidad de vida del paciente. La OMS define la rehabilitación cardíaca como el "conjunto de medidas necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptimas, que les permitan ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad". Este sistema terapéutico es beneficioso para todos los enfermos cardíacos: patología coronaria (angina de pecho e infarto de miocardio, angioplastia coronaria y cirugía coronaria), valvulopatías de origen reumático, lesiones congénitas intervenidas, insuficiencia cardíaca y trasplante.

El ejercicio físico es el eje vertebrador de la rehabilitación cardíaca. Pero ha de ser un ejercicio "controlado por el personal sanitario y para el que previamente el paciente haya sido entrenado según sus características personales".

- Se elevará el porcentaje de pacientes que reciben rehabilitación cardíaca, al menos al 30%.

**OBJETIVO 6.** Mejorar el tratamiento de los pacientes con ictus. Promover un modelo de organización que favorezca la efectividad de los tratamientos al paciente agudo

Las personas que están sufriendo un posible accidente cerebrovascular, deben recibir atención médica inmediata: es crucial acudir al hospital lo más rápidamente posible; es decir, en las seis primeras horas y, mejor aún, en las tres primeras.

Este proceso neurológico es responsable de que el 71% de los afectados deje de trabajar, el 30% precise cuidados de por vida y el 20% requiera ayuda para caminar.

El establecimiento de una estrategia específica, la dotación de medios y el personal entrenado, reducen el 25% las muertes, así como la gravedad y el número de secuelas.

**Líneas de actuación**

- Diseñar y validar una encuesta que permita aumentar la capacidad de identificación telefónica del ictus.
- Establecer una serie de códigos que funcionen desde el 061 y permitan establecer una conexión con los servicios de urgencias hospitalarios, con el fin de que el especialista esté disponible en la atención de la urgencia.
- Incluir en el traslado del paciente al hospital, diagnóstico y tratamiento.
- Fomentar una integración funcional del área de urgencias, hospitalización y rehabilitación que favorezca una atención integral y multidisciplinar del paciente agudo.
- Cada hospital público que presta asistencia de agudos dispondrá de un "Protocolo de actuación en la enfermedad cerebro-vascular", consensado con la Fundación Pública 061.
- Promover una coordinación efectiva entre primaria-especializada que permita al médico de atención primaria disponer de un especialista de referencia, promoviendo un mayor conocimiento y colaboración entre ambos niveles.
- Establecer un protocolo de rehabilitación de pacientes con ictus que contemple la rehabilitación pasiva en la UCI, y garantice a continuación el inicio de la rehabilitación activa en régimen de hospitalización.

*Indicadores:*

- Existencia de una encuesta validada para la identificación telefónica del ictus
- Número de unidades asistenciales multidisciplinarias creadas
- Porcentaje de pacientes reinfartados
- Tasa de mortalidad y letalidad por infarto agudo de miocardio
- Tasa de mortalidad y letalidad por ictus

**OBJETIVO 7.** Mejorar el tratamiento de los pacientes con arritmias

El *flutter* o aleteo auricular afecta a cinco de cada 1.000 adultos. Tanto la fibrilación auricular como el *flutter*, que son la primera y la segunda arritmias más frecuentes, pueden aumentar el riesgo de embolia.

- Favorecer la accesibilidad a métodos sencillos y seguros, como la ablación por radiofrecuencia, que consigue una curación próxima al 90%.
- Facilitar la terapia de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular.

*Indicadores:*

- Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular, tratados mediante radiofrecuencia.
- Porcentaje de embolias en pacientes con fibrilación auricular.

**OBJETIVO 8.** Optimización de recursos humanos y tecnológicos

**Líneas de actuación**

Recursos humanos

- Incrementar el liderazgo de cardiólogos y neurólogos, fundamentalmente en urgencias.

Recursos tecnológicos

- Potenciar la ecocardiografía rápida, base del diagnóstico cardiológico y filtro para el eco especializado.
- Garantizar la accesibilidad y equidad a los laboratorios de hemodinámica.

*Indicadores:*

- Utilización de servicios de hemodinámica por áreas.

**OBJETIVO 9.** Estimular el desarrollo de la investigación cardiovascular en Galicia, mediante la creación de becas para la realización de estudios sobre:

- Análisis de situación de la hipertensión y diabetes en Galicia, características de la población.
- Efectividad de los modelos organizativos.
- Sistemas de información que permitan evaluar la eficacia de las prestaciones a cualquier nivel asistencial y establecer estándares.

# CÁNCER, DOLOR Y CALIDAD DE VIDA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

### OBJETIVOS GENERALES

1. Disminuir la morbimortalidad por cáncer.
2. Promover la elaboración de protocolos consensuados sobre el diagnóstico y tratamiento de las principales patologías oncológicas.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

### OBJETIVOS DE ESTE PLAN DE SALUD 2002-2005

- Objetivo 1: Deberá mantenerse la tendencia decreciente de la mortalidad por cáncer de esófago, en la población gallega.
- Objetivo 2: Deberá romperse la tendencia ascendente en la mortalidad por cáncer de colon, recto, mama, próstata y, especialmente, pulmón en Galicia.
- Objetivo 3: Deberá mantenerse la tendencia decreciente de la mortalidad infantil causada por tumores, iniciada en los últimos años.
- Objetivo 4: Se reducirá la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 50 a 64 años de nuestra comunidad en un porcentaje del 25% a los siete años de la implantación completa del programa de detección precoz del de cáncer de mama, como se recoge en el objetivo general del programa.
- Objetivo 5: Deberá aumentar la supervivencia de los afectados por neoplasias, como consecuencia de la mejora de los métodos diagnósticos, que permiten la detección temprana de la enfermedad y de la constante evolución de las intervenciones terapéuticas. La supervivencia habrá de equipararse a los mejores resultados de los países de nuestro entorno, para ello deberán desarrollarse los sistemas de información que nos permitan conocer estos datos.
- Objetivo 6: Deberá mejorar la calidad de vida de los enfermos oncológicos como consecuencia de la mejora tanto en los tratamientos activos como en los cuidados paliativos.

## Acciones a desarrollar

**OBJETIVO 1.** Deberá mantenerse la tendencia decreciente de la mortalidad por cáncer de esófago, en la población gallega.

**OBJETIVO 2.** Deberá romperse la tendencia ascendente en la mortalidad por cáncer de colon, recto, mama, próstata y, especialmente, pulmón en Galicia.

■ **PREVENCIÓN**

Las actuaciones contra el cáncer deben centrarse preferentemente en la prevención, mediante el diseño de estrategias encaminadas a modificar los estilos de vida (tabaco, consumo excesivo de alcohol, obesidad, exposiciones inadecuadas al sol o a factores de riesgo medioambientales potenciando, en suma, hábitos de vida sanos.

## A. TABACO

**1. Estrategia legislativa:** consiste fundamentalmente en la promulgación, aplicación y desarrollo de la normativa sobre el tabaco. Control y seguimiento del cumplimiento de la norma y asesoría y apoyo al cumplimiento de la misma.

■ Decreto 113/1993, de 12 de mayo, por el que se declara el tabaco como droga y por el que se establecen medidas de protección de la salud de la población en la promoción, venta y consumo de tabaco.

■ Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre drogas, en la que se establece la prohibición de vender tabaco a los menores de 18 años y se limitan los espacios de consumo y venta.

■ Decreto 75/2001, de 22 de marzo, sobre control sanitario de publicidad, promoción, suministración, venta y consumo de productos del tabaco, definiendo con exactitud aquellos espacios en los que se prohíben tanto la venta como el consumo.

**2. Estrategia informativa:** destinada principalmente a dar a conocer a la población general los derechos y deberes de los ciudadanos con relación al consumo de tabaco, así como los métodos existentes para abandonarlo.

Potenciar proyectos específicos encaminados a lograr lugares públicos libres de tabaco:

■ "Hospitales libres de tabaco".

■ "Lugares de trabajo libres de tabaco".

■ "Tabaquismo pasivo".

**3. Estrategia educativa:** Promover en colaboración con la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria y el Plan de Galicia sobre Drogas, la elaboración de materiales didácticos con el objetivo de evitar el consumo de tabaco o retrasar la edad de inicio del mismo, como el proyecto "Clases sin humo".

**4. Estrategia participativa:** que, fundamentada en la Red de Centros Promotores de Vida sin Tabaco (RCP), promueve la participación activa de la población, a través de sus propias organizaciones.

### 5. Estrategias en colectivos y grupos específicos

- El consejo para dejar de fumar continúa siendo la mejor medida, con resultados demostrados, en términos de coste-efectividad.
- Ámbito sanitario: profesionales sanitarios.
- Ámbito escolar: profesores y educadores.
- Mujeres embarazadas.
- Fumadores.
- "Programa para dejar de fumar por correo" (PDFC).
- "Campaña Déjalo y Gana", está dirigido a adultos que fuman diariamente.
- Evaluación: Resultados de las campañas desarrolladas.

## B. ALCOHOL

1. **Estrategia legislativa:** consiste fundamentalmente en la promulgación y aplicación de normativa sobre tabaco. Control y seguimiento del cumplimiento de la norma, asesoría y apoyo al cumplimiento de la misma.
  - Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre drogas en la que se establece la prohibición de vender y/o suministrar alcohol a los menores de 16 años y limitar la venta y/o suministro de bebidas de más de 18° a los mayores de 18 años. Se limitan así mismo los espacios de consumo y venta de alcohol.
2. **Estrategia informativa:** destinada principalmente a dar a conocer a la población general los riesgos derivados del consumo de alcohol.
  - "Campañas informativas sobre el alcohol".
  - "Talleres de bebidas alternativas y saludables".
3. **Estrategia educativa:** en colaboración con la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria y el Plan de Galicia sobre Drogas, se han elaborado materiales didácticos dirigidos a profesores y escolares de 5 a 18 años, con el objetivo de evitar el consumo de alcohol o retrasar la edad de inicio del mismo.
  - "Concurso días sin alcohol".
  - "Formación educativa sobre el alcohol para profesores y alumnos".
4. **Estrategia participativa:** dirigida a fomentar actuaciones en colaboración con otros organismos.
  - "Comisión de alcoholismo en el marco de un plan comunitario", esta iniciativa va dirigida al colectivo de los trabajadores del mar, con un alto índice de consumo de alcohol.
  - Asociaciones de ayuda al drogodependiente.

#### 5. Estrategias en colectivos y grupos específicos

- Conductores: "Prevención del consumo del alcohol a través de las autoescuelas: alcohol y conducción".

#### 6. Estrategia organizativa

- Potenciar desde las unidades de tratamiento de alcoholismo atención y tratamiento médico a aquellas personas con dependencia del alcohol.
- Potenciar el papel del médico de atención primaria, fundamental tanto en el apoyo psicológico al paciente que deja de beber, como en el adecuado conocimiento de las alternativas terapéuticas que pueden ofrecérseles.

Evaluación: Resultados de las campañas desarrolladas.

#### C. D. E. DIETA, OBESIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

Se promocionará el aumento del consumo de alimentos frescos y ricos en fibra, el control del peso y el ejercicio físico.

#### F. EXPOSICIÓN SOLAR INADECUADA

Diseño de estrategias informativas encaminadas a evitar exposiciones solares inadecuadas.

- Actuación: estrategias informativas encaminadas a concienciar a la población de los riesgos de la exposición solar inadecuada.

Evaluación: número de actuaciones.

- Actuación: elaboración de protocolos de actuación en cáncer de piel (melanomas y tumores de piel no melanomas).

Evaluación: protocolos consensuados.

#### G. EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO EN EL MEDIO LABORAL

Potenciar el cumplimiento de la normativa y recomendaciones existentes en el ámbito laboral, a fin de eliminar riesgos.

##### ■ DIAGNÓSTICO PRECOZ

El diagnóstico precoz es otra de las principales líneas de actuación en oncología, especialmente en menores de 65 años. En este sentido son recomendables las siguientes intervenciones:

- Mamografía cada dos años en mujeres de 50 a 69 años.
- Las mujeres de 35 a 65 años deben realizarse dos citologías iniciales (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas. Siempre que estas resulten normales, una citología cada cinco años.
- Rectosigmoidoscopia anual o colonoscopia bianual en personas con polipomatosis adenomatosa familiar o síndrome de Lynch.

**OBJETIVO 3.** Deberá mantenerse la tendencia decreciente de la mortalidad infantil causada por tumores, iniciada en los últimos años.

- Se potenciará la creación de los comités clínicos de tumores en oncología pediátrica, que coordinen la actividad asistencial, evalúe los protocolos clínicos y valore los casos nuevos y sus alternativas terapéuticas. Estos comités han de ser multidisciplinares y habrán de organizarse por patologías.

Evaluación: Comités clínicos de tumores creados en las unidades de oncología pediátrica.

- Se promoverá la elaboración de protocolos consensuados por equipos multidisciplinares de expertos.

Evaluación: Número de protocolos consensuados elaborados.

- Optimización de las unidades de oncología pediátrica: adecuación del volumen de pacientes.

Evaluación: Niños tratados por unidad de oncología pediátrica y año.

**OBJETIVO 4.** Se reducirá la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de 50 a 64 años de nuestra comunidad en un porcentaje del 25% a los siete años de la implantación completa del programa de detección precoz del de cáncer de mama, como se recoge en el objetivo general del programa.

- Mantener las cifras de cobertura Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PGDPCM) en el 100%.

- Ampliar la población objetivo del programa a todas las mujeres residentes en Galicia hasta los 69 años.

– Potenciar la participación de las mujeres citadas para alcanzar un 70% de respuesta.

– Asegurar el acceso a un adecuado diagnóstico clínico y tratamiento, si procede, de todas las mujeres con informe de mamografía positiva.

Evaluación: – De la cobertura del PGDPCM.

– Número de mujeres citadas frente al número de mujeres atendidas x 100.

**OBJETIVO 5.** Deberá aumentar la supervivencia de los afectados por neoplasias como consecuencia de la mejora de los métodos diagnósticos, que permiten la detección temprana de la enfermedad y de la constante evolución de las intervenciones terapéuticas. La supervivencia habrá de equipararse a los mejores resultados de los países de nuestro entorno, para ello deberán desarrollarse los sistemas de información que nos permitan conocer estos datos.

- Se potenciará la creación de los comités clínicos de tumores que coordinen la actividad asistencial, evalúen los protocolos clínicos y valoren los casos nuevos y sus alternativas terapéuticas. Estos comités han de ser multidisciplinares y habrán de organizarse por patologías.

Evaluación: Comités clínicos de tumores creados y funcionantes.

- Incrementar el porcentaje de cánceres diagnosticados en sus primeros estadios, potenciando su diagnóstico precoz en el ámbito de la atención primaria.

Evaluación: Porcentaje de enfermos diagnosticados en atención primaria.

- Se promoverá la elaboración de protocolos consensuados por equipos multidisciplinares.

Evaluación: Protocolos consensuados elaborados.

- Se potenciarán sistemas de información que nos permitan conocer la supervivencia de los enfermos con cáncer.

Evaluación: Sistemas de información sobre supervivencia existentes.

**OBJETIVO 6.** Deberá mejorar la calidad de vida de los enfermos oncológicos como consecuencia de la mejora tanto en los tratamientos activos como en los cuidados paliativos.

- Se formará al personal de atención primaria, para que sean capaces de seguir y atender a los enfermos oncológicos en su entorno, evitando ingresos innecesarios.

Evaluación: Número de cursos de formación dirigidos al personal de atención primaria.

- Se potenciará las unidades de hospitalización a domicilio (HADO) y los cuidados paliativos.

Evaluación: Número de unidades de HADO y equipos de cuidados paliativos.

- Se potenciará el apoyo psicosocial a los enfermos de cáncer y sus familiares.

Evaluación: Grupos de apoyo existentes en nuestra comunidad y número de unidades de oncología que cuentan con los servicios de un psicólogo.

# LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES Y VIOLENCIA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

En un intento de integrar la información obtenida a partir de la ponencia y la opinión de los profesionales participantes en el *focus group*, cabe plantear una serie de objetivos concretos para el Plan Galego de Saúde 2002-2005. En primer lugar, se recogen cuatro objetivos de carácter general, comunes a los distintos problemas incluidos en este apartado y, a continuación, distintos objetivos específicos para cada problema concreto.

### OBJETIVOS GENERALES

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad global por causas externas
- Objetivo 2. Mejorar la labor de prevención
- Objetivo 3. Potenciar los mecanismos de control del cumplimiento de la normativa vigente
- Objetivo 4. Mejorar el registro y estudio de las causas de siniestralidad

### ACCIDENTES DE TRÁFICO

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad global por accidentes de tráfico
- Objetivo 2. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en hombres de 15 a 44 años
- Objetivo 3. Disminuir la tasa de mortalidad por atropellos de peatones
- Objetivo 4. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes de ciclistas
- Objetivo 5. Disminuir el número de accidentes protagonizados por niños
- Objetivo 6. Mejorar el registro de accidentes de tráfico
- Objetivo 7. Incrementar los controles de consumo de alcohol y tratar de incorporar a éstos el consumo de drogas.

## **ACCIDENTES LABORALES**

- Objetivo 1. Disminuir la morbimortalidad asociada a los accidentes laborales
- Objetivo 2. Disminuir el índice de gravedad por accidentes de trabajo en la jornada laboral
- Objetivo 3. Disminuir el índice de incidencia de accidentes de trabajo en jornada laboral
- Objetivo 4. Mejorar el registro de la accidentabilidad laboral

## **SUICIDIOS**

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en la población gallega

## **VIOLENCIA**

- Objetivo 1. Disminuir la incidencia de malos tratos a mujeres
- Objetivo 2. Disminuir la incidencia de malos tratos a menores

## **ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO**

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes en menores de 15 años
- Objetivo 2. Disminuir la incidencia de caídas en mayores de 64 años

A continuación se especifican posibles líneas de actuación e indicadores para cada uno de los objetivos mencionados.

## OBJETIVOS GENERALES

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad global por causas externas
- Objetivo 2. Mejorar la labor de prevención
- Objetivo 3. Potenciar los mecanismos de control del cumplimiento de la normativa vigente
- Objetivo 4. Mejorar el registro y estudio de las causas de siniestralidad

### Líneas de actuación

- Acción 1. Aumentar la información de la población, planificar acciones integradas y concertadas (programas y campañas sectoriales).
- Acción 2. Difundir la normativa existente (en materia vial, laboral, etc.).
- Acción 3. Estimular el cumplimiento de la normativa, incrementando los elementos de control y sancionadores.
- Acción 4. Integrar la prevención en la educación, ya desde la enseñanza primaria.
- Acción 5. Elaboración y difusión de protocolos de registro de accidentes donde se incluyan las posibles causas o factores desencadenantes.

#### *Indicadores:*

- Tasa de mortalidad global por causas externas.

## ACCIDENTES DE TRÁFICO

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad global por accidentes de tráfico.
- Objetivo 2. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en hombres de 15 a 44 años.
- Objetivo 3. Disminuir la tasa de mortalidad por atropellos de peatones.
- Objetivo 4. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes de ciclistas.
- Objetivo 5. Disminuir el número de accidentes protagonizados por niños.
- Objetivo 6. Mejorar el registro de accidentes de tráfico.
- Objetivo 7. Incrementar los controles de consumo de alcohol y tratar de incorporar a los mismos el control del consumo de drogas.

### Líneas de actuación

- Acción 1. Desarrollo del Plan de Seguridad Vial en Galicia
- Acción 2. Mejora de las infraestructuras viarias e eliminación de los "puntos negros"
- Acción 3. Mejora de los elementos de seguridad de los vehículos
- Acción 4. Mejorar las condiciones de iluminación de las vías públicas
- Acción 5. Proveer de aceras o arcenes adecuados a las vías públicas

- Acción 6. Fomentar el uso de material reflectante y de protección (casco) entre los ciclistas y peatones.
- Acción 7. Vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente.
- Acción 8. Información y educación de la población, sobre todo dirigidas a personas de 15 a 44 años.
- Acción 9. Desarrollo curricular en educación primaria y secundaria de programas de seguridad vial.
- Acción 10. Planificar acciones integradas y concertadas (programas y campañas sectoriales).
- Acción 11. La Consellería de Sanidad, a través del Sergas, mantendrá una adecuada atención a las urgencias y emergencias, con los correspondientes recursos de atención primaria y especializada.
- Acción 12. Potenciación de los parques municipales infantiles de tráfico con el fin de incidir en la modificación de conductas que conlleven una conducción más segura.

*Indicadores:*

- Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico
- Tasa mortalidad por accidentes de tráfico en hombres 15-44 años
- Tasa de mortalidad por atropellos de peatones
- Tasa de mortalidad por atropellos de ciclistas

## **ACCIDENTES LABORALES**

- Objetivo 1. Disminuir la morbilidad asociada a los accidentes laborales
- Objetivo 2. Disminuir el índice de gravedad por accidentes de trabajo en la jornada laboral
- Objetivo 3. Disminuir el índice de incidencia de accidentes de trabajo en jornada laboral
- Objetivo 4. Mejorar el registro de la accidentabilidad laboral

### **Líneas de actuación**

- Acción 1. Potenciar la cultura preventiva laboral a través de campañas y de vigilar el cumplimiento de la normativa sobre riesgos laborales en las empresas gallegas. Todas las empresas de más de 500 trabajadores (o de más de 250 que realicen actividades recogidas en el anexo I de la Ley), deberán contar con un plan de prevención de riesgos laborales.
- Acción 2. Potenciar la actividad de inspección de trabajo en Galicia y de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales mediante el desarrollo del Plan General de Actividades Preventivas de la Seguridad Social (Resolución de 26 de Abril de 2001 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social).
- Acción 3. Potenciar el Consello Gallego de Riesgos Laborales.
- Acción 4. Poner en marcha el CMBD en salud laboral con el fin de disponer de información para la gestión de riesgos y el establecimiento de prioridades de actuación.

- Acción 5. La Consellería de Sanidade inspeccionará todos los servicios de prevención de Galicia con el fin de acreditar el cumplimiento de los aspectos sanitarios.
- Acción 6. La Consellería de Sanidad en el ámbito de la vigilancia de la salud de los trabajadores elaborará protocolos de vigilancia de la salud y de detección de enfermedades profesionales.
- Acción 7. Todas las empresas potenciarán la formación de sus trabajadores en aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales.
- Acción 8. Elaboración de protocolos consensuados que faciliten un mejor registro de los accidentes, y su consiguiente difusión.

*Indicadores:*

- Índice de gravedad por accidentes de trabajo en la jornada laboral
- Índice de incidencia de accidentes de trabajo en la jornada laboral

## **SUICIDIOS**

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad por suicidio en la población gallega

### **Líneas de actuación**

- Acción 1. Formar y capacitar a los pediatras y médicos de atención primaria para identificar los primeros signos y síntomas de tensión física, emocional y social y enseñarles a evaluar el riesgo de suicidio de sus pacientes adolescentes.
- Acción 2. Llevar a cabo campañas de información dirigidas a los padres.
- Acción 3. Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental.
- Acción 4. Creación de grupos de apoyo en poblaciones de alto riesgo.

*Indicadores:*

- Tasa de mortalidad por suicidio

## **VIOLENCIA**

- Objetivo 1. Disminuir la incidencia de malos tratos a mujeres
- Objetivo 2. Disminuir la incidencia de malos tratos a menores

### **Líneas de actuación**

- Acción 1. Llevar a cabo campañas de sensibilización entre la población general
- Acción 2. Desarrollo de programas de educación para la salud sobre la violencia de género
- Acción 3. Publicitar la información acerca de los servicios sociales existentes
- Acción 4. Fomentar el acceso dichos servicios sociales entre sus usuarios potenciales
- Acción 5. Mejorar la capacidad de detección precoz de "violencias ocultas" en sectores concretos (niños, mujeres, ancianos, deficientes mentales, etc.).

#### *Indicadores:*

- Nº de casos detectados de violencia de género
- Nº de casos detectados de malos tratos a menores
- Tasa de mortalidad por malos tratos

## **ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO**

- Objetivo 1. Disminuir la tasa de mortalidad por accidentes en menores de 15 años
- Objetivo 2. Disminuir la incidencia de caídas en mayores de 64 años

### **Líneas de actuación**

- Acción 1. Desarrollar programas de educación para la salud dirigidos a mujeres embarazadas y puérperas.
- Acción 2. Desarrollar programas de apoyo social a las personas mayores

### **INDICADORES**

- Tasa de mortalidad por accidentes en menores de 15 años
- Incidencia de caídas en mayores de 64 años

# TUBERCULOSIS RESPIRATORIA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

### 1. OBJETIVOS VINCULADOS A LA MEJORA DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

Para mejorar el diagnóstico microbiológico de la tuberculosis (TB) es necesario que en el Plan de Salud 2002-2005 se incluya como objetivo la potenciación del laboratorio de referencia de micobacterias de Galicia, para coordinar la red de micobacteriología de la comunidad y para mejorar los aspectos diagnósticos, de formación y de investigación relacionados con el estudio microbiológico de la tuberculosis. Para esto se proponen las siguientes líneas de actuación:

#### Líneas de actuación

- Acción 1. Implantación de un sistema de gestión y control de calidad interno y externo de todos los laboratorios de micobacterias de Galicia, para garantizar una calidad uniforme en todos ellos.

*Indicador:* Publicación de un manual de procedimientos en el estudio microbiológico de la tuberculosis.

- Acción 2. Realización de cultivo en todas las muestras para conseguir una confirmación diagnóstica en el 80% de las tuberculosis pulmonares en enfermos con 15 años o más.

*Indicador:* (Nº de cultivos positivos en casos pulmonares  $\geq 15$  años / casos de TB pulmonar  $\geq 15$  años)  $\times 100 \geq 80\%$ .

- Acción 3. Realización de cultivo en todas las muestras para conseguir una confirmación diagnóstica del 60% en las tuberculosis extrapulmonares.

*Indicador:* (Nº de cultivos positivos en casos extrapulmonares / casos de TB extrapulmonar)  $\times 100 \geq 60\%$ .

- Acción 4. Realizar test de resistencias –antibiograma– en el 100% de los casos confirmados por cultivo.

*Indicador:* (Nº de casos con antibiograma / nº de casos con cultivo positivo) x100 =100%.

- Acción 5. Ampliar el estudio genético a determinadas cepas.

– Realizar estudio genético en el 100% de las cepas multirresistentes.

*Indicador:* Porcentaje de casos multirresistentes con estudio genético realizado.

– Realizar estudio genético para el estudio de la transmisión nosocomial.

*Indicador:* Casos de TB en personal sanitario con estudio genético / casos de TB en personal sanitario.

– Realizar el estudio genético para diferenciar casos re infectados de casos reactivados, en las recidivas.

*Indicador:* (Nº de recidivas con estudio genético de las cepas de los dos episodios de la enfermedad / nº de recidivas con cepas de los dos episodios) x100 = 100%.

– Realizar el estudio genético para confirmar la transmisión sospechada epidemiológicamente en los estudios de colectivos escolares o laborales.

*Indicador:* (Nº de casos procedentes de un colectivo con estudio genético / Nº de enfermos procedentes de un colectivo) x100 = 100% (considerando sólo los casos con cultivo positivo).

## 2. OBJETIVOS VINCULADOS A LA LABOR ASISTENCIAL

El principal reto del programa es conseguir la coordinación entre los distintos niveles de atención existentes, mediante la delimitación de las competencias de cada uno de ellos y el establecimiento de criterios homogéneos de actuación y cauces de comunicación entre sí.

Los indicadores de resultado vinculados a la labor asistencial evidencian que son los objetivos asistenciales (nivel de diagnóstico precoz y de tratamiento correcto, tasas de seguimiento, curación, realización de estudios de contactos, etc.) los más difíciles de lograr.

Es necesario que los objetivos para la prevención y control de la tuberculosis en la comunidad autónoma sean incorporados, en la medida de lo posible, a los objetivos de calidad y gestión de las redes asistenciales, tanto de la atención especializada (AE) como de la atención primaria (AP). Los contratos-programa que la Dirección General de Salud Pública firma con los dos niveles asistenciales deberán permitir alcanzar los objetivos asistenciales.

### 2.1. OBJETIVOS DEL CONTRATO-PROGRAMA CON ATENCIÓN PRIMARIA

- Objetivo 1. Mantener un alto grado de sospecha de enfermedad tuberculosa, para disminuir la demora diagnóstica. Conseguir que menos de 1/3 de los casos de tuberculosis pulmonar inicial presenten una imagen radiológica cavitada en el momento del diagnóstico.

*Indicador:* (Casos pulmonares iniciales, con caverna en la Rx de tórax, diagnosticados en un área de AP / casos pulmonares iniciales diagnosticados en un área de AP) x100 <33%.

- Objetivo 2. Constatar la curación (curación bacteriológica y/o tratamiento completado) de al menos el 90% de los casos. Seguimiento, al menos mensual, de los enfermos a tratamiento seguidos en atención primaria.

*Indicador:* (Pacientes que se tratan en un área de AP con datos de seguimiento en el Registro / pacientes que se tratan en un área de AP) x100 >90%.

- Objetivo 3. Coordinación con la unidad de tuberculosis (UTB) para la instauración del tratamiento directamente observado (TDO), responsabilizándose los coordinadores de los centros del control de todos los pacientes que acudan al centro de salud para tomar la medicación.

*Indicador:* (Nº de TDO aceptados por área de salud / Nº de TDO propuestos por la UTB por área de salud) x100 >90%.

- Objetivo 4. Estudiar, al menos, el 70% de los contactos íntimos y convivientes de los casos bacilíferos.

*Indicador:* Contactos censados en la declaración ampliada (DA), de casos bacilíferos, estudiados / contactos censados en la DA de casos bacilíferos) x100 >70%.

- Objetivo 5. Asegurar la correcta cumplimentación de, al menos, el 60%, de los tratamientos de la infección latente (TIL).

*Indicador 1:* (TIL instauradas con situación final / TIL instauradas) x100 >95%.

*Indicador 2:* (TIL instauradas con cumplimentación correcta / TIL instauradas) x100 >60%.

- Objetivo 6. Ampliar la cobertura del sistema específico de vigilancia de la tuberculosis de Galicia (DOG núm. 248). Notificación de más del 70% de los casos de tuberculosis diagnosticados y controlados por los profesionales de atención primaria a las UTB a través de la declaración ampliada de tuberculosis.

*Indicador:* (Muestras BAAR y/o cultivo (+) remitidas a microbiología desde un área de AP / casos declarados a la UTB desde un área de AP) x100 >70%.

## 2.2. OBJETIVOS DEL CONTRATO-PROGRAMA CON LA DIVISIÓN DE ASISTENCIA DEL SERGAS (HOSPITALES)

- Objetivo 1. Lograr un seguimiento que garantice la curación de los enfermos.

*Indicador 1:* Constatación de la curación > 90% de los casos. Nº de casos que instauran tratamiento con pauta de seis meses en el año anterior con situación final de curación/ Nº de casos que instauran tratamiento con pauta de seis meses en el año anterior.

*Indicador 2:* Ídem para casos bacilíferos.

*Indicador 3:* Adhesión al tratamiento > 75%. Número de casos que inician tratamiento con pauta de 6 meses en el 1<sup>er</sup> trimestre y tienen 6 seguimientos / Número de casos que inician tratamiento con pauta 6 meses en el 1<sup>er</sup> trimestre.

*Indicador 4:* Instauración TDO en retratamientos en más de un 95% de casos. TDO instaurados en retratamientos / nº de retratamientos.

*Indicador 5:* Instauración de TDO en la fase inicial de tratamiento de todos los bacilíferos. (Número de bacilíferos con TDO hasta la negativización del esputo / número de bacilíferos) >80%.

■ **Objetivo 2. Asegurar los datos del Registro de Tuberculosis.**

*Indicador:* Notificación por Declaración Ampliada de más del 70% de los casos. (Nº casos notificados por centro a través de la declaración ampliada a la UTB (Unidad de tuberculosis) de referencia / Nº casos registrados en las UTB de referencia por centro) x100 >80%.

### 3. OBJETIVOS VINCULADOS A LA IDONEIDAD DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

El aislamiento respiratorio de los pacientes bacilíferos, y la correcta cumplimentación del tratamiento son los dos puntos fundamentales para la prevención y el control de la enfermedad, de ahí la necesidad de un Subprograma de Prestación Social, con la creación de una Unidad de Hospitalización de Enfermos Tuberculosos, residencia sanitaria de larga estancia o centro socio-sanitario, para los pacientes tuberculosos de toda la comunidad autónoma que precisan ingresos prolongados.

En este sentido, las modalidades y criterios de ingreso para los enfermos serían:

■ **A. Ingreso en todos los hospitales de agudos:** ingresos por causa clínica. Los objetivos concretos a conseguir serían:

1. A los seis meses de distribuir la guía de prevención y control de la tuberculosis en el medio hospitalario, el hospital deberá tener desarrollado un procedimiento específico siguiendo sus directrices.

*Indicador:* Nº de hospitales con protocolos intracentro elaborados / Nº de hospitales a los que se mandó la guía 6 meses antes > 85%.

2. Antes de finalizar el año 2005 todos los hospitales de Galicia deben contar con, al menos, dos habitaciones de aislamiento respiratorio.

*Indicador:* (Nº de hospitales con al menos dos habitaciones de aislamiento respiratorio / Nº de hospitales de Galicia) x100 = 100%.

■ **B. Ingresos de media y larga estancia.** El objetivo a lograr sería la creación de una unidad de hospitalización de larga estancia para enfermos tuberculosos, en el que tendrían cabida:

1. Ingresos por causa social (aprox. 10 al año): mientras no se disponga de otros recursos donde se pueda dar continuidad al tratamiento, acogería a pacientes bacilíferos o no,

con carencias sociales graves o patologías añadidas (usuarios de drogas, indigencia, alcoholismo, personas mayores sin autonomía personal y sin soporte familiar, inmigrantes, prostitución, pacientes con patología psiquiátrica).

2. Ingresos por resolución de la autoridad sanitaria (aprox. 4 al año): pacientes que no cumplan las medidas de aislamiento respiratorio y pacientes que no cumplan el tratamiento.
3. Ingresos de pacientes con tuberculosis multirresistente (aprox. 2-3 al año): sin resolución sanitaria para instaurar o modificar pautas de tratamiento o para el manejo de nuevas pautas (control de efectos secundarios, medicación IV, ...).

#### **4. OBJETIVOS VINCULADOS A LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN GRUPOS DE RIESGO**

##### **4.1. USUARIOS DE DROGAS**

El objetivo es el de ampliar a las UAD de toda Galicia el Subprograma de Prevención y Control de la Tuberculosis en usuarios de drogas, con los siguientes puntos:

1. Estudiar la presencia de infección o enfermedad tuberculosa en toda persona adicta a drogas que acuda a las unidades de atención a los drogodependientes, mediante la realización de la prueba de la tuberculina.

*Indicadores:*

- nº de tuberculinas realizadas / nº de personas que acudieron a la UAD
- nº de lecturas realizadas / nº de tuberculinas inyectadas
- nº de positivos / nº de lecturas realizadas

2. Constatar la cumplimentación de la pauta terapéutica establecida, mediante tratamiento directamente supervisado por la UAD en todos los casos.

*Indicadores:*

- nº TIL supervisadas / nº TIL instauradas = 100%
- (nº TIL completadas correctamente / nº TIL instauradas) >70%
- nº de TDO en enfermos detectados por el subprograma / nº enfermos detectados por el subprograma = 100%
- (nº tratamientos completados / nº tratamientos instaurados) >95%

##### **4.2. PACIENTES INCUMPLIDORES DEL TRATAMIENTO**

El objetivo es asegurar la curación de los enfermos contagiosos que, de forma voluntaria, no aceptan el tratamiento y/o las medidas de aislamiento necesarias para evitar la transmisión de la enfermedad.

*Indicador:* Elaboración de un protocolo interinstitucional que recoja las actuaciones a llevar a cabo en la aplicación de la ley de medidas especiales en materia de salud pública para la hospitalización y tratamientos obligatorios de los enfermos.

## 5. OBJETIVOS VINCULADOS A LA MEJORA DEL REGISTRO GALLEGO DE TUBERCULOSIS

1. Incorporación del Registro Gallego de Tuberculosis a la aplicación general de la Consellería de Sanidad, para evitar duplicados entre las siete UTB y disminuir el tiempo de demora a la hora de disponer de los datos.
2. Instaurar los controles de calidad automatizados de los datos.
3. Añadir nuevas variables y recodificar variables existentes para arreglar problemas detectados a la hora de analizar los datos.

### *Indicadores:*

- Diseño de la nueva aplicación para el registro
- Elaboración del manual para el manejo de esta nueva aplicación
- Incorporación a los próximos informes sobre la situación de la tuberculosis el análisis de las nuevas variables.

# ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

- OBJETIVO 1.** Disminuir la morbimortalidad por enfermedades digestivas.
- Objetivo 1.1. Disminuir la mortalidad por cirrosis hepática.
  - Objetivo 1.2. Control de la incidencia y prevalencia de la hepatitis.
  - Objetivo 1.3. Disminuir la morbilidad de hemorragia digestiva asociada a la utilización de analgésicos y antiinflamatorios.
- OBJETIVO 2.** Prevención del alcoholismo y de los daños ocasionados a la salud.
- Objetivo 2.1. Promover la realización de acciones formativas y de sensibilización sobre el exceso de consumo de alcohol.
  - Objetivo 2.2. Promover la detección temprana del consumo excesivo de alcohol y del tratamiento y seguimiento de los bebedores abusivos.
- OBJETIVO 3.** Promover la elaboración de protocolos consensuados que reduzcan al mínimo la variabilidad de la práctica clínica en las principales patologías digestivas.

**OBJETIVO 1.** Disminuir la morbimortalidad por enfermedades digestivas

**OBJETIVO 1.1.** Disminuir la mortalidad por cirrosis hepática

**Líneas de actuación**

- Antes de que finalice el presente plan de salud, se elaborará un protocolo de manejo clínico integral de la cirrosis hepática, que favorezca la disminución de su mortalidad en un 15%.

*Indicadores:* Elaboración de dicho protocolo.

- Mantenimiento de las directrices actuales en política de trasplantes hepáticos y de los índices de donación y trasplante en nuestra comunidad.

**OBJETIVO 1.2.** Control de la incidencia y prevalencia de la hepatitis

**Líneas de actuación**

- Mantener el Programa de Vacunación de hepatitis B, alcanzando el 100% de neonatos cubiertos frente al virus.

*Indicadores:* Neonatos inmunizados frente a la hepatitis B respecto al número total de neonatos x 100.

- Mantener coberturas vacunales superiores al 95% para las dosis sucesivas de la hepatitis B.

*Indicadores:* Cobertura vacunal alcanzada.

- Promover el cumplimiento al 100% del registro del screening del HbsAg en gestantes e inmunización de neonatos.

*Indicadores:* Porcentaje de cumplimentación de dicho registro.

- Adopción de medidas tendentes a mejorar el cribaje de las embarazadas frente al HbsAg, de manera que se proteja adecuadamente a los recién nacidos de madres portadoras y se reduzca la utilización de inmunoglobulina sólo a casos necesarios.

*Indicadores:* Número de embarazadas con determinación de HbsAg respecto al número total de embarazadas x 100.

- Elaboración de las medidas preventivas adecuadas que minimicen la incidencia de la Hepatitis C.

*Indicadores:* Elaboración de dicha guía.

- Elaboración de un protocolo de diagnóstico, tratamiento y control del enfermo con Hepatitis C, con su difusión en atención especializada e implantación de mecanismos de control de su seguimiento.

*Indicadores:*

Elaboración de dicho protocolo.

Número de pacientes diagnosticados con hepatitis C que siguen el protocolo respecto del número total de enfermos diagnosticados x 100.

**OBJETIVO 1.3.** Disminuir la morbilidad de hemorragia digestiva asociada a la utilización de antiinflamatorios y analgésicos.

- Elaboración de un plan de promoción de la prescripción racional de fármacos ulcerogénicos por parte de los facultativos y de su dispensación por parte de los farmacéuticos  
*Indicadores:* Elaboración de dicho plan.

**OBJETIVO 2.** Prevención del alcoholismo y de los daños ocasionados a la salud

**OBJETIVO 2.1.** Promover la realización de acciones formativas y de sensibilización sobre el exceso de consumo de alcohol.

- Se mantendrán los objetivos generales sobre prevención del consumo de alcohol recogidos en el Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2000.
- El 80% de la población mayor de 16 años deberá recibir información suficiente sobre los riesgos del consumo de alcohol.  
*Indicadores:* Número de jóvenes que han recibido información respecto al número total de jóvenes x 100.
- El 75% del personal docente de educación primaria y secundaria recibirá formación suficiente sobre los problemas derivados del consumo de alcohol.  
*Indicadores:* Número de profesores que han recibido información respecto al número total de profesores x 100.
- El 95% de los escolares gallegos, al finalizar sus estudios de enseñanza obligatoria, deberá recibir información suficiente sobre los riesgos de beber alcohol.  
*Indicadores:* Número de escolares que han recibido información respecto al número total de escolares x 100.
- Se capacitará al personal sanitario de atención primaria para dar consejo sobre el consumo y abandono del alcohol.
- Se desarrollarán acciones que favorezcan el consumo alternativo de bebidas no alcohólicas.
- La población afectada deberá tener conocimiento sobre los centros y alternativas asistenciales.
- Se desarrollarán acciones de apoyo a las asociaciones de autoayuda en el campo del alcoholismo.
- Se promoverán medidas normativas, así como acciones de vigilancia de la normativa vigente en relación al alcohol.

**OBJETIVO 2.2.** Promover la detección temprana del consumo excesivo de alcohol y del tratamiento y seguimiento de los bebedores abusivos.

- En las historias clínicas de personas mayores de 14 años que acuden a un equipo de atención primaria, quedará registrado y cuantificado el consumo de alcohol, al menos en un 50% de las mismas el primer año y en un 75% el segundo.

*Indicador:* Número de historias clínicas de mayores de 14 años que tienen registrado y cuantificado el consumo de alcohol respecto al número total de historias clínicas revisadas.

- Se elaborarán y difundirán entre los equipos de atención primaria las recomendaciones para la detección, tratamiento y control de los bebedores abusivos.

*Indicador:* Elaboración de dichas recomendaciones y difusión de las mismas entre los equipos de atención primaria.

- A todos los pacientes diagnosticados de bebedores abusivos (>75 ml de alcohol puro al día), se les ofrecerá tratamiento específico o se les remitirá a un servicio especializado.

*Indicador:* Número de pacientes diagnosticados de bebedores abusivos a los que se le ha ofertado tratamiento específico o se ha remitido a un servicio especializado respecto del número de pacientes diagnosticados de bebedores abusivos.

- Al finalizar el plan, el porcentaje de bebedores abusivos, con respecto al total de bebedores, será inferior al 5%.

*Indicador:* Número de pacientes diagnosticados de bebedores abusivos respecto del número total de pacientes bebedores.

**OBJETIVO 3.** Promover la elaboración de protocolos consensuados que reduzcan al mínimo la variabilidad de la práctica clínica en las principales patologías digestivas.

- Antes de que finalice el presente plan de salud, se elaborarán de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales, guías de práctica clínica sobre el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes con dispepsia, enfermedad por reflujo gastroesofágico y úlcera gastroduodenal.

*Indicador:* Elaboración de dichas guías.

- Elaboración de guías de práctica clínica consensuadas sobre el manejo clínico, tanto médico como quirúrgico, de la colecistitis y la coledocistitis.

*Indicador:* Elaboración de dichas guías.

- Elaboración de una guía de práctica clínica consensuada sobre el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, con especial referencia a la idoneidad de la utilización de material protésico en su reparación.

*Indicador:* Elaboración de dichas guías.

- Promover la elaboración de protocolos sobre el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda que favorezcan la disminución del número de apendicetomías innecesarias a porcentajes inferiores al 10%.

*Indicador:* Número de apendicetomías innecesarias respecto del número total de apendicetomías x 100.

# CONSUMO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

### 1. OBJETIVOS

#### 1.1. EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

- a) En el año 2005, el consumo diario de tabaco se habrá reducido un 5%, especialmente en las edades más jóvenes y mujeres.
- b) En el año 2005, el consumo abusivo de bebidas alcohólicas se habrá reducido un 5% y un 10% en las edades más jóvenes. La cantidad media de alcohol ingerido se reducirá un 5% y un 10% en los fines de semana.
- c) La edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol se habrá retrasado al menos en 0,5 años.
- d) En el año 2005, el consumo de drogas psicoestimulantes se habrá reducido en las siguientes proporciones: el consumo de cocaína deberá situarse por debajo del 1%, el de drogas de síntesis y anfetaminas en el 0,5%.
- e) En el año 2005, el consumo de cánnabis deberá reducirse por debajo del 5%.
- f) En el año 2005, el consumo de heroína deberá situarse por debajo del 0,5%.
- g) La edad de inicio en el consumo de las distintas drogas se habrá retrasado, al menos, en 0,5 años.
- h) En el año 2005, el policonsumo de drogas deberá situarse por debajo del 9%.

## **1.2. EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS Y LA DROGODEPENDENCIA**

- a) En el año 2005, el porcentaje de drogodependientes admitidos a tratamiento con infección por VIH se habrá reducido en un 10%. En el año 2003, todas las farmacias gallegas proporcionarán información sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo. En el 2004 se habrá incrementado, al menos, en un 20% los puntos de intercambio de jeringuillas y dispensación de paquetes sanitarios antisida.
- b) En el año 2005, el porcentaje de drogodependientes a tratamiento con tuberculosis se habrá reducido en un 10%. En el año 2003, el Sistema Gallego de Salud facilitará la quimioprofilaxis antituberculosa al 100% de los drogodependientes que la precisen, incluyendo en su caso a familiares y allegados.
- c) En el año 2005, la infección por el virus B de la hepatitis se habrá reducido un 15%. En el año 2003, todos los drogodependientes que contacten el Sistema Gallego de Salud recibirán sistemáticamente la oferta de vacunación de hepatitis B.
- d) En el año 2005 todos los centros de tratamiento de las drogodependencias desarrollarán programas de prevención de riesgos y reducción de daños, en coordinación y cooperación con los centros de salud y de atención especializada del Sergas.
- e) En el año 2005 el 100% de los centros de salud estarán en condiciones de ofrecer consejo sanitario a los drogodependientes y sus familiares respecto a las medidas preventivas que pueden adoptarse para disminuir el consumo de tabaco, el abuso de bebidas alcohólicas y las enfermedades asociadas al consumo de drogas.

## **2. INDICADORES**

### **2.1. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS**

- a) Prevalencia a los 6 meses y en el último mes del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, de acuerdo con la serie de estudios epidemiológicos del Plan de Galicia sobre Drogas.
- b) Prevalencia del policonsumo de drogas.

### **2.2. INDICADORES EN RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS Y LA DROGODEPENDENCIA**

- a) Prevalencia de infección por VIH-SIDA entre los drogodependientes admitidos a tratamiento por su dependencia.
- b) Prevalencia de infección por VHB entre los drogodependientes admitidos a tratamiento por su dependencia.
- c) Prevalencia de tuberculosis entre los drogodependientes admitidos a tratamiento por su dependencia.

- d) Número anual de drogodependientes a tratamiento que han recibido la vacunación contra el VHB.
- e) Número anual de drogodependientes a tratamiento que han recibido quimioprofilaxis antituberculosa.
- f) Número anual de centros de tratamiento de las drogodependencias que realizan vacunación contra el VHB.
- g) Número anual de centros de tratamiento de las drogodependencias que realizan quimioprofilaxis antituberculosa.
- h) Número anual, por tipo, de centros sanitarios del Sergas que realizan vacunación contra el VHB en pacientes drogodependientes.
- i) Número anual, por tipo, de centros sanitarios del Sergas que realizan quimioprofilaxis antituberculosa en pacientes drogodependientes.
- j) Número anual, por tipo, de centros que realizan intercambio de jeringuillas.
- k) Número anual, por tipo, de centros que dispensan paquetes sanitarios antisida.

# INFECCIÓN POR VIH-SIDA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Promover las políticas de salud pública

**OBJETIVO 1.1.** Potenciar el sistema de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH-SIDA

### Líneas de actuación

- Mantener y potenciar el Registro Gallego de VIH-SIDA.  
*Indicadores:* Número de informes de sida realizados por año.
- Promover la realización de estudios de impacto.  
*Indicadores:* Número de informes sobre mortalidad y años potenciales de vida perdidos por sida realizados por año.
- Potenciar la vigilancia de la infección por VIH.
- Promover estudios sobre conocimientos, actitudes y comportamientos.  
*Indicadores:* Número de informes sobre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con el VIH realizados al año.
- Promover un sistema de información microbiológica y molecular de la infección por VIH.  
*Indicadores:* Número de informes sobre resistencias, subtipos no B y mutaciones sobre el VIH por año.

**OBJETIVO 1.2.** Potenciar los sistemas de prevención y control de la enfermedad existentes

- Aumentar la capacidad de autoprotección de las personas a través de la adquisición de hábitos saludables y potenciar la modificación de aquellas que sean peligrosas.
- Promover líneas prioritarias en función de los grupos de riesgo considerados (población general, adolescentes y personas jóvenes, mujer y embarazo, usuarios de drogas por vía parenteral, hombre con prácticas bisexuales-homosexuales, personas que ejercen la prostitución, internos en instituciones penitenciarias, inmigrantes y minorías étnicas y trabajadores socio-sanitarios).

### Líneas de actuación

- Potenciación de las campañas informativas realizadas a nivel del estado
- Concreción y organización de las campañas promovidas por ONUSIDA
- Edición y distribución permanente de material divulgativo
- Mantener los teléfonos de información sobre VIH-SIDA, potenciando su difusión
- Mantener un circuito de información para transmitir la realidad del problema

#### *Indicadores:*

- Publicación del documento "subprograma de prevención y control de la tuberculosis en inmigrantes".
- Actividades de prevención sobre VIH para la población general realizadas y presupuesto utilizado por año.
- Estudios de información, conocimientos y actitudes sobre VIH en la población general y resultados obtenidos por año.
- Prevalencia-incidencia del VIH en donantes de sangre por año.

### **OBJETIVO 2.** Mejorar la atención sanitaria y social a los pacientes infectados con VIH-SIDA

- Proporcionar una atención integral a las personas infectadas por VIH.
- Mejorar la calidad de la atención socio-sanitaria.
- Establecer coordinación entre atención primaria y especializada para la atención de los seropositivos en aspectos como la vacunación, prevención de enfermedades, etc.
- Potenciar la coordinación entre instituciones y profesionales que trabajan en este campo y entre éstos con organizaciones y recursos ajenos al sistema.

### Líneas de actuación

- Inclusión de un representante de la Consellería de Asuntos Sociales en la Comisión Gallega de Seguimiento de la Infección por VIH-SIDA.
- Convocatoria pública anual de subvención a actividades de apoyo social.
- Potenciación de protocolos de atención coordinados con la implicación de los recursos sociales.
- Información individualizada a los pacientes sobre recursos disponibles y vías de acceso.
- Facilitación de la guía de recursos para personas VIH(+).

#### *Indicadores:*

- Número de plazas de acogida subvencionadas para personas VIH/SIDA por año
- Número de afectados por VIH preceptores de alguna renta de subsistencia por año
- Número de actividades de apoyo social para personas con VIH subvencionadas por año

**OBJETIVO 3.** Establecer mecanismos de coordinación entre los distintos niveles asistenciales

- Mejorar la coordinación entre el movimiento ciudadano, instituciones y administración dotando de los recursos necesarios para llevarla a cabo.
- Intensificar la cooperación multidisciplinar y definir las responsabilidades y compromisos de cada órgano o departamento dentro de este esfuerzo global para disminuir el impacto de esta infección en Galicia.

**Líneas de actuación**

- Impulso de la autoorganización del movimiento ciudadano que realiza actividades en este campo.
- Convocatoria pública de subvenciones a proyectos de investigación /acción relacionados con la infección por VIH/SIDA.
- Actualización de la comisión gallega de seguimiento de la acción anti VIH/SIDA.
- Integración en la comisión gallega de seguimiento de la acción anti VIH/SIDA de representación del movimiento ciudadano.

**OBJETIVO 4.** Mejorar la formación en VIH/SIDA en todos niveles asistenciales**Líneas de actuación**

- Ampliar y actualizar los conocimientos de los profesionales socio-sanitarios
- Fomentar la formación del voluntariado.

*Indicador:*

- Número de actividades de formación sobre VIH/SIDA por año

- Potenciar la investigación sobre VIH priorizando los campos de salud pública, ciencias sociales y clínica

- Fomentar la presencia gallega en foros científicos

*Indicadores:*

- Número de actividades en investigación sobre VIH/SIDA por año
- Número de participaciones en foros científicos con temas sobre VIH/SIDA por año

# ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Promover la creación, seguimiento y evaluación del programa.

Para los expertos consultados se debe partir necesariamente de este punto. A su modo de ver no tiene sentido elaborar líneas de actuación si antes no se definen los responsables de velar por el cumplimiento del programa que tiene como finalidad mejorar la atención a los enfermos de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Estos responsables serán los encargados de decidir sobre los perfiles estratégicos del programa, conseguir la máxima difusión de sus líneas de actuación, realizar un seguimiento de las acciones que se realicen y evaluar periódicamente el mismo.

### Líneas de actuación

- Creación de una unidad que se responsabilice del plan de mejora, asignando las diferentes funciones y cometidos a sus integrantes.
- Creación de informaciones sobre las líneas de actuación del programa y la evolución del mismo.

#### *Indicadores:*

- Verificación de la existencia de una unidad que se responsabilice del cumplimiento de los objetivos.
- N.º de informaciones elaboradas por el grupo responsable del programa.
- Porcentaje de objetivos especificados en el plan que se cumplen con eficacia.

**OBJETIVO 2.** Creación de un protocolo de actuación consensuado para el registro, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.

La percepción general en este sentido es que no existe un consenso entre los especialistas gallegos en los pasos a seguir por el paciente de ETS una vez que éste ingresa por primera vez en los servicios médicos. Se hace necesario, pues, la creación de un documento que establezca las líneas y procesos a seguir de forma invariable en todos los casos similares. Los pacientes deben tener claro, en todo momento, a dónde deben dirigirse en primera instancia y cuál es el circuito que deben seguir en el caso de estar afectado por una ETS. Para lograr este objetivo se proponen las siguientes líneas de actuación:

#### Líneas de actuación

- Creación de un protocolo que defina los cauces por los que sea posible obtener un diagnóstico precoz de las ETS (pruebas de screening, etc.).
- Creación de circuitos consensuados que permitan un servicio médico coordinado, así como una atención ágil al paciente (tiempo de espera inferior a 48 horas).
- Definición de las ETS de declaración obligatoria y establecimiento de una jerarquía (priorización) en cuanto a esfuerzos que se le van a dedicar.
- Proporcionar información al paciente, de forma que tenga claro en todo momento a qué servicio de salud debe acudir para ser tratado de forma rápida y eficaz.

#### *Indicadores:*

- N.º de diagnósticos precoces realizados en la comunidad gallega.
- Verificación de la creación de un protocolo en el que se definan las ETS de declaración obligatoria y los cauces o circuitos que ha de seguir un paciente de ETS.
- Porcentaje de pacientes que conoce a donde deberían acudir para recibir atención médica en ETS.

**OBJETIVO 3.** Disponibilidad de datos epidemiológicos reales.

En la actualidad no se disponen de datos precisos sobre cuál es la verdadera incidencia de las ETS en la comunidad gallega. Para los expertos es fundamental disponer de este tipo de datos pues de lo contrario es imposible conocer si se está actuando en la dirección adecuada. Las causas por las que no se dispone de datos fiables son varias; entre las más importantes están el hecho de que se trate de enfermedades que en ocasiones carecen de síntomas claros; otro importante porcentaje de casos se pierde en las consultas privadas y para finalizar, el hecho de que sean enfermedades con una destacable carga estigmatizante las convierte en patologías que, si es posible, se tienden a ocultar. Es necesario, pues obtener datos lo más precisos posible sobre la incidencia de las ETS de declaración obligatoria, en este sentido se proponen las siguientes líneas de actuación:

#### Líneas de actuación

- Creación de un canal de registro estricto y coordinado, de forma que se pierda el menor número de casos de ETS reales de la comunidad gallega.
- Mayor implicación de los responsables de proporcionar atención médica en el registro de los casos de ETS.

#### *Indicador:*

- Verificación de la creación del canal de registro y su estricto seguimiento

**OBJETIVO 4.** Creación de unidades multidisciplinares para el abordaje de las ETS.

Todos los especialistas consultados están de acuerdo en considerar que el abordaje de las ETS debe ser enfocado desde una perspectiva multidisciplinar. Además, y debido a la baja frecuencia de casos existentes, es recomendable que éstos sean tratados por unidades especializadas y crear una unidad encargada de coordinar la atención médica ofrecida a los pacientes de ETS, de forma que la atención en ETS sea lo más homogénea posible dentro de la comunidad gallega.

**Líneas de actuación**

- Creación de unidades multidisciplinares especializadas en el tratamiento de las ETS. Estas unidades deberían estar compuestas por equipos con representación de los siguientes colectivos:
  - Médicos de atención primaria
  - Dermatólogos
  - Ginecólogos
  - Urólogos
  - Microbiólogos
  - Psicólogos
  - Educadores sociales
  - Enfermeros
  - Etc...
- Creación de una unidad que se dedique a coordinar la actuación de los distintos centros encargados en atender a los pacientes por ETS.
- Asignación de una denominación para estas unidades que resulte lo menos estigmatizante posible.

*Indicadores:*

- Verificación de la creación de estas unidades y número de pacientes atendidos por éstas.
- Verificación de la creación de una unidad coordinadora con una denominación que no haga referencia únicamente a la mujer y sí a los miembros de la pareja.

**OBJETIVO 5.** Potenciar la formación en lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual.

Los expertos, de forma consensuada, consideran que existe un déficit de formación en ETS, tanto por parte de los médicos de atención primaria como de los especialistas encargados de tratar este tipo de patologías. Esto es debido, entre otras causas, a la poca importancia que desde los planes oficiales de formación en medicina se le prestan a las ETS y posiblemente a la escasez de programas de reciclaje para los médicos que ejercen esta profesión.

**Líneas de actuación**

- Potenciar la formación de los médicos de atención primaria en las ETS.
- Potenciar la formación de los especialistas (dermatólogos, ginecólogos, etc.) en las ETS.

*Indicadores:*

- N.º programas de formación sobre ETS destinados a médicos de atención primaria
- N.º de horas dedicadas en los planes de la licenciatura de medicina a las ETS
- Porcentaje de horas dedicadas en la formación MIR a las ETS

**OBJETIVO 6.** Fomentar la prevención de las ETS.

Desde la opinión experta se considera imprescindible, para reducir el número de ETS, hacer hincapié en la prevención. Ésta será la única acción posible para conseguir la erradicación de ciertas ETS o, en su caso, una reducción importante y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

**OBJETIVO 6.1.** Potenciar la educación sanitaria y sexual**Líneas de actuación**

- Puesta en marcha de la asignatura "Educación Sanitaria" en el ciclo escolar de la ESO. Está previsto la implantación de un asignatura cuya temática verse sobre la creación de hábitos saludables. Es importante que la formación sea proporcionada por personas que el alumno sienta próximas (profesores habituales) para que la efectividad sea superior; piensan que en el caso de que la materia se impartiera por especialistas de la salud, el alumno los percibiría como distantes y, por lo tanto, puede que no lleguen a interiorizar, de igual modo, la información proporcionada.
- Puesta en marcha de programas educativos para los grupos de mayor riesgo:
  - Adolescentes
  - Grupos especiales: emigrantes, prostitutas, drogodependientes, etc.

*Indicadores:*

- Verificación de la creación de la asignatura "Educación Sanitaria", así como del cumplimiento de sus objetivos: ayuda en la creación de hábitos saludables en el adulto.
- N.º de programas de educación dirigidos a los grupos de riesgo identificados.

**OBJETIVO 6.2.** Desmitificación de la ETS

Para lograr que las acciones preventivas consigan los resultados deseados es necesario, en primer lugar, conseguir cambios en la actitud de las individuos respecto a estas enfermedades. Se plantean tres vertientes de este cambio: por un lado la normalización de las ETS, para que se tiendan a ocultar lo menos posible, incrementar la sensación de responsabilidad del varón en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ETS para, finalmente, conseguir disminuir la presión que se ejerce sobre los pacientes potenciales ETS, en especial la que ejercen los padres sobre sus hijos.

**Líneas de actuación**

- Potenciar las campañas de prevención en los medios de comunicación, incidiendo en el hecho de que cuando se habla de las ETS se hace referencia a un tipo de enfermedad más, cuyos cauces terapéuticos son similares a los de otra enfermedad cualquiera. El objetivo de estas campañas deberá ser doble. Por una parte, se pondrá énfasis en la divulgación de las conductas y métodos preventivos de las ETS, y por otra parte, se perseguirá crear un estado de opinión donde la ETS no sea vista como una enfermedad estigmatizante.
- Mayor implicación del varón en lo referente a las ETS (de forma habitual es la mujer la que suele acudir a los COF (Centros de Orientación Familiar) o a los servicios de atención médica mientras los varones permanecen a la sombra y es difícil plantearse un abordaje desde el punto de vista de la pareja).
- Puesta en marcha de programas con la finalidad de sensibilizar a los adultos (especialmente a los padres) en el abordaje de las ETS, de forma que éstos abandonen progresivamente su papel represor y puedan ver a la ETS como una enfermedad más que tiene que ser tratada por un especialista médico.

*Indicadores:*

- N.º de campañas de prevención y sensibilización sobre las ETS
- Verificación de los contenidos de estas campañas
- Porcentaje de consultas en las que acuden los dos miembros de la pareja.
- N.º de programas de sensibilización dirigidos a los adultos.

**OBJETIVO 7.** Potenciar el trabajo de los laboratorios en el abordaje de las ETS.

El buen funcionamiento de los laboratorios es vital para un adecuado tratamiento de las ETS. En este sentido es interesante potenciar sus funciones coordinando su actuación en el diagnóstico de ETS bajo la dirección del servicio de dermatología.

**OBJETIVO 7.1.** Aumento de la eficacia de los laboratorios**Líneas de actuación**

- Reducir el tiempo de espera desde que se solicita un análisis microbiológico.
- Potenciar el uso de las pruebas VDRL frente al uso extendido de las RPR por considerarse las primeras más adecuadas para la obtención de diagnósticos fiables.

*Indicadores:*

- Tiempo medio en la obtención de los resultados de las pruebas microbiológicas
- Porcentaje de VDRL frente a porcentaje de RPR practicados

**OBJETIVO 7.2.** Mayor énfasis en la lucha contra las cepas resistentes

A nivel mundial se aprecia un aumento de las cepas resistentes a los antibióticos clásicos. Es de vital importancia tratar este problema con seriedad y elegir el antibiótico adecuado administrándolo rigurosamente para detener esta peligrosa tendencia.

### **Líneas de actuación**

- Potenciar el uso de los cultivos microbiológicos previos al administración de los antibióticos.
- Evitar que, como se viene haciendo en la actualidad, el paciente utilice un gran número de antibióticos por su cuenta antes de ser tratado por el especialista.

#### *Indicadores:*

- N.º de tratamientos en los que se han realizado cultivos microbiológicos realizados antes de administrar tratamiento con antibióticos.
- Disminución del número de tratamientos en los que es necesario recurrir a más de un antibiótico.

# ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Aumentar y mantener las coberturas de vacunación sistemática de calendario.

### Líneas de actuación

- Diseñar, editar y distribuir material informativo y de educación para la salud destinado a los diferentes grupos: padres o tutores, adolescentes y adultos.
- Establecer la sistemática de captación activa desde el registro centralizado y nominal de vacunas administradas en niños de 0 a 6 años.
- Diseñar, editar y distribuir material informativo destinado a los profesionales sanitarios para que aumenten sus conocimientos sobre beneficios de la vacunación, pautas, etc. y los motiven para poner en marcha de forma efectiva la de vacunación oportunista y la captación activa de adolescentes y personas objetivo de las campañas de vacunación antigripal y antineumocócica.

**OBJETIVO 2.** Aumentar las coberturas de vacunación en entornos suburbano-marginales.

### Líneas de actuación

- Profundizar en la identificación y caracterización de las zonas de riesgo.
- Diseñar, editar y distribuir material informativo y de educación para la salud utilizando s efectivas de comunicación en los diferentes grupos.
- Establecer la sistemática de captación activa desde el registro centralizado y nominal de vacunas administradas en niños de 0 a 6 años.
- Integrar los servicios de inmunización en los programas de atención sociosanitaria y de servicios sociales, programas de actuación de ONG, etc.
- Practicar la de vacunación oportunista especialmente en estos grupos de riesgo de infravacunación.

**OBJETIVO 3.** Garantizar la óptima seguridad de la vacunación.

**Líneas de actuación**

- Potenciar la notificación de las reacciones adversas siguientes a la vacunación (RASV) mediante la distribución anual de los resultados del sistema de información.
- Investigar y comunicar los resultados de la investigación de las RASV de tipo severo.
- Asegurar que los profesionales sanitarios tengan información adecuada sobre utilización segura de las vacunas y de las prácticas de inmunización.
- Utilizar el registro nominal centralizado de vacunas administradas para la detección y posterior corrección de errores en protocolos de vacunación.

**OBJETIVO 4.** Mejorar la captación y vacunación según protocolo de personas en situaciones clínicas de alto riesgo.

**Líneas de actuación**

- Establecer de forma consensuada protocolos de vacunación para los grupos de riesgo más significativos, dirigidos a atención primaria o especializada según la capacidad de captación y oportunidades de vacunación de cada nivel asistencial.
- Potenciar la coordinación de los dos niveles asistenciales para asegurar que la información sobre vacunas administradas, pautas en curso o pautas recomendadas esté disponible en cada uno de ellos.

**OBJETIVO 5.** Aumentar la cobertura de vacunación de los trabajadores de centros sanitarios y sociales de cara a su protección individual y a la protección de las personas a las que atienden.

**Líneas de actuación**

- Diseñar, editar y distribuir material informativo destinado a los profesionales sanitarios para aumentar sus conocimientos sobre los beneficios de su vacunación, tanto para su protección individual como para la protección de las personas a las que atienden.
- Establecer de forma consensuada con los servicios o unidades de prevención de riesgos laborales protocolos de vacunación para los trabajadores de centros sanitarios y sociales según los riesgos biológicos inmunoprevenibles y población que atienden.

**OBJETIVO 6.** Garantizar la óptima seguridad de las vacunas y de su utilización

**OBJETIVO ESPECÍFICO 6.1.** Mejorar la vigilancia, investigación y comunicación a los interesados (médico declarante y persona afectada) de las reacciones adversas siguientes a la vacunación (RASV).

**Líneas de actuación**

- Mejorar el sistema actual.

- Ampliar la información sobre RASV a través del cruce de información de los registros nominales de vacunación y los datos de altas hospitalarias.
- Explorar métodos alternativos par recoger y analizar información sobre las RASV.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 6.2.** Asegurar la óptima utilización de las vacunas

**Líneas de actuación**

- Asegurar que los profesionales sanitarios dispongan de información adecuada sobre instrucciones de utilización de las vacunas, contraindicaciones, precauciones, estándares de buena práctica, etc.
- Incorporar rápidamente a la práctica asistencial la información contrastada sobre utilización de diferentes combinaciones vacunales, administración simultánea, pautas alternativas, etc.

**OBJETIVO 7.** Mejorar la educación de la población y de los profesionales sanitarios sobre los beneficios y riesgos de la vacunación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 7.1.** Aumentar la demanda de la población de los servicios de vacunación

**Líneas de actuación**

- Diseñar, editar y distribuir material de educación para la salud para la población general.
- Desarrollar s especiales de comunicación para los grupos con alto riesgo de infravacunación: estratos marginales.
- Desarrollar principios y métodos de comunicación para mejorar la aceptación de las vacunas en poblaciones diana: grupos con objeciones filosófico-religiosas o culturales.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 7.2.** Mejorar la educación de los profesionales sanitarios sobre prácticas de vacunación, beneficios, etc.

**Líneas de actuación**

- Diseñar, editar y distribuir materiales que incrementen los conocimientos sobre vacunas de los profesionales sanitarios y que los estimule a realizar actuaciones para conseguir niveles adecuados de vacunación.
- Desarrollar s especiales para que los profesionales sanitarios capten a los grupos de riesgo de infravacunación.
- Promover la autoevaluación de los profesionales sanitarios sobre sus prácticas de vacunación y las coberturas que van alcanzando.

**OBJETIVO 8.** Conseguir la óptima utilización de las vacunas para prevenir, enfermedad, incapacidad y muerte

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.1.** Asegurar un adecuado suministro de dosis vacunales.

**Líneas de actuación**

- Asegurar la disponibilidad continua de dosis, determinando los óptimos procedimientos de abastecimiento, compras y distribución.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.2.** Aumentar las coberturas de vacunación infantil, de adolescentes y de adultos

**Líneas de actuación**

- Asegurar el acceso universal a los servicios de vacunación.
- Fomentar la cobertura de vacunación oportunista en todo el sistema sanitario: aprovechar cualquier contacto para revisión de estado de vacunación y completarlo.
- Reducir las barreras financieras, socioculturales y logísticas e integrar los servicios de inmunización en programas de atención sociosanitaria, programas de actuación de ONG, etc.
- Diseñar actuaciones y esfuerzos adicionales para poblaciones de alto riesgo de infravacunación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.3.** Mejorar la vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles para evaluar el impacto de los programas de vacunación.

**Líneas de actuación**

- Mejorar la capacidad de diagnóstico de los laboratorios de microbiología.
- Desarrollar métodos epidemiológicos de evaluación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.4.** Mejorar el sistema de información sobre vacunas administradas para permitir la captación activa, la monitorización de las coberturas y la detección de malas prácticas de vacunación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.5.** Mejorar las coberturas de vacunación de viajeros a zonas endémicas

**Líneas de actuación**

- Definir poblaciones de riesgo, identificar las barreras para la vacunación y reducirlas.
- Realizar intervenciones para aumentar su conocimiento sobre necesidad y beneficios de la vacunación.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.6.** Aumentar la actividad de vacunación en los hospitales y otras instituciones

**Líneas de actuación**

- Establecer protocolos consensuados de vacunación para los pacientes de riesgo ingresados o atendidos por estas instituciones.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.7.** Aumentar las coberturas de vacunación en trabajadores de centros sanitarios y sociales

**Líneas de actuación**

- Aumentar su conocimiento y motivación a través de la distribución de materiales informativos.
- Establecer protocolos consensuados con los servicios de prevención de riesgos laborales de cada área.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 8.8.** Mejorar la coordinación de atención primaria con atención especializada para asegurar el cumplimiento óptimo de las pautas de vacunación establecidas.

### Líneas de actuación

- Que ambos niveles asistenciales compartan la información sobre vacunas administradas o vacunas que debe recibir cada paciente mediante la inclusión de esta información en el soporte documental adecuado: informe de alta, hoja de interconsulta, etc.

### INDICADORES GLOBALES

- Nº de casos pediátricos de polio, difteria, sarampión, tétanos, tétanos neonatal, rubéola, rubéola congénita, enfermedades invasivas por Hib y hepatitis B.
  - Numerador: Nº de casos.
  - Denominador: población gallega menor de 15 años.
  - Referencia: 0 casos
- Porcentaje de casos de estas enfermedades que se produzcan en el grupo de edad mencionado que son investigados a efectos de verificar cómo podían haber sido evitados.
  - Numerador: Nº de casos investigados de polio, difteria, sarampión, tétanos, tétanos neonatal, rubéola, rubéola congénita, enfermedades invasivas por Hib y hepatitis B en personas menores de 15 años.
  - Denominador: Nº total de casos de estas enfermedades en el grupo de edad.
  - Referencia: 100%
- Cobertura de vacunación completa de polio, DTP, Hib, HB, TV y meningococo C, a los cuatro años de edad
  - Numerador: Nº de niños que cumplieron 4 años en el año anterior al examinado y que hayan recibido el número de dosis correspondientes a su edad de cada vacuna.
  - Denominador: Nº de niños que cumplieron 4 años en el año anterior al examinado.
  - Número de dosis correspondientes: 4 de polio, 4 de DTP, 4 de Hib, 3 de HB, 3 de meningocócica C y 2 de TV.
  - Referencia: al menos 95%
- Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B en la población preadolescente de 12 años.
  - Numerador: Nº de preadolescentes que cumplieron 13 años en el año anterior al examinado y que hayan recibido tres dosis de vacuna frente a la hepatitis B.
  - Denominador: Nº de preadolescentes que cumplieron 13 años en el año anterior al examinado.
  - Referencia: al menos 85%
- Cobertura de vacunación antigripal en personas de 65 o más años.
  - Numerador: Nº de personas de 65 o más años vacunadas frente a la gripe en el año examinado.
  - Denominador: Nº de personas de 65 o más años.
  - Referencia: al menos 70%
- Cobertura acumulada de vacunación antineumocócica en personas de 65 o más años.
  - Numerador: Nº de personas de 65 o más años vacunadas frente a las enfermedades neumocócicas en las sucesivas campañas anuales.

- Denominador: Nº de personas de 65 o más años en ese período.
- Referencia: al menos 68%
- Cobertura de vacunación frente a la hepatitis B en población preadolescente que vive en entornos suburbano-marginales.
  - Numerador: Nº de preadolescentes captados en los entornos suburbano-marginales de 13 o más años de edad y que hayan recibido tres dosis de vacuna frente a la hepatitis B.
  - Denominador: Nº de preadolescentes captados en los entornos suburbano-marginales de 13 o más años de edad.
  - Referencia: al menos 75%
- Porcentaje de reacciones adversas siguientes a la vacunación de tipo severo investigadas y con comunicación de los resultados de la investigación.
  - Numerador: Nº de RASV de tipo severo investigadas y adecuadamente comunicadas.
  - Denominador: Nº de RASV de tipo severo notificadas.
  - Referencia: 100%
- Número de protocolos de vacunación para los grupos de mayor riesgo en función de su situación clínica: pacientes con esplenectomía anatómica o funcional, pacientes sometidos a trasplante de células hematopoyéticas, a trasplante de órganos sólidos, pacientes infectados por VIH, pacientes con patologías crónicas cardiopulmonares y renales y pacientes con hepatopatías crónicas, consensuados y editados.
  - Referencia: al menos 6
- Incremento del número de trabajadores de centros sanitarios y sociales vacunados frente a la gripe.
  - Numerador: Nº de trabajadores de centros sanitarios y sociales vacunados frente a la gripe en el año examinado
  - Denominador: Nº de trabajadores de centros sanitarios y sociales vacunados frente a la gripe en el año anterior.
  - Referencia: al menos del 3% anual
- Número de protocolos de vacunación para grupos de trabajadores de centros sanitarios: trabajadores en contacto con personas con inmunodeficiencia, trabajadores de unidades de prematuros y de neonatología, etc. consensuados con los servicios o unidades de prevención de riesgos laborales y editados.
  - Referencia: al menos 2.
  - Cumplimiento en la comunidad autónoma de Galicia de los requisitos establecidos por la Región Europea de la OMS para la certificación de la eliminación de la polio.
  - Documentación del perfil de susceptibilidad necesario y establecido por la Región Europea de la OMS para la eliminación del sarampión para el año 2005.

# PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. TRASTORNOS COGNITIVOS Y DE LA CONDUCTA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

En un intento de integrar la información obtenida a partir de la ponencia y la opinión de los profesionales participantes en el focus group, cabe plantear 8 grandes objetivos a incluir en el Plan Gallego de Salud 2002-2005, algunos de ellos con una serie de subobjetivos u objetivos de carácter más específico.

- Objetivo 1. Desarrollar el Decreto 389/94.
- Objetivo 2. Potenciar una mayor integración de los servicios de salud mental en la atención especializada y una mejor coordinación con la atención primaria.
- Objetivo 3. Fomentar la prevención de la enfermedad mental (prevención primaria).
- Objetivo 4. Mejorar la asistencia actual a las enfermedades mentales (prevención secundaria).
- Objetivo 5. Promover la rehabilitación y abordar la cronicidad (prevención terciaria).
- Objetivo 6. Implantación de programas específicos para grupos de riesgo (infanto-juvenil, psicogeriatría, alcoholismo, drogodependencias, casos judiciales).
- Objetivo 7. Mejorar la formación de los profesionales.
- Objetivo 8. Fomentar la investigación epidemiológica y el registro de casos y actividades.

**OBJETIVO 1.** Desarrollar el Decreto 389/94

**OBJETIVO 1.1.** Facilitar el acceso de toda la población a los servicios de salud mental, garantizando un distribución equitativa de los recursos por áreas geográficas.

### Líneas de actuación

- Realizar actividades divulgativas destinadas a reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y asistencia a través de un mejor conocimiento de los problemas mentales.
- Reducir el estigma y la discriminación de padecer una enfermedad mental.

- Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud mental
- Establecimiento de redes de apoyo para los grupos vulnerables

*Indicadores:*

- Nº de actividades realizadas
- Grupos de apoyo establecidos

**OBJETIVO 2.** Fomentar una mayor integración de los servicios de salud mental en la atención especializada y una mejor coordinación con la atención primaria.

- Actividades interconsulta y enlace, centrados en programas más que en casos.
- Protocolos-Casos/Mías clínicas
- Programas de formación continuada en conocimientos y habilidades en Salud Mental

**OBJETIVO 3.** Fomentar la prevención y promoción en salud mental (prevención primaria)

**OBJETIVO 3.1.** Promoción de la salud mental y los estilos de vida saludables

**Líneas de actuación**

- Llevar a cabo campañas de sensibilización pública sobre la salud mental y fundamentalmente sobre los trastornos afectivos.
- Propiciar un cambio en los modelos organizacionales del trabajo, que permitiese disminuir el estrés laboral y los trastornos adaptativos.
- Potenciar la aplicación de un modelo comunitario en la atención de las enfermedades mentales.

**OBJETIVO 3.2.** Actuación preventiva específica sobre grupos de riesgo concretos (suicidio, malos tratos, alcoholismo, drogodependencias, ancianos y población infanto-juvenil).

**Líneas de actuación**

- Impulsar una mayor coordinación con atención primaria y el intercambio de actuaciones, de cara a la detección precoz de la población en riesgo.
- Poner en marcha actividades formativas para la detección precoz de los riesgos simulados.
- Elaboración en cada área sanitaria de protocolos de tratamiento compartido y derivación de casos diagnosticados con trastornos afectivos.

*Indicadores:*

- Nº de cursos realizados
- Áreas sanitarias que disponen de protocolo
- Nº de casos derivados e de tratamiento compartido
- Nº de actuaciones concretas sobre los grupos de riesgo

**OBJETIVO 3.3.** Elaboración de un plan de emergencia para situaciones especiales (grandes catástrofes y situaciones de emergencia que implican una atención psicológica rápida y adecuada).

**OBJETIVO 4.** Mejorar la asistencia actual a las enfermedades mentales (prevención secundaria)

**OBJETIVO 4.1.** Mejorar la asistencia a nivel extrahospitalario

**Líneas de actuación**

- Creación de más unidades de salud mental (USM) y mejorar sus dotaciones.
- Diseñar criterios de acreditación de las unidades de salud mental (con sus correspondientes recursos físicos y humanos).
- Fomentar una mejor vinculación con la atención primaria.
- Coordinar todas las acciones desde una sola gerencia por área.
- Potenciar la asistencia en salud mental a nivel de atención primaria, para evitar que se colapse el sistema.
- Elaborar protocolos de derivación consensuados.
- Fomentar una mejor ordenación y cribado de los pacientes. Todos los pacientes, independientemente de cual sea su patología específica, deberían de pasar por la unidad de salud mental y allí se decidiría si el paciente tiene una patología suficientemente compleja como para ser atendida en una unidad específica o, por el contrario, es una patología a atender en la propia unidad de salud mental.
- Mantener las unidades de salud mental ubicadas en los centros de atención primaria, ya que el contacto con el médico de primaria resulta fundamental.
- Propiciar la participación de los equipos de salud mental en el plan de sesiones clínicas del centro de primaria y viceversa.
- Establecer reuniones periódicas entre los coordinadores del área de salud mental y el gerente de atención primaria.
- Promover el uso de Internet para la comunicación entre profesionales relacionados con la salud mental y los médicos de primaria.

*Indicadores:*

- Alcanzar los ratios recomendados en el documento de "Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia", es decir 1 USM por cada 50.000 habitantes. En la actualidad en Galicia existe 1 por cada 80.000.

**OBJETIVO 4.2.** Mejora de la asistencia a nivel hospitalario

**Líneas de actuación**

- Incremento de camas para hospitalización psiquiátrica de pacientes agudos, con los recursos humanos consiguientes.
- Reubicación de algunas unidades de internamiento.

*Indicadores:*

- Intentar aproximarnos al ratio de 1/10.000 habitantes

**OBJETIVO 5.** Fomentar la rehabilitación y abordar la cronicidad (prevención terciaria)

**OBJETIVO 5.1.** Establecer estrategias que favorezcan la rehabilitación de la enfermedad mental

**Líneas de actuación**

- Potenciar áreas de rehabilitación para atender a pacientes crónicos

- Creación de hospitales y centros de día.
- Subsana r déficits en unidades hospitalarias de rehabilitación y unidades de media estancia, aumentando el número de camas.
- Favorecer convenios con entidades privadas.
- Potenciar los equipos de continuidad de cuidados (ECC) como alternativa a las carencias de dispositivos para crónicos y rehabilitación, así como la atención terapéutica a domicilio.
- Ampliar los recursos de tercer nivel, tanto residenciales (pisos y pensiones tuteladas, minirresidencias, etc.) como de ocio y dinamización social.
- Fomentar los programas de reinserción laboral y social. Creación de un programa autonómico de reinserción laboral para enfermos mentales crónicos e con dificultades de acceso al trabajo normalizado.
- Creación de un organismo público que posibilite la creación, dinamización y coordinación de las unidades de apoyo comunitario de Galicia.
- Creación de centros coordinadores de rehabilitación, tal y como se indica en el documento de "Propostas de desenvolvemento da atención a saúde mental en Galicia".

*Indicadores:*

- Creación de un piso protegido por cada 50.000 habitantes. En la actualidad tenemos uno por cada 120.000 habitantes.
- Incremento de camas en unidades residenciales de apoyo comunitario, hasta llegar a 1 cama por cada 25.000 habitantes.
- Incremento y distribución a todas las áreas sanitarias del programa de pensiones tuteladas, hasta llegar a 1 plaza por cada 25.000 habitantes. En la actualidad existen 6 plazas para toda Galicia.

**OBJETIVO 5.2.** Establecer estrategias dirigidas a disminuir los porcentajes de recaídas en pacientes con trastornos mentales severos (TMS).

**Líneas de actuación**

- Implantación de protocolos de preparación de alta hospitalaria de los pacientes ingresados, que deben incluir la cita previa en un período menor a 1 semana desde el alta en la unidad de hospitalización.
- Creación de equipos extrahospitalarios de continuidad de cuidados (ECC).
- Actividades de apoyo a los familiares de pacientes con TMS.

*Indicadores:*

- Disminución del número de reingresos de menos de un año desde la fecha de alta
- Áreas sanitarias que disponen dos protocolos
- ECC creados
- Actividades realizadas

**OBJETIVO 6.** Implantación de programas específicos para grupos de riesgo (infanto-juvenil, psicogeriatría, alcoholismo, drogodependencias, casos judiciales).

**OBJETIVO 6.1.** Potenciación de un programa específico infanto-juvenil.

**Líneas de actuación**

- Mejora de la atención psiquiátrica a los niños.

- Complementar la atención ambulatoria actual.
- Incremento de las unidades de salud mental infanto-juveniles.
- Ampliar la dotación existente a nivel de hospitalización (tanto parcial como total).
- Integrar los servicios de salud mental en las unidades de pediatría.
- Creación de al menos una unidad autonómica de 15 camas, para trastornos psiquiátricos agudos .
- En colaboración con la Consellería de Educación, creación de 2 dispositivos de media y larga estancia (unidades médico-pedagógicas), en las que se articularía tanto el proceso terapéutico como formativo del niño .

*Indicadores:*

- Disponer de una USM infanto-juvenil por cada 150.000 habitantes. En la actualidad existe un por cada 337.000
- Creación de las unidades previstas
- Nº de pacientes ingresados

**OBJETIVO 6.2.** Potenciación de un programa específico de psicogeriatría

**Líneas de actuación**

- Creación de centros especiales de psicogeriatría. Sólo hay uno en toda Galicia.
- Desarrollo en todas las áreas sanitarias de programas ambulatorios de atención psicogeriatría.
- Creación de equipos de atención psicogeriatría formados al menos por un psiquiatra y un psicólogo.

*Indicadores:*

- Contar con centro de psicogeriatría en cada área geográfica
- Elaboración del programa en cada área sanitaria
- Nº de casos atendidos
- Actividades realizadas

**OBJETIVO 6.3.** Potenciación de un programa específico de alcoholismo

**Líneas de actuación**

- Crear unidades de alcoholismo (una por área).
- Homogeneizar los niveles de asistencia.
- Fomentar la coordinación y colaboración con la atención a drogodependencias.

**OBJETIVO 6.4.** Potenciación de un programa específico de drogodependencias

**Líneas de actuación**

- Asumir el fenómeno de la comorbilidad.
- Incrementar la colaboración entre profesionales (unidades de desintoxicación, unidades de drogodependencias, etc.).
- Fomentar una mayor coordinación entre la red de salud mental y la de atención a drogodependencias.
- Potenciar la creación de equipos interdisciplinares, que no supongan una suma de profesionales, sino una línea de trabajo común, marcada por la interacción entre los miembros de las unidades de salud mental y otras entidades y profesionales.

**OBJETIVO 6.5.** Potenciación de un programa específico para pacientes judiciales con trastornos mentales.

**Líneas de actuación**

- En los casos de internamiento en las unidades de hospitalización psiquiátrica por orden judicial, se procurará que no interfieran las disposiciones judiciales con las estrategias terapéuticas.
- Establecer medidas dirigidas a la mejora de la atención de los enfermos mentales con trastornos severos internados en los centros penitenciarios, sobre todo en lo referente a la continuidad asistencial, dando prioridad, siempre que sea posible, al tratamiento ambulatorio (tal y como indica la nueva modificación del Código Penal).
- Potenciar la capacidad y habilidades de los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios, para la atención a los enfermos mentales, a través de cursos de formación.

*Indicadores:*

- Estancia media de casos psiquiátricos a disposición judicial en las unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Cursos de formación realizados para los profesionales de los centros penitenciarios.

**OBJETIVO 7.** Mejorar la formación de los profesionales

**Líneas de actuación**

- Continuar con el programa de formación continuada que ya existe, incentivando la participación de los profesionales.
- Hacer una oferta reglada de un programa de formación en psicoterapia.
- Favorecer la formación práctica de los residentes (MIR/PIR) en psicoterapia.
- Potenciar una auditoría sobre la formación, que implique un mayor control sobre cómo se está realizando la formación de los residentes.
- Favorecer la selección de personal de enfermería especializado en salud mental.
- Facilitar que los psicólogos clínicos sean considerados personal sanitario.
- Aumentar el número de psiquiatras (MIR), psicólogos (PIR) y enfermeros/as especializados en salud mental en período de formación.

**OBJETIVO 8.** Fomentar la investigación epidemiológica y el registro de casos y actividades

**Líneas de actuación**

- Fomentar un mejor conocimiento de la epidemiología psiquiátrica que frecuenta las unidades de salud mental.
- Implantar un sistema de registro de casos y actividades, operativo y homogéneo.
- Universalización del registro gallego de casos psiquiátricos.
- Dotar a las unidades de salud mental del suficiente apoyo administrativo e informático para desarrollarlo.
- Utilizar la información que de él se derive como *feedback* para los propios profesionales.

*Indicadores:*

- Datos de frecuentación de las USM

# PROBLEMAS DE SALUD BUCODENTAL

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Informar y formar a la población en salud bucodental.

### Líneas de actuación

- Realizar programas educativos dirigidos a la población general en materia de salud bucodental y de manera especial en las mujeres gestantes y en el ámbito escolar.
- Fomentar la realización de charlas y coloquios divulgativos en centros de enseñanza, asociaciones de vecinos, etc. donde se aproveche para informar de la existencia de prestaciones en materia de salud bucodental por parte de los servicios sanitarios públicos.
- Fomentar las campañas informativas.
- Crear protocolos de información para mejorar la salud bucodental.
- Promover que sea el personal de salud quien informe y eduque al resto de la población en materia bucodental.
- Estimular la comunicación y coordinación de diferentes sectores que pueden desempeñar un papel importantes a este nivel (atención primaria, salud pública, centros de enseñanza, concellos, profesionales privados, medios de comunicación, etc.).
- Difundir las medidas de higiene bucodental, sobre todo en niños (prestando especial hincapié en la educación de los padres) y en la tercera edad.
- Estimular la necesidad de llevar al niño al dentista desde muy corta edad.
- Crear protocolos de registro de información.

### Indicadores:

- Porcentaje de población con información sobre salud bucodental

**OBJETIVO 2.** Mejorar la formación de los profesionales de la salud en materia bucodental.

**Líneas de actuación**

- Contribuir activamente al desarrollo de planes de formación continuada de los profesionales de la salud bucodental.
- Sensibilizar a odontólogos, pediatras, personal de enfermería, médicos de familia y personal de la salud en general, para que ellos a su vez, posteriormente informen y eduquen al resto de la población en materia de salud bucodental.
- Hacer hincapié también en la odontología comunitaria, en términos de medidas preventivas y de gestión sanitaria.
- Favorecer los programas ya existentes de formación continuada.
- Fomentar grupos de trabajo y sesiones formativas para los médicos de familia.
- Incorporar a los programas formativos desarrollados por la Consellería de Sanidad y el Sergas, aquellas actividades formativas priorizadas por los profesionales de la salud bucodental en el estudio de "Las necesidades de formación del personal sanitario del Sergas".

*Indicadores:*

- Planes de formación continuada dirigidos a profesionales de la salud

**OBJETIVO 3.** Ampliar la cobertura actual

**Líneas de actuación**

- Mejorar la cobertura de la asistencia bucodental a la población en general, pero prioritariamente a la población infantil y a la tercera edad.
- Dispensar una atención adecuada a pacientes especiales (discapacitados físicos y psíquicos), pacientes trasplantados, epilépticos, sometidos a radioterapia del área maxilofacial, etc.

*Indicadores:*

- Porcentajes de cobertura de la asistencia bucodental en los grupos mencionados.

**OBJETIVO 4.** Mejorar la prevención de la caries, de las enfermedades periodontales y de las maloclusiones dentarias.

**Líneas de actuación**

- Fomentar las revisiones preventivas periódicas a la población infantil.
- Identificar los niños de entre 6 y 14 años con riesgo de padecer caries dental y recomendar el tratamiento precoz.
- Iniciar programas especiales de reducción de caries en poblaciones con enfermedades sistémicas o pacientes especiales.
- Valorar el estado periodontal de la población infantil precozmente.
- Practicar diagnóstico de oclusión dentaria a la población infantil de manera temprana.
- Fomentar la realización de tratamientos interceptivos para maloclusiones.
- Promover una mayor asistencia al odontólogo de los niños desde edades tempranas.

- Incidir en la labor del pediatra, de modo que se garantice que la población infantil sea revisada con regularidad y que los padres tomen medidas elementales en la salud bucodental de sus hijos, ya desde la lactancia.
- El Sergas con periodicidad bianual deberá efectuar la revisión y actualización del Programa de Salud Bucodental Infantil que se viene realizando en las unidades de apoyo de odontología de atención primaria.

*Indicadores:*

- Reducción del nivel de prevalencia de caries al menos al 35% en la dentición de los escolares de 6 años.
- Reducción del nivel de prevalencia de caries al menos al 50% en la dentición de los escolares de 12 años).
- Reducción del índice de CAO a los 12 años a 1,50.
- Conseguir un estado periodontal sano en el 75% de los escolares de 12 años.
- Valorar la oclusión dentaria a la población infantil captada para el Programa de Salud Bucodental de Atención Primaria.
- Durante el período de vigencia del plan se le realizarán revisiones preventivas periódicas al menos al 65% de la población infantil diana dentro del Programa de Salud Bucodental de Atención Primaria.

**OBJETIVO 5.** Mejorar la prevención y atención odontológica de otros sectores de la población

**Líneas de actuación**

- Establecer la exploración sistemática de la cavidad oral, la realización de medidas educativas y consejo en materia de salud bucodental para la población adulta como tareas de educación comunitaria a realizar en las unidades de apoyo de odontología de atención primaria.
- Introducir en las unidades de apoyo de odontología de atención primaria protocolos de atención al adulto en materia de diagnóstico precoz del cáncer oral.
- Realizar exploraciones preventivas de la cavidad oral a todas las mujeres que participen en las actividades preventivas a desarrollar en las unidades de apoyo de odontología de atención primaria.
- Fomentar el tratamiento periodontal a casos especiales (diabéticos, personas con antecedentes genéticos, con enfermedades que van a provocar una pérdida prematura de los dientes, etc.).
- Fomentar la realización de tartrectomías, rehabilitación protésica y obturaciones en casos especiales.
- Impulsar la incorporación de odontólogos a los equipos de atención primaria
- Promover la creación de servicios hospitalarios de referencia para la atención de enfermedades bucodentales.

*Indicadores:*

- Porcentaje de municipios con gabinete de odontología en atención primaria de salud.
- Porcentaje de unidades de apoyo de odontología de atención primaria que aplican un "protocolo de promoción y protección de la salud dental".

**OBJETIVO 6.** Fomentar una mayor integración del área bucodental en la atención primaria y una mayor coordinación entre los propios profesionales de la salud bucodental.

**Líneas de actuación**

- Promover la coordinación entre responsables de salud bucodental (atención primaria, hospitales, salud pública, clínicas privadas, etc.).
- Fomentar grupos de trabajo, sobre todo con los médicos de familia y los pediatras.
- Unificar criterios de tratamiento.
- Elaborar protocolos de tratamiento, sobre todo para los casos especiales.
- Fomentar una mayor vinculación administración sanitaria-universidad, estimulando la creación de proyectos de investigación aplicados a las necesidades actuales.
- Implicar a la Universidad en programas conjuntos de control y actuación sobre la población.

*Indicadores:*

- Porcentaje de hospitales públicos que controlan, mediante protocolo aprobado al efecto, la atención buco-dental de su zona de influencia.
- Número de protocolos de tratamiento de patología buco-dental aprobados con ámbito de comunidad autónoma.
- Porcentaje de unidades que siguen los protocolos aprobados.

# ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR Y DEL TEJIDO CONECTIVO

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

Objetivo general:

**OBJETIVO 1.** Retrasar la edad de aparición de secuelas a consecuencia de la patología osteo-articular.

### Líneas de actuación

- Incrementar la concienciación pública sobre la magnitud y el impacto de las enfermedades reumáticas para garantizar que se disponga de suficiente información sobre estas enfermedades, sus factores de riesgo y sus mecanismos de prevención de cara a una reducción de su incidencia y/o el retraso en la aparición de la enfermedad.
- Fomentar desde la infancia, a través de la realización de recomendaciones por parte de los profesionales sanitarios y de educación, estilos de vida saludables, especialmente aquellos relacionados con la patología osteoarticular: ejercicio físico, dieta, etc.
- Educación sanitaria de la población sobre ergonomía postural en el entorno escolar, laboral y doméstico.

### Indicadores:

- Población que declara afectación músculo-esquelética x 100/ población total.
- Número de episodios de restricción de actividad provocados por patología del sistema osteoarticular x 100/ número total de episodios de restricción de actividad.
- Número de campañas informativas sobre ergonomía postural en empresas/año.

Objetivos específicos:

**OBJETIVO 2.** Mejorar la detección, tratamiento y seguimiento de la patología osteoarticular.

**Líneas de actuación**

- Formación continuada de los profesionales, tanto en aspectos relacionados con la enfermedad reumática como en habilidades para la formación de la población acerca de las actuaciones preventivas.
- Potenciar la coordinación del profesional de atención primaria con el especialista, así como con los diversos niveles de atención sanitaria (preventivos, asistenciales, rehabilitadores), intentando mantener al máximo la autonomía del paciente en su propio medio.
- Desarrollo de protocolos consensuados entre atención primaria y especializada, para el tratamiento y seguimiento de las diferentes patologías osteoarticulares en cada uno de los niveles asistenciales.
- Facilitar el tratamiento integrado de los pacientes afectos de patología osteoarticular por parte de los diferentes especialistas responsables del mismo.

*Indicadores:*

- Número de protocolos elaborados sobre el manejo de enfermedades osteoarticulares consensuados entre atención primaria y especializada/año.
- Número de profesionales de atención primaria que realizan las actividades formativas propuestas x 100/número total de profesionales de atención primaria.

**OBJETIVO 3.** Mejorar la calidad de vida de los pacientes afectos de enfermedades del aparato locomotor.

**Líneas de actuación**

- Agilizar la resolución de las fracturas producidas en pacientes osteoporóticos.
- Desarrollo de adecuados programas de rehabilitación de los pacientes sometidos a intervenciones sobre el aparato locomotor, de cara a la recuperación de la mayor capacidad funcional posible, prevención de invalideces permanentes y mejora de la calidad de vida.
- Elaboración de guías de pacientes destinadas al desarrollo de habilidades que permitan a los enfermos mejorar su calidad de vida y la cooperación con los servicios de apoyo médico, social y personal.

*Indicadores:*

- Demora entre el episodio de fractura y la realización de la intervención.
- Demora entre intervención sobre patología osteoarticular e inicio del programa de rehabilitación.
- Número de guías de pacientes elaboradas/año.

**OBJETIVO 4.** Incrementar la detección precoz de la patología osteoarticular en la etapa infantil y del desarrollo.

**Líneas de actuación**

- Realización sistemática de revisión osteoarticular en los exámenes de salud de la población infantil y del adolescente.

*Indicadores:*

- Número de niños a los que se realiza una ecografía de cadera a las 4 semanas x 100/ niños en riesgo de displasia de cadera.
- Niños de 5-6 años a los que se detecta patología del aparato locomotor en el examen pediátrico x 100/número total de niños de 5-6 años revisados.

**OBJETIVO 5.** Incrementar la práctica de actividades deportivas por parte de la población, con una atención especial a la población infantil del sexo femenino.

**Líneas de actuación**

- Fomentar desde la infancia, tanto desde el ámbito sanitario como educativo, la realización de ejercicio físico.

*Indicadores:*

- Población que realiza ejercicio físico en el tiempo libre de forma habitual x 100 /total de la población
- Niñas menores de 16 años que realizan ejercicio físico en el tiempo libre de forma habitual x 100/niñas menores de 16 años.

**OBJETIVO 6.** Disminuir la prevalencia de dolencias osteo-articulares entre la población trabajadora.

**Líneas de actuación**

- Educación sanitaria sobre ergonomía postural en la población trabajadora.

*Indicadores:*

- Trabajadores con dolencias del sistema músculo-esquelético x 100/trabajadores totales.

**OBJETIVO 7.** Disminuir la incidencia de fracturas del cuello del fémur en población osteoporótica.

**Líneas de actuación**

- Desarrollo de medidas de prevención de caídas en la población de edad.
- Aplicación de guías de actuación clínica sobre el tratamiento de la osteoporosis.

*Indicadores:*

- Número de fracturas de cadera en la población gallega mayor de 60 años x 100/ población mayor de 60 años.

**OBJETIVO 8.** Incrementar el conocimiento de la incidencia de patología osteoarticular en la población gallega.

**Líneas de actuación**

- Desarrollo de sistemas de información necesarios para un mejor conocimiento de la incidencia y prevalencia de este tipo de dolencias, destinados a plantear objetivos cuantificables y evaluar el impacto de los programas.

*Indicadores:*

- Elaboración de un registro de la patología crónica osteoarticular.

# ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS Y DIABETES

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

**OBJETIVO 1.** Fomentar la prevención de la diabetes y las enfermedades endocrinológicas.

La sensibilización, información y educación de la población en general (y de determinados sectores o agentes específicos), respecto a la relación entre alimentación, estilo de vida, diabetes, enfermedades endocrinológicas y el riesgo de padecer incluso otras patologías de mayor gravedad, resulta decisiva.

### Líneas de actuación

- Utilizar los medios de comunicación y la publicidad como vehículo de información y sensibilización de la población.
- Fomentar una mayor educación sanitaria a nivel general. Promover campañas educativas en la enseñanza primaria y secundaria, a través de charlas en colegios, actividades, etc. Incorporar a la formación escolar más contenidos que recalquen que la importancia de una adecuada alimentación. Implicar en esta labor a los pediatras.
- Sensibilizar a todo el personal sanitario (especialmente los que desempeñan su labor en la atención primaria) de la relevancia que tienen este tipo de patologías, así como sus factores de riesgo asociados y mecanismos de detección.
- Poner en marcha estrategias de búsqueda activa de patologías endocrinológicas y diabetes. Especialmente en pacientes con antecedentes familiares, mujeres que han tenido diabetes gestacional, en todas las mujeres en período gestacional, así como en pacientes con sobrepeso y obesidad.

## **OBJETIVO 2.** Mejorar la prevención y asistencia sanitaria de la obesidad

### **Líneas de actuación**

- Realizar un esfuerzo decidido de concienciación de los riesgos que supone la obesidad.
- Realizar un esfuerzo decidido de concienciación de los médicos de atención primaria y de todos los especialistas en general, de que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento específico.
- Desarrollar protocolos de actuación terapéutica, de manera coordinada entre los médicos de atención primaria y los especialistas en endocrinología.
- Consensuar un tratamiento integral de la obesidad con dieta, ejercicio físico y los fármacos más eficaces.
- Promover campañas de educación sanitaria dirigidas a la población general, orientadas a mejorar la formación en materia de nutrición, desmitificando las "dietas milagrosas" y transmitiendo conductas alimentarias sanas.
- Promover campañas orientadas a la práctica de ejercicio físico controlado, que permitan mantener un peso corporal normal, además de contribuir al bienestar físico y psicológico del sujeto.
- Fomentar la creación de equipos multidisciplinares en el tratamiento de la obesidad, integrados por médicos de atención primaria, endocrinólogos, especialistas en dietética y nutrición y enfermeras-educadoras en enfermedades crónicas.

## **OBJETIVO 3.** Mejorar la prevención y asistencia sanitaria de la patología tiroidea

### **Líneas de actuación**

- Informar sobre las consecuencias derivadas del déficit de yodo y de la pertinencia de consumir sal yodada.
- Garantizar el acceso de toda la población a la sal yodada.
- Supervisar el consumo de sal yodada a nivel de instituciones, colegios, etc.
- Ejercer una especial vigilancia sobre los grupos de riesgo, mujeres y niños.
- Protocolizar el estudio inicial de un bocio (nódulo tiroideo, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.) de cara a establecer un diagnóstico más rápido, eficiente, efectivo y seguro para el paciente.

## **OBJETIVO 4.** Mejorar la prevención y asistencia sanitaria de las hiperlipemias

### **Líneas de actuación**

- Utilizar de forma coordinada todas las estrategias terapéuticas disponibles: dietas, ejercicio físico, fármacos hipolipemiantes (y otros fármacos según la patología asociada), educación integral de la patología y de los factores de riesgo cardiovascular derivados, etc.

**OBJETIVO 5.** Mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales

Debe contribuir a una mejora de la asistencia sanitaria la disminución de la masificación de la atención y diagnóstico precoz.

**Líneas de actuación**

- Diseñar y difundir protocolos de derivación, suficientemente consensuados y de obligado cumplimiento.
- Difundir guías de práctica clínica que ayuden a dispensar una atención adecuada y más homogénea a los pacientes diabéticos desde la atención primaria.
- Establecer parámetros clínicos que permitan un adecuado control de la calidad asistencial, utilizando los indicadores oportunos.
- Potenciar la labor consultora del endocrinólogo respecto a los servicios de atención primaria.
- Potenciar la labor dinamizadora de los servicios hospitalarios, quienes deben diseñar e poner en funcionamiento planes de actuación específicos para las diferentes patologías, en coordinación con la atención primaria.
- Crear equipos o grupos de trabajo interdisciplinarios (endocrinólogos, dietólogos, especialistas en nutrición, cardiólogos, psicólogos, etc.) para abordar las patologías más prevalentes y casos especiales (pacientes con riesgo cardiovascular, osteoporosis, menopausia, diabetes gestacional, etc.).

**OBJETIVO 6.** Mejorar la estructura y organización actual de la atención a la diabetes y nutrición**Líneas de actuación**

- En función de la disponibilidad económica, se mejorarán progresivamente la estructura (equipamientos, dietólogos y enfermeras especializadas) y se incorporarán nuevas fórmulas organizativas (hospitales de día, unidades de atención al diabético).

**OBJETIVO 7.** Protocolizar la nutrición en todos los hospitales del Sergas

- La nutrición de los pacientes hospitalizados (tanto en lo que se refiere a la nutrición artificial como natural, enteral como parenteral), deberá ajustarse a un protocolo común.

**OBJETIVO 8.** Mejorar la formación de los profesionales.**Líneas de actuación**

- Incorporar en el ámbito de la endocrinología y la diabetes a dietólogos, enfermeras especializadas y educadores.
- Fomentar una mayor participación de los profesionales en las labores de planificación y gestión.

- Identificar objetivos en términos de calidad asistencial que sean "realistas" y fomentar la implicación de los profesionales en la consecución de dichos objetivos.
- Fomentar el *feedback* constante entre los profesionales y el sistema, y entre los servicios especializados y la atención primaria.
- Poner en marcha planes de formación complementarios específicos en materia de diabetes, nutrición y dietología (sobre todo entre los profesionales de atención primaria)
- Incorporar a la formación universitaria más contenidos relacionados con la diabetes, nutrición y dietología.
- Disponer de medios informáticos y audiovisuales al servicio de la formación de los profesionales.

**OBJETIVO 9.** Fomentar la investigación epidemiológica

- Promover la investigación y la realización de estudios epidemiológicos que permitan un mejor conocimiento de la realidad, así como de las necesidades y tendencias que la definen.

*Indicadores:*

- Porcentaje de población general con un nivel básico de conocimientos sobre nutrición. (Encuesta).
- Porcentaje de población escolar con un nivel básico de conocimientos sobre nutrición. (Encuesta).
- Porcentaje de población general con acceso a un programa específico de búsqueda activa de diabetes y otras enfermedades endocrinológicas.
- Número de enfermedades endocrinológicas protocolizadas.
- Número de pacientes incluidos en cada protocolo
- Porcentaje de municipios gallegos con programa de ejercicio físico para adultos.
- Porcentaje de población que realiza ejercicio físico con regularidad. (Encuesta).
- Porcentaje de médicos de atención primaria integrados en un programa de control de la diabetes y otras enfermedades endocrinológicas.
- Porcentaje de hospitales públicos integrados en un protocolo único de nutrición.
- Porcentaje de médicos y personal de enfermería de atención primaria de salud, que han pasado por un curso de reciclaje de nutrición, diabetes y enfermedades endocrinológicas.
- Número anual de estudios epidemiológicos en el ámbito de la endocrinología y la nutrición, auspiciados por la administración sanitaria.

# SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SANIDAD AMBIENTAL

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

### OBJETIVO GENERAL

- Disminuir la exposición de la población a determinados agentes físicos, químicos y biológicos, reduciendo así el riesgo de padecer ciertas patologías asociado a factores medioambientales a los que está expuesta la población gallega, como son aquellos que se encuentran en el agua de consumo, en el aire que respiramos, así como en los alimentos.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Trabajar hacia la disminución de la exposición de la población gallega a los distintos agentes físicos, químicos y biológicos medioambientales. Para ello resulta esencial, por ejemplo, disponer de información del consumo de alimentos en la población gallega: qué comemos y de dónde vienen esos alimentos.
- Conocer el riesgo asociado a los distintos factores y categorizarlo para su gestión, entendida como elección de alternativas.
- Identificar e implicar a los diversos agentes sociales o partes interesadas que directa o indirectamente, tienen responsabilidad en la gestión del riesgo.
- Mantener el actual nivel de control sobre los factores medioambientales.

### ESTRATEGIAS

- Implantación de la metodología de análisis del riesgo en el estudio y control de los factores medioambientales.
- Diseño e implantación de sistemas de información que posibiliten conocer la exposición a los factores de riesgos ambientales, así como potenciación y nuevo enfoque de los ya existentes.
- Realización de una encuesta alimentaria y nutricional en la Comunidad Autónoma de Galicia, lo que nos permitirá conocer los hábitos alimentarios, valorar los conocimientos y actitudes de la población en relación con la alimentación y nutrición, evaluar el consumo de alimentos, conocer y evaluar la ingesta alimentaria (principios inmediatos, micronutrientes), determinar el origen de los alimentos, disponer de una herramienta para la mejora de la evaluación del riesgo alimentario, y relacionar los hábitos alimentarios con otros factores de riesgo.
- Estudio sobre los alimentos, identificación del origen de los mismos y valorar el nivel de contaminación de los mismos mediante análisis de contaminantes como metales pesados, PCB,

dioxinas, micotoxinas, radionucleidos. Residuos de plaguicidas como organoclorados, organofosforados, litiocarbamatos, N-metilcarbamatos. Aditivos como nitratos y nitritos, sulfitos y ácido bórico. Residuos de medicamentos de uso veterinario como tireostáticos, agentes anabolizantes, sustancias inhibidoras, cloranfenicol, clenbuterol y otros b-agonistas.

- Potenciar la Comisión Gallega de Seguridad Alimentaria como vehículo de concienciación e implicación de los diferentes agentes sociales con responsabilidades en la seguridad alimentaria. La disminución de riesgos pasa, en muchos casos, por la intervención de agentes sociales ajenos de modo directo al campo de la salud pública, como puede ser, entre otros, el sector de la producción primaria y las unidades administrativas que o supervisan y controlan, o los propios consumidores.
- Identificación e implicación en la gestión del riesgo de los agentes sociales o partes interesadas en cada caso concreto. Determinar quién es el gestor más adecuado depende de cada situación. De tratarse de una cuestión de orden legal, la gestión deberá recaer sobre un órgano con competencias, pero ésta puede ser compartida por otros actores.

Es obvio que los resultados de las primeras líneas de trabajo expuestas anteriormente no estarán disponibles a corto plazo, por lo tanto la planificación del control sanitario de los alimentos, basada en la filosofía de disminución de riesgos no podrá ser implantada de modo inmediato. Hasta el momento de su implantación se mantendrán las estrategias establecidas hasta ahora:

- Ejecución de los programas de control sanitario de industrias y el programa de control sanitario de alimentos, mediante los cuales se llevan a cabo la vigilancia y control sanitario de las industrias y establecimientos alimentarios que elaboran, manipulan y distribuyen alimentos, tanto por parte de la administración como de la propia empresa.
- Mantenimiento e impulso de las actividades de control de residuos en animales y carnes frescas y otros productos de origen animal, cumpliendo los objetivos anuales de muestreo impuestos por la Unión Europea.
- Formación de los manipuladores de alimentos, con la coordinación y supervisión de las actividades de formación en buenas prácticas de higiene de los manipuladores, en función de las directrices de la Unión Europea.
- Realización de actividades de información a la población sobre determinadas actitudes de riesgo con el fin de que puedan incorporarlas en la toma de decisiones cotidiana.
- Incremento del conocimiento de las causas asociadas a los brotes de carácter alimentario, a través de su investigación epidemiológica.
- Mantener las estrategias actuales de control sanitario de los riesgos medioambientales específicos.

*Indicadores:*

- Nivel de implantación de un sistema de información que recoja los indicadores propuestos por el "Sexto programa de acción de la Comunidad Europea de materia de medio ambiente para el período 2001-2010".
- Realización de la encuesta alimentaria y nutricional de Galicia.
- Instauración de un estudio anual de origen, calidad y nivel de contaminación de los alimentos.
- Porcentaje de manipuladores de alimentos que fueron formados en los últimos dos años.

# PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE LA MATERNIDAD. INFANCIA. MENOPAUSIA

## Objetivos, líneas de actuación e indicadores

### Infancia

**OBJETIVO 1.** Mejorar el nivel de salud infantil.

- Para el año 2005 la mortalidad infantil en Galicia deberá disminuir en relación a la tasa de 1998 (4,69 por mil nacidos vivos).
- Para el año 2005 las tasas de mortalidad neonatal y perinatal deberán continuar descendiendo, en mayor proporción que la media estatal.

**OBJETIVO 2.** Impulsar las actividades preventivas y la detección precoz de los problemas de salud en la etapa infantil en el ámbito de atención primaria.

### Líneas de actuación

- Potenciar el programa de seguimiento del niño sano en atención primaria.
- Durante el período de vigencia de este plan se procederá a la actualización del programa de seguimiento del niño sano.

#### *Indicador:*

- Se medirá por la elaboración, actualización y publicación y difusión del programa de seguimiento del niño sano.

- Durante el período de vigencia de este plan se procederá al desarrollo de los distintos subprogramas del programa de seguimiento del niño sano correspondientes a: alimentación, prevención de la muerte súbita del lactante y prevención de accidentes infantiles.

#### *Indicador:*

- Se medirá por la elaboración y difusión de los mismos.

- El 90% de los niños de 0 a 5 años atendidos en atención primaria habrán recibido los controles indicados en el programa de seguimiento del niño sano. El 75% de los niños de 5 a 14 años atendidos en atención primaria habrán recibido los controles indicados en el mismo.

**OBJETIVO 3.** Protocolizar la atención a niños que pertenezcan a grupos de riesgo y la coordinación con los recursos sociales y las asociaciones comunitarias.

**OBJETIVO 4.** Diseño y difusión de los programas de las patologías crónicas más prevalentes en la infancia.

- Elaboración del programa de atención al asma en la infancia por ser una de las patologías crónicas más comunes en este grupo de edad y cuya prevalencia está en aumento.

*Indicador:*

- Se medirá por la elaboración y difusión del programa.

**OBJETIVO 5.** Fomentar y propiciar la lactancia materna como el alimento óptimo y exclusivo para el lactante durante los primeros seis meses de vida.

- En el año 2005 al menos el 60% de los niños estarán alimentados con lactancia materna a los tres meses y el 40% a los seis meses.

**Líneas de actuación**

- Capacitar a todos los profesionales sanitarios que están en contacto con las embarazadas y las madres recientes para que asuman la importancia de promover la lactancia materna, sean capaces de facilitar la información oportuna y posean un buen conocimiento práctico de cómo se mantiene la lactancia natural.

*Indicador:*

- Debe contemplarse la oferta de cursos o de publicaciones o información en este tema.

- Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios para la salud de la madre y del niño, de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses y de la forma de ponerla en práctica. Incidir sobre la resolución de los problemas prácticos más comunes en relación con la lactancia.

*Indicadores:*

- En el 80% de historias clínicas de gestantes de atención primaria y obstetricia constará consejo e información sobre la lactancia materna a las futuras madres.
- El servicio de educación para la maternidad que llevan a cabo las matronas incluirá en el 100% de los casos información sobre la lactancia materna.
- Aprovechar los contactos que propicia el desarrollo del programa del niño sano para seguir apoyando de manera activa la lactancia materna y ayudar a resolver de manera efectiva los problemas prácticos y las dudas que puedan plantearse.

*Indicadores:*

- El 90% de las historias de niños de 0 a 2 años cumplirán los controles de salud del programa del niño sano, frente al total de historias de niños de esa edad, en cada servicio de atención primaria.
- Instaurar en las maternidades una política activa de fomento de la lactancia y una organización que permita:
  - Estimular el contacto piel a piel inmediato al nacimiento en todos los casos normales.
  - Facilitar la primera puesta al pecho dentro de la primera hora de vida siempre que sea posible.
  - Fomentar la lactancia materna como alimento exclusivo de los recién nacidos desde un primer momento, a no ser que esté médicamente indicado otro alimento o bebida.
  - Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas al día.
  - Informar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si tienen que separarse momentáneamente.
  - Fomentar la lactancia natural a demanda.
  - Facilitar la lactancia materna en aquellos casos especiales en los que por problemas de la madre o del recién nacido deban estar separados, siempre que el estado de salud de ambos lo permita y no exista contraindicación.

*Indicadores:*

- Existencia y difusión en cada servicio de obstetricia y neonatología de un protocolo de actuación escrito, que contemple estos aspectos.
- Actualización anual del protocolo recogiendo las sugerencias de los profesionales en la organización interna del servicio para poder llevar a cabo de forma efectiva el protocolo.
- La organización estructural y funcional de estos servicios favorecerá el cumplimiento de esta política sanitaria.

**OBJETIVO 6.** Promover acciones para minimizar el impacto emocional que conlleva la estancia hospitalaria en la población infantil y en sus familias y para garantizar el derecho a la información.

**Líneas de actuación**

- Antes de la finalización de este plan todos los hospitales vinculados al Sergas y con actividad asistencial destinada a pacientes en edad pediátrica dispondrán de una política explícita de atención al usuario en lo que respecta a:
  - Proporcionar información clara para el niño y su familia en el momento del ingreso y a lo largo del proceso.
  - Garantizar hasta el máximo posible sin interrumpir las tareas asistenciales la compañía de un familiar o responsable en los momentos más angustiosos del proceso de atención.
  - Facilitar el desarrollo de las actividades cotidianas del niño y del adolescente ingresado.
  - Proporcionar apoyo psicológico específico a los niños y a los adolescentes y familiares cuando sea necesario.
  - Preparar el alta del paciente proporcionando la información necesaria a los familiares respecto al tipo de atención y servicios a su alcance a fin de asegurar la continuidad asistencial posterior al alta.

*Indicador:*

- Se medirá el porcentaje de hospitales que cumplen con los puntos anteriores.
- Se deben evitar en la medida de lo posible las estancias y pruebas diagnósticas que no sean estrictamente necesarias. Para ello se procurará protocolizar los tratamientos de procesos que pueden motivar ingresos innecesarios o que son sometidos a pautas de tratamiento o diagnóstico muy variables. Se harán evaluaciones periódicas de las estancias y pruebas diagnósticas originadas por estos procesos, a fin de valorar el grado de cumplimiento de los protocolos.

*Indicador:*

- Existencia de dichos protocolos y de una comisión hospitalaria que analice su cumplimiento y la evolución de los resultados de sus evaluaciones.

**OBJETIVO 7.** Promover acciones específicas en la adolescencia para la promoción de la salud y la prevención.

- Elaboración de un programa específico en atención primaria para la etapa de la adolescencia que recoja la atención a los siguientes aspectos: anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, información y consejo sobre hábitos tóxicos, prevención y detección precoz de trastornos de salud mental en esta etapa y prevención de accidentes de tráfico.

*Indicador:*

- Se medirá por la elaboración, actualización y difusión del programa.

**Maternidad*****Anticoncepción*****OBJETIVO 1.** Aumento de la oferta efectiva asistencial de información y seguimiento de la anticoncepción.**Líneas de actuación**

- De aquí al 2005 el 80% de los servicios de atención primaria deberán oferta el servicio de información y seguimiento de métodos anticonceptivos con los criterios mínimos de calidad que aseguran su correcta atención. Dicha oferta se formalizará en la firma del contrato programa anual y la evaluación del mismo se realizará a través de una auditoría de las historias clínicas de cada servicio de atención primaria.

*Indicadores:*

- Porcentaje de servicios de atención primaria que firman en su contrato programa la oferta de este servicio.
- Porcentaje de historias de mujeres entre 14 y 49 años en cuya historia clínica conste haber recibido información sobre métodos anticonceptivos al menos una vez en los últimos cinco años, respecto al total de mujeres de esa edad de la población adscrita.
- Porcentaje de historias de mujeres entre 14 y 49 años en cuya historia clínica conste el cumplimiento de los criterios mínimos de calidad asistencial de este servicio definidos en el contrato programa respecto al total de mujeres de esa edad de la población adscrita.

- Durante la vigencia del plan se desarrollará un sistema de información que permita un mejor conocimiento de la actividad desarrollada por los centros de orientación sexual.
- Revisión de los circuitos asistenciales de anticoncepción quirúrgica a fin de facilitar los trámites y establecer unos tiempos de espera razonables.
- Actuación conforme a protocolos de actuación conjunta entre los servicios de atención primaria y los COF.

*Indicador:*

- Se comprobará la existencia de este protocolo.

**OBJETIVO 2.** Garantizar la equidad en el acceso a la información, seguimiento y utilización del método anticonceptivo más adecuado a las circunstancias individuales de las mujeres pertenecientes a grupos de riesgo y a grupos de edad vulnerables.

- El porcentaje de nacimientos y de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en mujeres menores de 20 años descenderá de forma paralela y continuada en los próximos años.
- El porcentaje de nacimientos y de IVE en mujeres mayores de 45 años descenderá de forma paralela y continuada en los próximos años.

**Líneas de actuación**

- Para el año 2005 un 60 % de los servicios de atención primaria ofertarán el servicio de atención al adolescente con los criterios mínimos de calidad que aseguran su correcta atención.

*Indicadores:*

- Porcentaje de servicios de atención primaria que firman en su contrato programa la oferta de este servicio.
- Porcentaje de historias de personas entre 14 y 19 años en cuya historia clínica conste haber recibido información sobre métodos anticonceptivos, respecto al total de personas de esa edad de la población adscrita.

- Derivación de las adolescentes y mujeres cercanas a la menopausia atendidas en las maternidades para información sobre anticoncepción de manera que se asegure la continuidad asistencial.

*Indicadores:*

- Existencia de protocolos escritos de derivación para anticoncepción en partos de adolescentes y mujeres cercanas a la menopausia en todas las maternidades que garanticen la continuidad de la asistencia y el seguimiento.
- Existencia de información sobre anticoncepción y de métodos compatibles con la lactancia materna como parte del protocolo de atención al parto.

- Existencia de un protocolo de coordinación de los COF con los recursos asistenciales y sociales de su ámbito que atiendan a grupos marginales y de riesgo (por ejemplo prostitutas).

*Indicador:*

- Se medirá por la existencia de dicho protocolo.

- Desarrollo de programas de educación afectivo-sexual en colaboración con los centros educativos en el marco de la educación en valores.
- Acceso efectivo a la anticoncepción de urgencia mediante la anticoncepción postcoital, en los casos indicados, a través de los dispositivos de atención primaria y los centros de orientación familiar.

### ***Interrupción voluntaria del embarazo***

**OBJETIVO 1.** Procurar la equidad en el acceso a la realización de las IVE.

#### **Líneas de actuación**

- Accesibilidad geográfica: oferta efectiva.
- Facilitar los trámites para la interrupción voluntaria del embarazo, evitando desplazamientos.

#### *Indicadores:*

- En el año 2005 el porcentaje de IVE realizadas fuera de la comunidad será menor del 15% del total de IVE practicadas a mujeres residentes en Galicia.

**OBJETIVO 2.** Evitar que la interrupción voluntaria del embarazo se convierta en un procedimiento sistemático de control anticonceptivo.

#### **Líneas de actuación**

- Protocolizar el seguimiento de las mujeres a las que se les haya practicado más de una IVE.
- Elaboración y aplicación de un protocolo de derivación de las mujeres atendidas por una IVE para consejo sexual y reproductivo que garanticen la continuidad de la asistencia y el seguimiento.

#### *Indicadores:*

- El porcentaje de mujeres que ha tenido más de un aborto deberá descender en los próximos años, hasta ser inferior al 5% en el 2004.
- Existencia de un circuito formal y protocolizado desde los centros donde se practican las IVE, a los dispositivos asistenciales implicados.

### ***Embarazo y parto***

**OBJETIVO 1.** Mejorar el nivel de salud materno-infantil

- De aquí al año 2005 deberá mantenerse la mortalidad materna relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio en las cifras actuales.
- Para el año 2005 las tasas de mortalidad perinatal y neonatal deberán continuar descendiendo en mayor proporción que la media estatal.
- La prevalencia de bajo peso al nacer deberá llevar una tendencia decreciente.
- La prevalencia de prematuridad cronológica deberá llevar una tendencia decreciente.

### Líneas de actuación

- Garantizar que el 100% de las embarazadas tengan acceso a unos cuidados mínimos definidos en el protocolo de seguimiento.
  - Promover un seguimiento compartido del embarazo entre atención primaria y atención especializada en función de protocolos conjuntos y con un intercambio fluido de información entre ambos niveles.
  
- Mejora de la calidad asistencial mediante la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, más concretamente:
  - Elaboración y difusión de un protocolo mínimo de seguimiento del embarazo entre atención primaria y especializada, basado en la evidencia científica disponible, que establezca la cantidad y calidad de actuaciones necesarias a la luz de la evidencia científica actual.
 

*Indicador:*

    - Se evaluará por la existencia de dicho protocolo
  
  - Garantizar la formación continuada de los profesionales implicados en la atención al embarazo, poniendo en marcha programas de formación que contemplen la asistencia al embarazo y su organización entre los profesionales de salud (médico de atención primaria, médico de familia, obstetras, matronas, enfermeras...)
 

*Indicador:*

    - Se evaluará por la oferta de cursos de formación.
  
  - Protocolización de las indicaciones de cesárea y seguimiento del mismo.
 

*Indicador:*

    - Se evaluará por la existencia del protocolo en todas las maternidades y por el porcentaje de cesáreas que se atienden a las indicaciones especificadas en dicho protocolo.
  
- Evitar las anomalías congénitas susceptibles de prevención, concretamente:
  - Ofrecimiento del diagnóstico prenatal de anomalías congénitas al menos al 90% de las mujeres gestantes de riesgo, de acuerdo con el protocolo vigente de diagnóstico prenatal, facilitando información completa y comprensible sobre los procedimientos que deben aplicarse.
 

*Indicador:*

    - Se medirá mediante el porcentaje de historias clínicas de embarazadas de riesgo donde conste la oferta del diagnóstico prenatal.
  
  - Educación sanitaria para la promoción de actitudes y hábitos de salud positivos en las etapas pregestacional y gestacional y, especialmente, la dirigida a adolescentes.
  - Cobertura de la vacunación de la rubéola en mujeres en edad fértil de un 90%.
  - En el 90% de las historias clínicas de embarazadas constarán anotaciones de las variables relacionadas con el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y otras drogas y el consumo de medicamentos durante el embarazo.

*Indicador:*

- Se evaluará mediante el porcentaje de historias clínicas de mujeres a seguimiento del embarazo donde consten las anotaciones de dichas variables respecto al total de historias de mujeres a seguimiento de embarazo.

- Facilitar el acceso al consejo genético a todas las parejas consideradas en situación de riesgo según el protocolo vigente.

- Seguimiento adecuado del embarazo, en concreto:

- El 80% de las mujeres embarazadas habrá recibido la primera visita de control del embarazo dentro de las 12 primeras semanas de gestación.

*Indicador:*

- Se evaluará mediante el porcentaje de historias clínicas de mujeres a seguimiento del embarazo donde conste que la primera visita se ha realizado dentro de las doce primeras semanas de gestación frente al total de historias de mujeres a seguimiento de embarazo.

- Cumplimiento de los cuidados mínimos de atención prenatal con la perioricidad adecuada según el protocolo vigente en el 80% de las embarazadas.

*Indicador:*

- Se evaluará mediante el porcentaje de historias clínicas de mujeres a seguimiento del embarazo donde consten el número de visitas recomendado y el contenido de los cuidados de atención prenatal correctos definidos en el protocolo respecto al total de historias de mujeres a seguimiento de embarazo.

- Antes de la finalización de este plan de salud, el 90% de las embarazadas habrán sido tipificadas según el riesgo y habrán sido atendidas en el nivel asistencial que les corresponda, de acuerdo con los criterios de seguimiento del embarazo que estén protocolizados.

*Indicador:*

- Se evaluará mediante el porcentaje de historias clínicas donde conste la evaluación del riesgo según el protocolo y su seguimiento en el nivel asistencial adecuado respecto al total de historias de mujeres a seguimiento de embarazo.

**OBJETIVO 2.** Asegurar el bienestar psicológico de la madre y del niño en la atención al embarazo y el parto.

**Líneas de actuación**

- Evitar en lo posible las hospitalizaciones y los ingresos innecesarios para la realización de las pruebas contempladas para garantizar la salud maternoinfantil.
- Antes de la finalización de este plan, los hospitales vinculados al Sergas con unidades de atención maternoinfantil dispondrá de una política explícita de atención al usuario, en lo que respecta a:
  - Posibilidad de elección de anestesia epidural en el parto, siempre y cuando no se contradiga con las indicaciones médicas.

- Posibilidad de contar con un acompañante durante el proceso de dilatación y parto
- Facilitar el contacto del recién nacido con su madre durante toda la estancia en el centro.

*Indicador:*

- Se evaluará mediante el porcentaje de hospitales que faciliten los tres puntos anteriores

## Menopausia

**OBJETIVO 1.** Promocionar la salud de las mujeres consideradas dentro del período perimenopáusico y climaterio, proporcionándoles una atención integral, accesible, de calidad científico-técnica contrastada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales, mediante medidas que incrementen la esperanza de vida libre de discapacidad y con la participación activa de la mujer en la toma de decisiones.

### Líneas de actuación

- De aquí al 2005 el 90% de los servicios de atención primaria ofertarán el servicio de atención al climaterio con los criterios mínimos de calidad que aseguran su correcta atención y están especificados en el documento de "Procedimientos clínicos en atención primaria".

*Indicador:*

- La oferta se formalizará en la firma del contrato programa anual y la evaluación del mismo se realizará a través de una auditoría de las historias clínicas de cada servicio de atención primaria que medirá el porcentaje de historias clínicas de mujeres incluidas en este servicio que cumplen los criterios mínimos de calidad.

- Reducir la variabilidad sobre la práctica clínica, elaborando y/o difundiendo las guías de práctica clínica en la atención a los problemas de salud que se asocian al climaterio en todos los niveles asistenciales.

*Indicador:*

- Se evaluará por la adopción explícita o la elaboración propia de una guía de buena práctica asistencial en la atención a este problema por los profesionales de ambos niveles asistenciales implicados en su asistencia.

- Prevenir y tratar problemas de salud específicos del climaterio de acuerdo con la evidencia científica actual.

*Indicador:*

- En el 90% de las historias clínicas de las mujeres climatéricas a tratamiento con THS constará una valoración individualizada de su indicación de acuerdo con la guía de buena práctica asistencial adoptada.

- Actualizar la formación de los profesionales sanitarios en esta materia.

*Indicador:*

- Se evaluará por la oferta de cursos sobre la atención al climaterio dirigidos a los profesionales de ambos niveles.

- Mejorar la salud de la mujer climatérica mediante la adopción de estilos de vida saludables. Más concretamente:

- Potenciar en las mujeres jóvenes una adecuada alimentación y la práctica del ejercicio físico a fin de alcanzar el máximo de pico óseo.

*Indicador:*

- En el 80% de las historias clínicas de las mujeres de 15 a 45 años que acuden a los servicios de atención primaria constará al menos en una ocasión valoración y consejo si procede sobre un adecuado aporte de calcio en la dieta, la práctica de ejercicio físico y hábitos saludables de vida.
- Promocionar los estilos de vida saludables en las mujeres perimenopáusicas.

*Indicador:*

- En el 100% de las historias clínicas de las mujeres perimenopáusicas que acuden a los servicios de ginecología y reumatología por problemas relacionados con el climaterio constará consejo/información sobre la dieta, ejercicio físico y hábitos saludables de vida.

- Prevenir riesgos de salud específicos a través del diagnóstico precoz y de la detección de riesgos en coordinación con otros programas. Más concretamente:
  - Reforzar la inclusión del 100% de las mujeres atendidas por problemas relacionados con el climaterio en los programas de cribado de cáncer de mama y de cáncer de cérvix uterino.

*Indicador:*

- Se medirá por porcentaje de las historias clínicas de las mujeres climatéricas constará la indicación de inclusión en los programas de cribado de cáncer de mama y de cáncer de cérvix vigentes en su ámbito de actuación.

**OBJETIVO 2.** Asegurar la accesibilidad y la equidad en la información sobre el climaterio, sus posibles complicaciones y tratamiento, a todas las mujeres gallegas peri o postmenopáusicas y en los términos adecuados para que la mujer pueda participar en la toma de decisiones.

**Líneas de actuación**

- Proporcionar una mayor información a las mujeres sobre la necesidad de demandar atención sanitaria en el momento en el que cesa la actividad reproductiva.
- El 80% de las mujeres de 50 a 59 años que acudan a los servicios de atención primaria recibirán consejo/información relacionado con el climaterio.

*Indicador:*

- Se medirá por el porcentaje de historias clínicas de mujeres de este grupo de edad en las que consta que han recibido esta información respecto al total de historias de mujeres comprendidas en este intervalo de edad.

# PROBLEMAS DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Ponencia

## OBJETIVOS

Todas las reflexiones y análisis de la situación de salud, de consumo de recursos y de las consecuencias del envejecimiento de la población, apuntan a que en nuestra comunidad autónoma se deberían de establecer los siguientes objetivos generales a cumplir entre los años 2002 y 2005:

- OBJETIVO 1.** Las actividades de promoción de la salud en las personas mayores tienen que centrarse en prevenir las enfermedades y retrasar la dependencia con una mejor rehabilitación y fomentando del envejecimiento activo.
- OBJETIVO 2.** Puesto que los factores socioeconómicos y demográficos contribuyen a la aparición de la dependencia, es preciso un abordaje desde el ámbito sanitario, económico y social para la mejora de los recursos y de la atención, especialmente en los cuidados continuados, fomentando la atención a domicilio.
- OBJETIVO 3.** Una mala nutrición puede afectar adversamente a la salud y la vitalidad. Cuatro de las primeras causas de muerte y de discapacidad en las personas mayores —enfermedad cardíaca, diabetes, cáncer y alteración vasculo cerebral— pueden aliviarse con medidas que se centren en una nutrición más adecuada y la promoción de la actividad física.
- OBJETIVO 4.** El consumo de tabaco y de alcohol en estas edades sigue siendo causas importantes de la atención a la salud. La promoción de la educación sanitaria con toda probabilidad producirá una disminución de las enfermedades pulmonares, de los internamientos hospitalarios, del deterioro de la funcionalidad y, consecuentemente, una mejora de la calidad de vida.

- OBJETIVO 5.** Se deberá garantizar la reducción al mínimo del consumo y abuso de medicación, con una prescripción eficaz y eficiente, tomando medidas no sólo de regulación, sino educativas del ciudadano, de los servicios sanitarios y de los cuidadores, tanto los familiares y allegados, como los profesionales.
- OBJETIVO 6.** La persona mayor quiere envejecer en la casa. Para que esta realidad sea posible, será preciso cuidar a los cuidadores, que con frecuencia acostumbran a ser también mayores, para poder seguir proporcionando el cuidado.

## LINEAS DE ACTUACIÓN

- Medidas preventivas y de seguimiento de la salud. Garantizar que en la vejez existan programas de prevención en la atención primaria, en especial para aquellas dolencias o riesgos que puedan producir una dependencia a corto plazo como son:
  - Detección de problemas sensoriales, visión y audición.
  - Prevención de caídas, reduciendo al mínimo los riesgos en el hogar y en el entorno y aconsejando sobre situaciones de inseguridad.
  - Actuación temprana en las personas con deterioro cognitivo.
  - Prevención y seguimiento de la diabetes y de sus problemas añadidos.
  - Prevención y seguimiento de los problemas cardiovasculares.
  - Prevención y seguimiento de la obesidad y de los problemas nutricionales.
  - Prevención y seguimiento de los problemas pulmonares y del consumo de tabaco.
  - Seguimiento de los bebedores de riesgo.
  - Vacunación de la gripe.
  - Prevención de las dolencias odontológicas, basándose en una educación higiénica de la boca en el más amplio sentido del término, incluyendo la visita periódica al odontólogo, para conservar y retrasar al máximo posible la pérdida de los dientes.
- Medidas educacionales de la población general, a los pacientes y cuidadores principales. Educar a las personas mayores y al público en general, especialmente a los cuidadores no profesionales, en las necesidades nutritivas específicas para las personas mayores, incluyendo la ingesta de agua, calorías, proteínas, vitaminas y minerales; del uso correcto de los fármacos; del beneficio del ejercicio físico como actividad preventiva y de que algunos problemas en esta edad pueden evitarse o por lo menos mejorar.
- Impulsar la formación en la atención primaria y la potenciación de la asistencia en las personas mayores, con una visión más preventiva y rehabilitadora de la funcionalidad.
- Impulsar la formación y la creación de servicios específicos para la atención a las personas mayores en los hospitales: servicios de geriatría, atención psicogeriátrica y unidades de demencias.
- Potenciar la coordinación de los recursos asistenciales, tanto sociales como sanitarios, para la creación de una estructura que permita el seguimiento efectivo de los pacientes en situación de riesgo y de aquellos que tienen una dependencia, procurarles una atención adecuada.

- Impulsar la cooperación con los diversos sectores de la ciudadanía que realizan labores de apoyo a los pacientes y familiares de las enfermedades neurodegenerativas.
- Actuación sobre los factores del entorno físico, modificando los condicionantes urbanos y rurales, las viviendas y la cobertura de la atención en las áreas rurales con el fin de evitar el aislamiento social y sanitario de esta población.
- Actuación sobre los factores de conducta, fomentando el abandono del tabaquismo y disminuyendo el consumo de alcohol hasta los niveles aceptados como saludables en este último.
- Una política de salud en las personas mayores debe integrar también una política de salud para los cuidadores principales, prevención de su salud física (procurando la posibilidad de descanso, mediante estancias temporales o centros de día), ayudar en los momentos de mayor carga asistencial, prevención de la salud psíquica con grupos de autoayuda.

## INDICADORES

- Porcentaje de población mayor de 65 años con cobertura de atención sanitaria a domicilio.
- Porcentaje de población mayor de 65 años con cobertura de atención social a domicilio.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que vive sola, cubierta por un sistema de aviso de urgencia.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que realiza actividad física regular adaptada a su edad.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que acudió a su médico general en el último año.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que acudió al dentista en el último año.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que acudió al oftalmólogo en el último año.
- Porcentaje de población mayor de 65 años que acudió al otorrinolaringólogo en el último año.
- Porcentaje de población mayor de 65 años vacunada frente a la gripe.
- Porcentaje de población mayor de 65 años dependientes, sin cobertura adecuada.
- Porcentaje de población con cobertura mediante centros de día.