

CONCLUSIONES FINALES

MESA DEBATE INAUGURAL

"Orientaciones y tendencias en la evaluación sanitaria"

Modera: D. Rafael Peñalver Castellano. Subdirector Médico Inspección Médica SESCOAM

D. Raimon Belenes Juárez. Consultor de Servicios Sanitarios

D. Alfredo Sánchez Monteseirín. Subdirector General de Inspección de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

D. Joaquín Estévez Lucas. Presidente SEDISA

D. José Ramón Repullo Labrador. Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Madrid

La mesa sobre "Orientaciones y tendencias en la evaluación sanitaria", con la participación de Raimon Belenes Juárez, Alfredo Sánchez Monteseirín, Joaquín Estévez Lucas y José Ramón Repullo Labrador se orientó y dirigió mediante una metodología muy participativa relacionada con la respuesta de 4 preguntas relacionadas con la evaluación de los servicios sanitarios a la que respondieron los ponentes en base a su gran experiencia gestora con el denominador común de su procedencia como inspectores médicos.

A la primera pregunta **¿Es necesaria la evaluación interna de la asistencia sanitaria que estamos prestando a los ciudadanos usuarios del Servicio Público de Salud?** Hubo unanimidad en su necesidad, pero realizándose de una forma metodológica y rigurosa, así el Dr. Repullo planteó el procedimiento de la evaluación explicada en base a la matriz TAPIC de dimensiones de buen gobierno:

- **TRANSPARENCIA:** todo lo financiado con dinero público debe estar en dominio público, salvo que afecte a la privacidad.
- **ACCOUNTABILITY (rendición de cuentas):** el PRINCIPAL en la relación de agencia tiene el derecho a ser informado activa y plenamente por su AGENTE.
- **PARTICIPACIÓN:** la evaluación añade inteligibilidad a la transparencia de los datos brutos, y facilita la participación no experta en los problemas de ciudadanos.
- **INTEGRIDAD:** la existencia y la apropiada funcionalidad de la evaluación actúa como factor inhibitor de la desviación del interés público hacia el interés particular.
- **COMPETENCIA:** genera un conocimiento acumulado tangible e intangible que se atesora como inteligencia institucional de la organización.

Hubo unanimidad en que la evaluación es necesaria pero con la premisa de que solo "se puede mejorar aquello que se mide".

Ante la segunda pregunta: **¿hasta dónde debemos llegar con un sistema de evaluación interno de la asistencia sanitaria?** La respuesta planteada fue HASTA QUE SEA EFICIENTE. Para ello debe ir dirigida en base a los siguientes pilares:

Amplitud de foco: los “sistemas complejos adaptativos” necesitan campo temático y de variables para construir modelos explicativos suficientemente robustos y aplicables para los procesos de mejora.

Profundidad del análisis: moverse de lo formal (ESTRUCTURA y recursos, incluidos los normativos) a lo operativo (PROCESO), y en lo posible al valor final (RESULTADOS inmediatos o remotos). FISCALIZACIÓN, EVALUACIÓN OPERATIVA, INVESTIGACIÓN EVALUATIVA.

Costes: considerar la economía del control y la evaluación; ¿cuesta más el collar evaluativo que el perro evaluado?; hay modelos para conseguir evaluación eficiente.

Hay que tener en cuenta que el sistema sanitario español tiene un magnífico conjunto de datos pero que la existencia de muchos datos no garantiza que la evaluación se pueda realizar de una manera objetiva si no se seleccionan los mismos. Entre los déficit evaluativos más importantes está el no haber avanzado en evaluar la productividad del sistema y de sus componentes.

Ante la tercera pregunta: **¿En qué debe consistir esa evaluación interna?** Se profundizó en el cómo ha de realizarse la evaluación, coincidiendo en que hay que hacer DOS GRANDES TIPOS DE ABORDAJE y que:

- Para los sistemas estabilizados y de respuesta lineal: CONSTRUIR INDICADORES EN EL PROPIO PROCESO.
- Evaluar en relación a unas normas legales o técnicas, o al estándar estadístico de desviación acusada e inexplicable de la normalidad. Debiendo centrarse en la evaluación del desempeño de los profesionales. En la actualidad y dada la tendencia de las tecnologías habría que centrar la evaluación en los cambios disruptivos y la evaluación de las tecnologías.

El Dr. Repullo considera que el establecimiento de planes de inspección ayudaría a desarrollar un sistema de evaluación interna de los propios recursos de una forma periódica y objetiva. En lo que coincidió el Dr. Esteve insistiendo en la necesidad de un plan de auditorías de los servicios públicos. A todo el Dr. Monteseirín insistió en la credibilidad de los evaluadores como elemento clave. Credibilidad unida a necesidades objetivas y siempre en base a la transparencia necesaria para que los diferentes agentes sociales puedan tomar determinaciones.

En este punto se debatió por parte de todos sobre la necesidad de independencia de los evaluadores, incidiéndose en que uno de los puntos más inmediatos a evaluar serían los diferentes contratos de gestión que se pactan en los sistemas sanitarios.

NO OLVIDAR QUE HAY DOS DESENCADENANTES DE LA EVALUACIÓN INTERNA

- Reactiva: emerge un problema y hay que navegar aguas arriba hacia las causas.
- Proactiva: hay un área problema que entraña riesgos de futuro y se aborda un “mantenimiento preventivo focalizado”.

El último punto fue el más debatido, y con más participación de los asistentes con la pregunta: **¿Quién debe hacer la evaluación interna de la asistencia prestada?** El Dr. Repullo planteó nuevas preguntas ante modelos de gobernanza con dos ejemplos:

- Órganos colegiados de gobierno para crear un espacio para la rendición de cuentas y la transparencia (más que para la participación).
- Contratos de gestión y acuerdos de gestión clínica plurianuales, enlazado con gestión presupuestaria realista y con habilitación de remanentes y devengos de un año a otro.

El Dr. Belenes considera que antes de plantearse quien tiene que hacer la evaluación debe existir una cultura de la evaluación, cultura que ha de ser continuista, nunca puntual y en su opinión, en esa línea las personas o profesionales ideales para llevar a cabo la evaluación serían los jefes de servicio con el apoyo de los inspectores médicos.

Para el Dr. Estévez deberían ser los auditores inspectores, pero al igual que en otras áreas de las auditorías con unas competencias demostradas y acreditadas.

Para el Dr. Monteseirín está claro que deben ser los inspectores médicos pero con una credibilidad aceptada por la organización, recordando que los inspectores no somos "los médicos de las bajas" sino que somos los garantes de los derechos de los usuarios de la sanidad "especialistas en ti".

MESA REDONDA 1. "Resultados del cambio de normativa en IT: La experiencia de los Servicios de Salud"

Moderador: D. Roberto Campos Villamiel. Jefe de Servicio de Prestaciones, Seguridad Social e Incapacidad Temporal. Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCOCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) Presidente AISSCAM.

D. Roberto Pesquera Barón. Jefe de Servicio de Inspección del Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl)

D. José María Morán Llanes. Médico Inspector. Secretario del Colegio de Médicos de Madrid (ICOMeM). Vicepresidente FAISS

D. Antonio Larriba García. Inspector Médico. Inspección Médica de Pontevedra. Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Presidente Asociación Inspección Galicia

Con la publicación de Real Decreto 625/2014, se produce tras 17 años, de la anterior normativa un cambio, que en lo más sustancial afecta a los tiempos en el seguimiento y emisión de los partes de baja por parte del facultativo emisor. Esta mesa ha recogido la repercusión sobre la evolución de la prestación, y cómo ha incidido en los facultativos de Atención Primaria, trabajadores, y en la propia Inspección de Servicios Sanitarios, a partir de la experiencia en dos Comunidades Autónomas que ya han introducido modificaciones informáticas para la nueva forma de gestión, y otra que está en vías de hacerlo.

Las conclusiones más importantes han sido:

Aunque el tiempo transcurrido desde la modificación en la emisión de los partes es breve, la evolución de los indicadores parece indicar que este cambio no mejora a situación previa y genera algunos nuevos problemas.

La evolución en el coste de la prestación depende en mucha mayor medida de la situación económica, de implantación de medidas de recorte, y no de actividades de control, como demuestra el hecho de que la entrada de sucesivos actores: INSS, MCSS no ha mejorado los resultados.

Es necesario mejorar la coordinación y el flujo de información entre los agentes que intervienen en el control de la IT.

El papel del Médico de Atención Primaria es clave en la gestión de la prestación.

MESA REDONDA 2. "Distorsiones en el visado de inspección ante la nueva situación de la receta electrónica"

Moderador: *D. Javier Marco Franco. Presidente FAISS CV*

D. Juan Girbés Borrás. *Jefe de Servicio de Endocrinología. Hospital Arnau de Vilanova*

D. José Ramón Luis Yagüe Sánchez. *Director relaciones Farmaindustria*

D. Javier Armesto Gómez. *Inspector Farmacia. SALUD Aragón*

D. Jesús Ignacio Meco Rodríguez. *Director del Instituto de Investigación y desarrollo Social de Enfermedades Poco Frecuentes. INDEPF*

NECESIDAD:

- Criterios claros de visado y únicos.
- Los pacientes no deben de ver los efectos (negativos)
- Aumentar la equidad
- Permite nuevas formas de financiación por patología, riesgo compartido, techo de gasto.

OPORTUNIDAD:

- Se debe indicar con claridad todos los condicionantes del visado, clínicos, económicos, etc.
- Añade valor al mejorar la selección de pacientes limitándolos a las indicaciones financiadas.
- Como alternativas de futuro: riesgo compartido, techo de gasto.

MÉTODO/RESULTADOS

- Profesionales capacitados (prescriptores e inspectores).
- Necesidad de formación continuada.
- Único método para todo el Estado que incrementa la equidad.
- Realizado por inspectores preferentemente médicos, valorar el visado enfermero ligado a la prescripción enfermera.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

- Diferenciar financiación por tipo de paciente.
- El paciente como pieza activa del sistema.
- Incremento de la coordinación entre estamentos mediante los sistemas de información.
- Priorizar la sostenibilidad y la credibilidad del sistema.

CONCLUSIÓN

- Método aceptado con pocas alternativas actualmente.
- Necesidad de unificar criterios y que estos sean claros.
- Formación continua para todos los profesionales implicados.
- Incrementar la comunicación entre los profesionales.

MESA REDONDA 3. "Los conciertos y/o convenios singulares sanitarios: acciones de la inspección previas a su formalización"

Modera: D. José Antonio Molina Illán. Jefe de Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. Consejería de Sanidad Murcia

D. José López López. Subinspector de la Inspección de Servicios Sanitarios. Servicio de Inspección de Centros Servicios y Establecimientos Sanitarios. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia

D. Manuel Seris Granier. Director del Equipo Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Cádiz

D. Carlos Martínez Blanco. Subdirector General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

D. Francisco Pérez Abuña. Inspector Médico. Gerente de Salud de las Áreas de León. SACYL

- Se evidencia la importancia de que la inspección de Servicios Sanitarios participe en el análisis previo a la formalización de los conciertos y/o convenios singulares.
- Dicha participación debe producirse en todos los aspectos del contrato (técnico, administrativo y económico).

- Las acciones de inspección previas pueden tener un impacto sobre la eficacia y eficiencia de los servicios contratados, al menos tan grande como la acción inspectora de seguimiento y control de la actividad concertada.
- Es necesario homogeneizar la actividad de la inspección en este aspecto en las distintas Comunidades Autónomas, en lo que la FAISS puede desempeñar un papel importante.
- Se propone a la FAISS la realización de actividades de formación continuada y análisis metodológico ante las distintas asociaciones en este campo de actividad.

MESA REDONDA 4. "Listados de verificación: ¿Son verdaderamente útiles?"

Moderador: D. Carlos Fernández Herreruela. Director Médico y de Desarrollo de Negocio de Sham España. Secretario de La Junta Directiva de AEGRIS

D. Jesús María Aranaz Andrés. Jefe Servicio Medicina Preventiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

D. Pedro Ruiz López. Coordinador de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

D^a. Marta Moro Agud. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Universitario la Paz. Madrid

Jesús María Aranaz

25 millones de estancia hospitalaria en el mundo, de 13 a 24 mil millones de euros por infecciones hospitalarias, muchas de ellas moduladas por los listados de verificación quirúrgico que puede salvar 500 mil vidas al año. Es la primera de las 10 prácticas seguras reconocidas a nivel mundial, pero las primeras son también listados de verificación (aunque no quirúrgicos). Las listas deben adaptarse al medio y al tiempo: aparece el concepto del *bundle*, conjunto, manojo de acciones de prevención. El primer Listado de Verificación es la anamnesis de la historia clínica tradicional.

Son medidas sencillas, eficaces, adaptables, baratas...

Pedro Ruiz López

Una Lista de Verificación pretende que no se olvide ninguna tarea automática conociendo los responsables de la misma y sus características y utilidad. Producen una sensación subjetiva de control. Hay que crear conciencia y cultura. La cumplimentación es difícil de auditar y es muy diferente entre lista de verificación quirúrgica cumplimentada y la observación de la correcta cumplimentación. Su aplicación en todos los estudios demuestra una minoración de complicaciones sobre todo en países en desarrollo. Importante el papel de los líderes para su implantación. Interesante en la formación el papel de un videojuego en el aprendizaje del checklist. Todo es importante: el diseño, la formación... Los listados de verificación mejoran la comunicación entre profesionales con el paciente. Hay que revisar con frecuencia el contenido.

Marta Moro Agud

Introduce la utilidad de las Listas de Verificación en la recolección de datos que podrán ser analizados. En farmacias hospitalarias es útil el listado de verificación en la formación magistral, en la nutrición parenteral, especialmente neonatal y en concreto en la elaboración en sala limpia en condiciones asépticas; también en el proceso de dispensación a los pacientes hospitalizados en la conciliación medicamentosa que pueda evitar un 70% de los errores. Los listados de verificación son útiles en la gestión farmacéutica para dirigir y realizar auditorías. Un ejemplo más avanzado es el proceso de medicación oncológica en el hospital.

CONFERENCIA – COLOQUIO. "**Seguridad del paciente en la sanidad privada: ¿es importante?**"

Modera: **D. Alberto Pardo Hernández**. *Subdirector General de Calidad Asistencial. Dirección General Coordinación Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid. Junta Directiva AEGRIS*

D^a. Leticia Moral Iglesias. *Directora General de Asistencia, Calidad e Innovación. Grupo Quirónsalud. Madrid*

1. Quirón Salud tiene una estrategia institucional de calidad y seguridad del paciente.
2. En este sentido ha establecido una estructura organizativa básica, tanto a nivel corporativo como a nivel de sus centros sanitarios.
3. Sus tres líneas de actuación en seguridad son: gestión orientada a la seguridad, disminución de la infección y efectividad, y medicina apropiada.
4. Por todo lo anterior, la seguridad del paciente es importante para la sanidad privada.

MESA REDONDA 5. "**Los conciertos y/o convenios singulares sanitarios: Actuaciones de la Inspección en el seguimiento de la asistencia prestada**"

Moderador: D. Nicolás José Santana Gil. *Jefe Servicio Central de Inspección y Conciertos. Dirección del Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias*

D. Ángel Luis Guirao García. *Inspector Médico. Subdirector General de Inspección Sanitaria y Evaluación Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

D. Juan Carlos Adau Cristóbal. *Inspector Médico. Director Médico Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo*

D. Juan Antonio Fos Ibáñez. *Jefe de Programas de Inspección de Servicios Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana*

D. Ángel Paredes Menea. *Jefe Servicio Inspección Sanitaria de Don Benito. Servicio Extremeño de Salud*

Dr. Guirao:

- La Inspección Sanitaria de la Comunidad de Madrid realiza la mayor parte de las auditorías de carácter sanitario incluidas en el Plan de Auditorías para centros y servicios de gestión indirecta y esta actividad supone una proporción significativa del trabajo realizado por el Área de Evaluación Sanitaria de la Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación.
- Esta actividad proporciona al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) información primordial para garantizar la calidad de la asistencia prestada por estos centros y permite establecer comparaciones con el conjunto de los hospitales públicos, en las áreas de seguridad del paciente, calidad percibida, continuidad asistencial, prescripción farmacéutica en fármacos de especial control y prescripción de terapias respiratorias domiciliarias. Asimismo, las auditorías de facturación intercentros aportan una herramienta para realizar una correcta liquidación económica a los centros, de acuerdo con las condiciones establecidas en los contratos.

Dr. Adu:

- Es necesaria la evaluación de los centros vinculados y de la actividad que realizan bajo esa vinculación a través de protocolos establecidos a los efectos, evaluación que debe llevar a cabo personal experto y formado para ellos que son los integrantes de los Servicios de Inspección de Servicios Sanitarios.
- Los protocolos evaluarán las estructuras, los procesos y los resultados, con conocimientos descriptivos de los procesos.
- Se debe hacer un seguimiento periódico de lo acordado.
- Se debe mejorar en: Coordinación entre el Servicio Público y el vinculado; Complimentación correcta de la Historia Clínica y mecanismo que evite la duplicidad de informes o documentos.
- Integración de la información clínica y contable para control por parte del Clínico, protegiendo así los datos del paciente, en cumplimiento de la legalidad vigente en materia de protección de datos.

Dr. Fos Ibáñez

- Estamos cumpliendo las funciones del Reglamento y otras más.
- En desarrollo del análisis del control económico.
- Se necesita más formación. Llevar a cabo más y mejor en inspección.
- Adecuación de los recursos humanos.

Dr. Paredes

- Se programa y ejerce una evaluación de los conciertos sanitarios singulares existentes desde hace años en la provincia de Badajoz:
 - o Se sospechaba de la práctica de intervenciones quirúrgicas no concertadas. En la inspección realizada se constata que los centros sanitarios cumplen con los requisitos técnicos exigidos.
 - o Se detectaron irregularidades en cuanto a procedimientos y personal facultativo interviniente (personal vinculado a servicios públicos de otras CCAA). No se comunican los cambios de personal facultativo en esos centros (altas o bajas).

- Se hacen necesarias las evaluaciones y revisiones pertinentes que permitan controlar que los centros sanitarios cumplen con las condiciones pactadas y reflejadas en los conciertos.

Comunicaciones libres 3

Modera: D. Miguel Ángel Iglesias Gómez

Es imprescindible y necesario poner en valor la actividad realizada y la que potencialmente pueda realizar la Inspección de Servicios Sanitarios en prestaciones y servicios como: terapias respiratorias domiciliarias, cargas a terceros, atención a la salud bucodental, coordinación socio-sanitaria en la atención a personas mayores, etc.

Para ello se le debe dotar de las herramientas adecuadas y del acceso a la información (historia clínica electrónica) necesaria.

De este modo se podrá utilizar la capacidad de trabajo y el conocimiento del sistema que posee la inspección para poder realizar estas y otras tareas que pueden añadir valor a la labor diaria que realiza y aportar aproximaciones desde un punto de vista diferente al asistencial, en orden a poder tomar decisiones más adecuadas a la hora de enfocar y resolver los problemas.

MESA REDONDA 6. "**La evaluación de la seguridad del paciente en conciertos y concesiones**"

Moderador: D. Luis Mesa del Castillo Clavel. Director General Hospital Mesa del Castillo Murcia. Junta Directiva Unión

Objetivos de seguridad del paciente: ¿café para todos?. D. Alberto Pardo Hernández. Subdirector General de Calidad Asistencial. Dirección General Coordinación Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería Sanidad de la Comunidad de Madrid. Junta Directiva AEGRIS

Claves de la evaluación de la SP. D. José Luis Rodríguez Nava. Jefe del Área de Evaluación Sanitaria. Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación. Consejería Sanidad Comunidad de Madrid

Controlamos la seguridad en las concesiones. D. Julián Vitaller Burillo. Inspector Médico. Comisionado de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Hospital Vinalopó (Departamento de Salud Elche- Crevillente. Alicante)

¿Trabajan los centros privados para mejorar su seguridad?. D. Adolfo Fernández-Valmayor. Director General de Organización, Procesos y TIC & Digital de Quirónsalud. Presidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, IDIS

La seguridad del paciente se evalúa en los conciertos y concesiones igual que en cualquier otro hospital de la red pública, además, la sanidad privada apuesta activamente con la seguridad del paciente.

MESA REDONDA 7. "**Actuaciones inspectoras para la garantizar la confidencialidad en el acceso a la HC**"

Moderador: D. Antonio Larriba García. *Inspector Médico SERGAS. Presidente Asociación Inspección Galicia*

D. Juan Antonio Martín Tejedor. *Inspector Médico. Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios de Pontevedra. Conselleria de Sanidade de la Xunta de Galicia*

D^a. Josefa Cantero Martínez. *Profesora Titular de Derecho Administrativo. Facultad de Derecho de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Asociación Juristas de la Salud (AJS)*

D. Roberto Sabrido Bermúdez. *Gerente de Coordinación e Inspección SESCOAM*

Josefa Cantero:

- Describe el marco jurídico de la confidencialidad y las consecuencias de su uso indebido. Naturaleza jurídica, recalcando que no es un derecho, sino una obligación.
- La importancia del papel de la Inspección velando por la calidad o legitimidad del acceso. Recalca los derechos ARCO y que los datos relativos a la salud forman parte de la intimidad (derecho) sometidos a confidencialidad (deber).
- Documenta diversas sentencias condenatorias, indicando la proliferación de éstas por uso indebido.
- Hace hincapié en una última sentencia que califica de responsabilidad penal, más allá de la infracción administrativa de cualquier acceso indebido a datos sensibles.

Roberto Sabrido:

- Presenta el plan piloto (6 meses) de la comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, con tres tipos de actuaciones, correctivas, institucionales y de supervisión o evaluación, remarca que es la gerencia la responsable del cumplimiento de los derechos y así determinar si ha habido un acceso indebido a la historia clínica. En ese caso debe comunicarlo a inspección, para iniciar medidas correctivas.
- Insiste también en que a raíz de la sentencia antes referida, en los últimos tiempos han proliferado las actuaciones de remisión al Ministerio Fiscal.

Juan Antonio Martín:

- Presenta un ambicioso plan y actuaciones inspectoras para garantizar la confidencialidad al acceso en la historia clínica en la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Presenta el que fue el programa de inspección del acceso y utilización de la historia clínica electrónica (HCE), por parte de diversos profesionales relacionados con el sistema sanitario pública de Galicia.



**6 CONGRESO NACIONAL
DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS
SANITARIOS & JORNADA DE OTOÑO AEGRI
2016 DEL 10 AL 12
DE NOVIEMBRE**

ORGANIZA:  

COLABORA: 
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

TOLEDO
SEDE: HOTEL BEATRIZ TOLEDO
C/ Concilios de Toledo, s/n, 45005 Toledo

- Recalca el objetivo de implantar medidas para conseguir que los accesos sean debidos.
- Proporciona datos del programa de control de acceso de colectivos ajenos al SERGAS y concretamente del colectivo de inspectores del INSS y personal facultativo de salud Pública, así como el proyecto de auditoria del acceso del personal del SERGAS.