

# INFORME DE EVALUACIÓN

---

PLAN DE SALUD DE CANARIAS  
2016-2017

---

Entre la crisis y la transformación necesaria, para la  
innovación en la gestión de la salud y de los servicios.

**Título:**

INFORME DE EVALUACIÓN.

Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Junio de 2018.

**Edita:**

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.  
Servicio Canario de la Salud. Unidad de Apoyo-Plan de Salud.  
Dirección del Servicio Canario de la Salud.

# INFORME DE EVALUACIÓN

PLAN DE SALUD DE CANARIAS  
2016-2017

Entre la crisis y la transformación necesaria, para la  
innovación en la gestión de la salud y de los servicios.

**Unidad de Apoyo.**

Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Mayo de 2018

## Índice:

Índice .....	4
Abreviaturas .....	9
Grupo de trabajo .....	10
Agradecimientos .....	11
Introducción .....	13
Marco metodológico del informe de evaluación .....	15

### ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I

<b>Influir sobre los determinantes de la salud .....</b>	<b>21</b>
--	-----------

#### ÁREA DE IMPACTO 1

<b>Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.....</b>	<b>21</b>
1.1. Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable .....	22
1.2. Promoción de la salud infanto-juvenil .....	24

#### ÁREA DE IMPACTO 2

<b>Introducción del principio de la Salud en todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.....</b>	<b>26</b>
2.1. Participación Ciudadana y Consejos de Salud	
Actividad de los órganos de participación del Servicio Canario de la Salud.....	27
2.2. Dar conocimiento de los PGC en los Consejos de Salud.....	29

#### ÁREA DE IMPACTO 3

<b>Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes .....</b>	<b>30</b>
3.1. Alineación de los objetivos de salud pública en los PGC .....	31
3.2. Mejora de la coordinación entre la DGSP y centros asistenciales .....	31
3.3. Establecimiento de protocolos ante contingencias y alertas sanitarias .....	31

### ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II

<b>Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.....</b>	<b>34</b>
--	-----------

#### ÁREA DE IMPACTO 4

<b>Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial.....</b>	<b>35</b>
4.1. Mejorar el modelo de gestión de las enfermedades crónicas .....	37
4.2. Orientar los PGC hacia los resultados y la eficiencia.....	40
4.3. Optimización de la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios .....	42

4.4. Evaluación de guías de práctica clínica, programas y protocolos .....	44
4.5. Adecuar la oferta asistencial al perfil de cronicidad .....	44
4.6. Profundizar en la gestión de la oferta asistencial .....	45
4.7. Implantar modelos de estratificación de riesgos .....	45
4.8. Plan Integral de Urgencias Sanitarias .....	46
4.9. Elaborar e implantar un Plan de Salud Mental .....	51
El Plan de Salud Mental .....	52
4.10. Fomento de la adherencia terapéutica .....	53
4.11. Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes .....	55

### ÁREA DE IMPACTO 5

<b>Potenciar una atención primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.</b> .....	58
5.1. Facilitar la accesibilidad de pacientes agudos .....	59
5.2. Acceso a las pruebas diagnósticas .....	61
5.3. Evaluación de pruebas diagnósticas .....	62
5.4. Formación de pacientes .....	62

### ÁREA DE IMPACTO 6

<b>Enfocar la atención especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la atención primaria.</b> .....	63
6.1. Gestión clínica .....	64
6.2. Uso adecuado, según protocolos, de las tecnologías para la resolución asistencial. ....	64
1. Gestión de la demanda .....	64
2. Seguridad del paciente .....	66
6.3. Potenciación de los especialistas consultores .....	68
6.4. Potenciación de la farmacia hospitalaria .....	69

### ÁMBITO DE INTERVENCIÓN III

<b>Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y de los profesionales.</b> .....	73
---	----

### ÁREA DE IMPACTO 7

<b>Incidir en las Agendas de Investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población.</b> .....	73
7.1. Recursos y principales líneas de investigación .....	74
7.2. Planificación de la investigación sanitaria: instituto de investigación sanitaria de canarias. ....	78
- Actividad investigadora del Servicio Canario de la Salud .....	80

**ÁREA DE IMPACTO 8**

**Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el impulso del desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias. .... 82**

1. Acciones formativas llevadas a cabo por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) ..... 82

2. Actividades de la Comisión Canaria de Acreditación..... 84

3. Otras actividades realizadas ..... 86

**ÁREA DE IMPACTO 9**

**Potenciar las TIC's que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios... 89**

9.1. Potenciar las TIC en los procesos asistenciales ..... 90

9.2. Apoyo del sistema de información a la integración entre niveles ..... 91

**ÁREA DE IMPACTO 10**

**Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud de Canarias..... 94**

10.1. Orientación del sistema de información en salud..... 94

10.2. Comunicación en salud ..... 95

**ÁREAS DE COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO DE CANARIAS ..... 97**

**RESUMEN DE RESULTADOS POR ÁREAS DE COLABORACIÓN:.....98**

**Introducción ..... 98**

**1. ÁREA DE COLABORACIÓN SOCIO-SANITARIA**

**Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria..... 103**

1.1.- Colaboración con organismos e instituciones..... 104

1.2.- Apoyo a la atención a la salud mental ..... 105

**2. ÁREA DE COLABORACIÓN EN EDUCACIÓN**

**Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, en el ámbito central del Gobierno de Canarias..... 105**

2.1.- Colaboración con la Consejería de Educación..... 106

2.2.- Colaboración para la gestión de comedores escolares..... 107

2.3.- Colaboración para la estrategia NAOS ..... 107

### **3. ÁREA DE COLABORACIÓN CON AYUNTAMIENTOS Y CABILDOS**

<b>Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud con Ayuntamientos y Cabildos.....</b>	<b>109</b>
3.1.- Colaboración para la red canaria de municipios e islas saludables .....	110
3.2.- Colaboración para reducir las dependencias o adicciones .....	110
3.3.- Colaboración para la protección de colectivos desfavorecidos.....	111

### **4. ÁREA DE COLABORACIÓN CON LAS UNIVERSIDADES Y OTRAS INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES .....**

<b>4.1.- Colaboración con las universidades en formación pre y postgrado .....</b>	<b>113</b>
4.2.- Colaboración con los colegios farmacéuticos .....	113
4.3.- Colaboración con los centros concertados por el SCS .....	114
4.4.- Colaboración con los colegios profesionales y sociedades científicas .....	114
4.5.- Colaboración con la consejería de agricultura, ganadería, pesca y aguas.....	115
4.6.- Colaboración con las asociaciones de pacientes y de familiares.....	116

<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>118</b>
---------------------------	------------

<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>119</b>
----------------------	------------

## **ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I**

<b>Influir sobre los determinantes de la salud.....</b>	<b>121</b>
---	------------

### **ÁREA DE IMPACTO 1**

<b>Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.....</b>	<b>121</b>
1.1. Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable .....	122
1.2. Promoción de la salud infanto-juvenil .....	123
Salud sexual y reproductiva.....	123
Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.....	126

### **ÁREA DE IMPACTO 2**

#### **Introducción del principio de la Salud en todas las Políticas e impulso de la Participación**

<b>Ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.....</b>	<b>129</b>
2.1. Participación Ciudadana y Consejos de Salud .....	129
Reclamaciones al Servicio Canario de la Salud .....	129

**ÁREA DE IMPACTO 3**

**Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes . . . . . 132**

3.1. Mejora de la coordinación entre la DGSP y centros asistenciales . . . . . 132

    1- Programas de vacunación . . . . . 133

    2- Detección precoz del cáncer de mama y colon . . . . . 137

    3- Red de vigilancia epidemiológica . . . . . 141

        - Enfermedades transmitidas por alimentos y agua. . . . . 142

        - Enfermedades prevenibles por vacunación. . . . . 143

        - Enfermedades de transmisión respiratoria. . . . . 147

        - Enfermedades de transmisión sexual y parenteral. . . . . 149

    4. Salud ambiental y calidad del agua . . . . . 150

        - 4.1. Calidad atmosférica . . . . . 150

        - 4.2. Calidad del agua de consumo humano. . . . . 155

        - 4.3. Calidad de aguas de baño. . . . . 156

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II**

**Potenciar el sistema canario de la salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios. . . . . 157**

**ÁREA DE IMPACTO 4 . . . . . 162**

**Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial. . . . . 162**

4.1.- Mejorar el modelo de gestión de las enfermedades crónicas . . . . . 162

    1- Indicadores de bienestar a partir de los 65 años . . . . . 162

    2- Problemas crónicos de salud más prevalentes. . . . . 164

4.3.- Mortalidad. . . . . 166

    1- Mortalidad. . . . . 166

    2- Estancia media y reingresos hospitalarios . . . . . 171

    3- Tasa de cesáreas. . . . . 173

    4- Satisfacción con la atención sanitaria . . . . . 174

4.9.- Elaborar e implantar un Plan de Salud Mental. . . . . 178

4.11.-Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes. . . . . 179

**ÁREA DE IMPACTO 5**

**Potenciar una Atención Primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad. . . . . 182**

**ÁREA DE IMPACTO 6**

**Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la Atención Primaria. . . . . 183**

Seguridad del paciente . . . . . 183

## Abreviaturas:

- AP:** Atención Primaria.
- AE:** Atención Especializada.
- DGPPAA:** Dirección General de Programas Asistenciales.
- DGSP:** Dirección General de Salud Pública.
- ESC15:** Encuesta de Salud de Canarias de 2015.
- GAP:** Gerencia de Atención Primaria.
- ISTAC:** Instituto Canario de Estadística.
- NAD:** Normas de Aplicación Directa.
- ND:** Normas Directivas.
- PGC:** Programa/as de Gestión Convenida.
- PSC:** Plan de Salud de Canarias 2016-2017.
- SCS:** Servicio Canario de la Salud.
- SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- ZBS:** Zona/s Básicas/s de Salud.
- CHUNSC:** Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
- CHUC:** Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- HUGCDr. Negrín:** Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- CHUIMI:** Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.
- HDr.JM Orosa:** Hospital Dr. José Molina Orosa (Lanzarote).
- HG Fuerteventura:** Hospital General de Fuerteventura.
- HG la Palma:** Hospital General de la Palma.
- HNS Guadalupe:** Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera).
- HNS Reyes:** Hospital Nuestra Señora de Los Reyes (El Hierro).

## Grupo de trabajo:

- **Elizabeth Hernández González.**  
Directora General de Programas Asistenciales.  
Responsable del Plan de Salud de Canarias.
  - **Miguel Ángel Hernández Rodríguez.**  
Unidad de Apoyo – Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.
  - **Patricia Carrillo Ojeda.**  
Jefa de Servicio de Sistemas de Información de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
  - **José Andrés Henríquez Suárez.**  
Unidad de Apoyo – Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.
  - **Natividad C. Almeida Falcón.**  
Unidad de Apoyo – Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.
  - **Francisco Javier Pérez García.**  
Unidad de Apoyo – Plan de Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Comité Técnico Asesor del Plan de Salud de Canarias:**
- **José Luis Alonso Bilbao.** Área Técnica de la GAP de Gran Canaria.
  - **Javier Hugo Duque Arimany.** Jefe de Servicio. Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
  - **Román García Zerpa.** Unidad de Apoyo. Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.
  - **Manuel Francisco Herrera Artilés.** Unidad de Inspección Sanitaria y Laboratorio. Dirección de Área de Salud de Gran Canaria.
  - **Evelia Lemes Castellano.** Unidad de Calidad. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
  - **Luis Pedro Martínez del Castillo.** Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
  - **Carlos Mora Lourido.** Jefe de Servicio. Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.
  - **José Félix Reyes Rodríguez.** Área Técnica de la GAP de Tenerife.
  - **Hilda Sánchez Janariz.** Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad y Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales.

## **Agradecimientos:**

A todos los equipos de trabajo del Servicio Canario de la Salud por su colaboración en este informe: Comité Técnico Asesor, Direcciones de Área de Salud, Direcciones Generales (de Programas Asistenciales, Salud Pública, Recursos Económicos y Recursos Humanos), Secretaría General, Gerencias de Atención Primaria, Atención Especializada y Gerencias de Servicios Sanitarios y Coordinación de Investigación, así como a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.



# Introducción

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 (PSC) se aprobó por unanimidad en el Parlamento de Canarias y fue publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma a través del Decreto 132/2016, de 26 de septiembre. Supuso un amplio consenso político para reiniciar el camino de la planificación sanitaria y ha tenido una vigencia de un año y tres meses.

El PSC supuso un cambio metodológico con respecto a los planteamientos previos, apostando por la llamada “planificación estratégica situacional”, que implica un cambio en las características del documento, entre las que destacan:

- Una visión menos normativa y más estratégica.
- Los objetivos buscan transformar la organización a través de diferentes líneas de actuación y conceptos, entre los que cabe citar:
  - La visión poblacional con la potenciación de la Salud Pública.
  - La orientación hacia la integración y coordinación de servicios.
  - El enfoque hacia las enfermedades crónicas.
  - La participación en el proceso de elaboración y posterior desarrollo a través de los órganos de participación establecidos (Consejos de Salud, Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria, etc.).
  - La colaboración con otras entidades (Servicios Sociales, Sector Educativo y Universidades, Cabildos, Ayuntamientos, Asociaciones civiles, etc.).
  - La potenciación de la Formación, la Investigación y las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
  - La territorialización del PSC, a través de Planes de Salud por Áreas de Salud.



# Marco metodológico del informe de evaluación

A pesar de que el PSC establece el desarrollo de los correspondientes planes de salud territoriales en cada una de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud (ZBS), no ha sido posible dar ese paso. Algunos de los motivos son los siguientes:

- 1- El periodo de vigencia del PSC es inadecuado para desplegar una actividad tan ambiciosa y descentralizada.
- 2- Como se verá más adelante en la evaluación del Área de Impacto 2, la estructura de participación del Servicio Canario de la Salud (SCS) no tiene ni la actividad ni la continuidad suficientes como para permitir el desarrollo y, sobre todo, el seguimiento de planes de salud por Áreas o ZBS. Esta es una debilidad fundamental. De hecho, incluso a nivel regional este Plan encuentra dificultades de implantación, en una organización habituada sobre todo a objetivos y metas más específicos.
- 3- La metodología de la "territorialización" por Áreas y ZBS no se encuentra especificada con detalle en el PSC, aunque se basaría en dos ejes fundamentales: los programas de gestión convenida (PGC) y los planes estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud. A este respecto:
  - Los PGC (modelo actualizado para los periodos 2012-2013, 2014-2015 y 2016-2017), se centran en aspectos muy concretos, cuantificables y comparables entre Gerencias o Áreas de Salud. Aunque responden con frecuencia a la orientación de las Áreas de Impacto del PSC, deberían evolucionar hacia documentos más amplios y complejos que incluyeran y dieran respuesta a los citados planes de salud territorializados.
  - La iniciativa de elaborar los planes estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud no se ha materializado, por lo que no se dispone actualmente de esta herramienta.

Con respecto a los indicadores de evaluación, el PSC no incluye con carácter global y genérico la precisión de metas o estándares para cada uno de los indicadores empleados, debido a la concepción más estratégica y situacional que normativa. Por lo tanto, no permiten establecer en muchos casos una correlación directa entre las Líneas de Actuación propuestas e indicadores específicos, bien sea por la ausencia de

metas concretas o bien porque se marca una estrategia, plan o tendencia a impulsar. No obstante, se establece en el PSC que esta cualidad sí se tendrá que desarrollar a través de los instrumentos de gestión, como los PGC, los planes y programas estratégicos de las Direcciones de Área (ya mencionados) y otros utilizados en la meso y la microgestión.

## Herramientas principales de evaluación del PSC:

**1- El Anexo IV de “Indicadores de evaluación de cumplimiento por Áreas de Impacto y Colaboración”,** de carácter cualitativo, **que identifica acciones llevadas a cabo para cada Línea de Actuación del PSC,** su grado de consecución o plazo estimado para realizarla, así como la Unidad, Servicio o persona responsable de llevarla a cabo. Se muestra un ejemplo de la ficha de recogida de información en la Figura 1:

**Figura 1: Ejemplo de ficha de evaluación del Anexo IV del PSC.**

<b>ÁREA DE IMPACTO 3</b> <b>Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes.</b>						
<b>LINEA DE ACTUACIÓN</b>	<b>ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)</b>	<b>NO REALIZADA AÚN</b>	<b>PLAZO PARA REALIZARLA</b>	<b>NO SE APLICA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>COORDINACIÓN</b>
3.1. Alineación de los objetivos de Salud Pública en los Programas de Gestión Convenida (NAD)						
3.2. Avanzar en una mayor coordinación de los programas de Salud Pública con la Atención Primaria y Especializada para, sin olvidar las funciones clásicas, de cada uno responder a los nuevos retos de la Salud Pública y a las atribuciones que los EAP tienen en esta materia (NAD)						

El PSC determina dos niveles de alcance: las Normas de Aplicación Directa (NAD) cuya aplicación debe ser inmediata y prioritaria y las Normas Directivas (ND) cuya implementación se establecerá en un plazo determinado a criterio de cada estructura o unidad. Ambas se consideran vinculantes y se aplican a las

Líneas de Actuación derivadas de las Áreas de Impacto (ver Figura 2) y a las Líneas de Colaboración derivadas de las Áreas de Colaboración (ver Figura 3). Por lo tanto, aportan información sobre el grado de implantación del PSC.

Aunque se establecen evaluaciones semestrales del Anexo IV, debido al breve periodo de vigencia del PSC y al cambio de equipo de gobierno en la Consejería de Sanidad en diciembre de 2016, se determinó que la solicitud de información a las diferentes Direcciones Generales y de Área de Salud, Gerencias y otras unidades o servicios del SCS, se orientara en base a las acciones realizadas o previstas en 2016 y 2017, con la posibilidad de ser actualizadas una vez se cierren los datos definitivos de 2017. Esto aportará una información más detallada sobre el grado de implantación de acciones para las diferentes Áreas de Impacto y de Colaboración del PSC.

**Figura 2: Ámbitos de Intervención y Áreas de Impacto.**

	<b>3 ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>10 ÁREAS DE IMPACTO</b>
<b>VISIÓN</b>	<b>INFLUIR SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.</li> <li>2. Introducción del principio de la Salud en Todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y de los Consejos de Salud.</li> <li>3. Potenciar los Servicios de Salud Pública.</li> </ol>
	<b>REORIENTAR EL SISTEMA CENTRÁNDOLO EN EL PACIENTE, LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Orientar el SCS hacia la integración de servicios: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Socio-Sanitaria, Salud Mental y Salud Pública.</li> <li>5. Potenciar una Atención Primaria de Salud más resolutive, integral, participativa y de calidad.</li> <li>6. Impulsar una Atención Especializada más eficiente, personalizada y coordinada Atención Primaria</li> </ol>
	<b>IMPULSAR LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Incidir en la investigación de los problemas de salud y del sistema sanitario.</li> <li>8. Formar a los profesionales en las áreas de impacto del Plan de Salud.</li> <li>9. Potenciar las TIC's para la continuidad de cuidados e integración de servicios.</li> <li>10. Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud.</li> </ol>

**Figura 3: Áreas y Líneas de Colaboración.**

	<b>4. ÁREAS DE COLABORACIÓN</b>	<b>14. LÍNEAS DE COLABORACIÓN</b>
<b>VISIÓN EMERGENTE</b>	<b>SOCIOSANITARIA</b>	1.1. Impulsar la complementariedad de las acciones del sistema sanitario. 1.2. Apoyar la coordinación entre las estructuras y servicios de salud mental.
	<b>EDUCACIÓN</b>	2.1. Desarrollo de actuaciones conjuntas como el Programa de Salud Escolar y las Escuelas Promotoras de Salud. 2.2. Colaborar en el asesoramiento y gestión de los comedores escolares. 2.3. Colaboración en iniciativas especiales de nutrición, actividad física y obesidad.
	<b>CORPORACIONES LOCALES</b>	3.1. Desarrollar la Red Canaria de Municipios Saludables. 3.2. Potenciar las acciones formativas, en general, y las dirigidas a reducir las dependencias o adicciones en particular. 3.3. Atender, proteger y promover la salud de las personas y de los colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social
	<b>UNIVERSIDADES Y OTRAS INSTITUCIONES</b>	4.1. Reforzar la colaboración entre Universidades. 4.2. Potenciar la colaboración con las oficinas de farmacia. 4.3. Actividad concertada en los Planes Estratégicos de las Direcciones de Áreas de Salud. 4.4. Apoyar la colaboración con los colegios profesionales de las profesiones sanitarias y las sociedades científicas. 4.5. Promover la coordinación con la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas, del Gobierno de Canarias. 4.6. Reforzar la colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares.

**2- Los indicadores** que se exponen en los Anexos I y V del PSC, que son cuantitativos. Representan el valor promedio de Canarias y se compara con la media de España cuando el dato se encuentra disponible; en cualquier caso, para cada indicador se dispondrá del dato más actualizado posible de Canarias a través de los sistemas de información propios del SCS.

Con respecto a estos indicadores, el periodo de vigencia 2016-2017 hace imposible o extremadamente complicado en muchos casos valorar posibles cambios, por ejemplo, en el estado de salud de la población o en la actividad y resultados del SCS. Para valorar la evolución temporal y comparar con el último dato disponible de cada indicador (en algunos casos de 2016 y 2017, en otros casos años anteriores), como norma general se mostrará un evolutivo con los años precedentes. En consecuencia, los resultados de indicadores serán en ocasiones previos a 2016 y meramente informativos, para poner en contexto un determinado problema de salud, factor de riesgo, etc., con los últimos datos conocidos.

Dada la extensión del panel de indicadores del PSC (un total de 259), se determinó la creación de un grupo de trabajo en el que ha participado la Dirección General de Programas Asistenciales (DGPPAA), la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y la Unidad de Apoyo-Plan de Salud de la Dirección del SCS. Se realizó una priorización de indicadores a incorporar al presente informe, en función de los criterios siguientes:

- El indicador es representativo a nivel regional y es comparable con la media de España.
- Se encuentra alineado con las Áreas de Impacto o de Colaboración del PSC.
- Se orienta a problemas de salud de gran impacto.
- Es posible establecer una secuencia temporal para valorar evolutivamente.
- Es fiable y está validado por los Sistemas de Información del SCS.

Los indicadores seleccionados se exponen en el Anexo 1 de este documento y se citan a lo largo del informe.

En consecuencia, de la información combinada que se obtiene de agregar el resultado del panel de indicadores y las acciones realizadas que registra el Anexo IV del PSC, se obtiene:

- En unos casos, una aproximación más cualitativa del grado de implantación de las Líneas de Actuación del Plan de Salud.
- En otros casos, la constatación de un resultado o tendencia cuantificable.

### **3- Otras fuentes de información.**

Es posible evaluar la implantación del PSC a través de otros instrumentos de gestión, como son:

- Desarrollo de los Planes concretos, los cuales se comentarán a lo largo de este informe.
- Programas de Gestión Convenida 2016-2017 (PGC), cuyos indicadores se presentarán con las cifras objetivo a alcanzar y los resultados de 2016 y 2017.
- Otros datos procedentes del Sistema de Información del SCS, que se han considerado de utilidad en coherencia con las Áreas de Impacto del PSC.

Para la presentación de los resultados de la evaluación, se ha seguido el orden de la estructura de Ámbitos de Intervención y de Colaboración (ver Figuras 2 y 3), y se ha procedido a la integración de la información de las diferentes fuentes utilizadas.

# RESUMEN DE RESULTADOS POR ÁREAS DE IMPACTO

Se expone a continuación el resumen global de resultados. Para las Líneas de Actuación de cada Área de Impacto se representa el número Normas de Aplicación Directa y Normas Directivas en las que se han realizado acciones. Se observa que se realizaron acciones en el 74,3% de las líneas de actuación: en el 68,2% de las NAD y en el 84,6% de las ND.

	Nº de Líneas de Actuación	NAD*		ND**	
		Nº	A***	Nº	A***
Área de Impacto 1	2	2	2	0	0
Área de Impacto 2	2	1	1	1	1
Área de Impacto 3	3	2	1	1	1
Área de Impacto 4	11	8	6	3	2
Área de Impacto 5	4	1	1	3	2
Área de Impacto 6	4	2	1	2	2
Área de Impacto 7	2	1	0	1	1
Área de Impacto 8	2	1	0	1	1
Área de Impacto 9	3	2	1	1	1
Área de Impacto 10	2	2	2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

\*NAD: Normas de Aplicación Directa.

\*\*ND: Normas Directivas.

\*\*\*A: Número de Líneas de Actuación en las que se han realizado acciones NAD o ND.

A continuación se expone el detalle de resultados para cada una de las Áreas de Impacto; al inicio de cada una se muestra un Resumen Ejecutivo con aspectos positivos y áreas de mejora, que sintetizan el grado de cumplimiento de las Líneas de Actuación.

# ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I

**Influir sobre los determinantes de la salud.**

## **Objetivo estratégico**

Reducir el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de la Salud para prevenir la enfermedad, promocionar y proteger la salud.

## ÁREA DE IMPACTO 1

**Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.**

- 1.1 Potenciar programas de actuación para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable (NAD).
- 1.2 Promoción de la salud infanto-juvenil (NAD).

**Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en ambas NAD.**

ASPECTOS POSITIVOS:

- Se han llevado a cabo múltiples actividades vinculadas a la promoción del ejercicio físico, alimentación saludable, salud sexual y prevención de adicciones, tanto a nivel regional como local (1.1) (1.2).
- El Programa de Salud Infantil tiene una cobertura superior al 98% y se trabaja en paralelo con el Programa de Prevención y control de la Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (EVA) para las personas mayores de 14 años, cuya cobertura sigue en aumento (1.1).
- Se mantienen las actividades de educación para la salud grupal (Aulas de Salud).
- El registro en la historia clínica de AP sobre obesidad, actividad física y estado de nutrición de la población infantil ha mejorado en prácticamente todas las Áreas de Salud.

ÁREAS DE MEJORA:

- La cobertura del programa EVA, que fue del 40% en 2017.
- El volumen de actividad de Aulas de Salud en promoción del ejercicio físico y alimentación saludable.

# 1.1. Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable.

Ver información sobre evolución del sedentarismo, sobrepeso y obesidad en el **Anexo 1**.

En los PGC se incluyó el indicador “Porcentaje de niños (2 a 14 años) con diagnóstico de obesidad que tienen registrados la actividad física y el estado de nutrición”, concretamente en la historia de salud electrónica de Atención Primaria DRAGO-AP. Para 2016-2017, el resultado de este indicador ha presentado una considerable variabilidad y se han cumplido los objetivos, excepto en un Área de Salud:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%
2016	45,2%	43,7%	61,6%	60,2%	56%	22%	57,8%
2017	64,7%	57,4%	74,1%	75,2%	53,3%	28,1%	82,8%

Por parte de las Gerencias se traslada a los equipos de AP la información sobre este indicador, promoviendo su consecución, con monitorización periódica del grado de cumplimiento y la posibilidad de incorporación al programa de productividad variable (incentivos gestionados por las Gerencias).

### Acciones realizadas:

1 - La **Dirección General de Programas Asistenciales** ha desarrollado diferentes herramientas de apoyo a los profesionales para abordar la promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable. Destacan fundamentalmente tres:

- El Programa de Salud Infantil (desde recién nacido hasta 14 años), que durante los años 2016 y 2017 alcanzó las siguientes coberturas: 98,8% y 99,2% de la población infantil tiene historia de salud abierta; el 90,4% y 91,3% ha acudido a las revisiones periódicas de salud.
- El Programa de prevención y control de la Enfermedad Vascul Aterosclerótica (EVA) de Canarias, que aborda cada uno de los hábitos y factores de riesgo cardiovascular en la población mayor de 14 años. Se contemplan específicamente la alimentación saludable y la promoción de la actividad física y el deporte a través de las escuelas promotoras de salud. Este programa incrementó su cobertura desde el 23% de 2011 hasta el 37% de 2016 y el 40% de 2017, alcanzando en este último año a 683.027 personas.
- Aulas de Salud, que potencian la educación para la salud grupal en AP. Para población infantil y adolescente, en 2016 se realizaron 6 actividades específicas en ejercicio físico (396 asistentes) y 223 sobre alimentación saludable (7.632 asistentes); en 2017 fueron 11 y 152 actividades en ejercicio físico (480 asistentes) y alimentación saludable (5.064 asistentes), respectivamente.

2 - Desde la **Dirección General de Salud Pública**:

- Potenciación del Plan de Frutas y Verduras a través de actividades de difusión e incorporación de la nueva reglamentación a los materiales. ([Ver enlace aquí](#)).
- Se ha participado a través de la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), en la elaboración de un protocolo consensuado para la autorización de actividades de promoción de alimentos en la escuela.
- Iniciativa "Engánchate al deporte". Se desarrolla en centros educativos, sobre todo, en 2º y 3º ESO. ([Ver enlace Aquí](#)). Incluye:
  - Difusión y promoción del deporte como hábito de vida saludable, a través de la página Web: Guía de ocio saludable ([Ver enlace Aquí](#)).
  - Curso de formación específico sobre drogodependencias para monitores deportivos.
  - "Engánchate al verano": Eventos itinerantes que recorren diferentes playas de las islas, promocionando estilos de vida saludable a través del deporte.

3 - En **Atención Primaria**:

- Además de las actividades descritas en Aulas de Salud, en 2016 y 2017 se participó en otras 830 y 693 acciones educativas, campañas, ferias y días de la salud, respectivamente. Estuvieron vinculadas fundamentalmente a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, a través de charlas, talleres, participación en días mundiales, semanas de la salud, gymkhanas deportivas, etc. Contaron con la participación de 40.759 asistentes en 2016 y 28.353 asistentes en 2017.
- Formación a profesionales sanitarios: talleres sobre abordaje de la obesidad infantil, curso sobre prevención y control de la enfermedad vascular aterosclerótica, curso on-line para el abordaje del sobrepeso y la obesidad.
- Programa de Promoción de la salud del Área de Salud de Lanzarote 2015-2017.

#### 4 - En **Atención Hospitalaria**:

- Se han limitado los productos poco saludables que se encuentran disponibles en las máquinas expendedoras de los centros hospitalarios.

## 1.2. Promoción de la salud infanto-juvenil.

En el **Anexo 1** se dispone de información sobre el porcentaje de nacidos de madres menores de 20 años y de recién nacidos a término con bajo peso, incidencia anual de interrupciones voluntarias del embarazo, porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (en mayores de 15 años), edad de inicio del consumo de alcohol, prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años y en estudiantes de enseñanza secundaria, prevalencia de consumo de hipnosedantes y prevalencia de consumo de cannabis en estudiantes de enseñanza secundaria y adultos.

#### **Acciones realizadas:**

1 - Desde la **Dirección General de Salud Pública** se han desarrollado numerosas iniciativas:

- Actividades preventivas en el ámbito educativo. ([Ver Enlace Aquí](#)):
  - Proyecto Nino y Nina. Trabajo en habilidades sociales y de promoción de la salud.
  - Proyecto Desenrédete. Prevención de adicciones vinculadas a las Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Promoción de hábitos de vida saludables con las dos Universidades Canarias, mediante la formación de jóvenes como promotores de salud entre sus iguales.
- El Programa de Ayuda al Fumador de Canarias (PAFCAN), es una iniciativa pionera que quiere dar respuesta para poder ofrecer tratamiento a las personas fumadoras con algún factor de riesgo adicional al consumo de tabaco. Comenzó a funcionar en 2014. ([Ver enlace aquí](#)).
- ITES PLUS: Prevención de consumo de tabaco y alcohol durante los cuatro años de la ESO. ([Ver enlace aquí](#)).
- Campaña del Servicio de Promoción de la Salud en el Día Mundial sin Tabaco de 2016 y 2017.
- Iniciativa "Si controlas, vuelve", para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas ligadas a la conducción de vehículos.
- "Street Workout, 100% Salud". Programa de prevención de drogodependencias dirigido a jóvenes, aprovechando el uso del ocio y tiempo libre, impulsando la realización de actividad deportiva y recuperando espacios comunitarios para que los/las jóvenes sean capaces de asumirlos como propios. ([Ver enlace aquí](#)).

- Elaboración de un Protocolo común de actuación sanitaria sobre Mutilación Genital Femenina.
- Los Círculos de la Vida Saludable: estrategia de promoción de la salud, que aporta información, recursos y materiales didácticos actualizados para jóvenes y adultos en diversos temas: tabaco, alcohol, alimentación saludable, ejercicio físico, etc. Ha sido premiado como ejemplo de Buenas Prácticas por el Consejo Interterritorial del SNS. [Ver su página Web aquí.](#)

## 2- En **Atención Primaria:**

- Las propias del Programa de Salud Infantil en la prevención y promoción de la salud infanto-juvenil respecto a la salud sexual y las adicciones. Ver apartado de "Atención al Adolescente" [aquí.](#)
- Aulas de Salud: en 2016 se realizaron 238 acciones de educación para la salud grupal para población infantil y adolescente en las áreas temáticas de salud sexual, tabaco y alcohol-otras drogas (10.807 asistentes); en 2017 se realizaron 214 acciones para 10.408 asistentes.
- Talleres de Educación Maternal.
- Actividades y talleres en Centros Escolares de las ZBS.
- En la **GAP de Gran Canaria:**
  - Se incluyeron en incentivos de los Equipos de AP la lactancia materna, Encuesta Alimentaria y despistaje de Trastornos del Comportamiento Alimentario, así como el registro de hábitos dietéticos y de ejercicio físico en la obesidad.
  - Coordinación de las ZBS con la Red de Atención a las Drogodependencias.
  - Formación a profesionales sanitarios sobre el abordaje del Tabaquismo.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma:**
  - Promoción de la salud y prevención de conductas adictivas en la edad escolar.
  - Potenciación de consulta de salud reproductiva en edad juvenil, facilitando su accesibilidad y colaborando con acciones de instituciones públicas (Cabildo y Ayuntamientos).
- En las **Gerencias de Servicios Sanitarios de Fuerteventura y Lanzarote:** formación a profesionales sanitarios sobre el abordaje del Tabaquismo.
- En **Fuerteventura** destaca el desarrollo de la Red de Escuelas Promotoras de Salud, con actividades sobre tabaco, alcohol, violencia de género, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, habilidades sociales y sexualidad, etc.

## 3- En **Atención Hospitalaria:**

- Promoción de la lactancia materna.
- Aulas de Pacientes del HUGC Dr. Negrín, que incluye aulas de promoción de la salud dirigidas al ámbito juvenil sobre los estilos de vida saludable (alcohol, drogas, tabaco y VIH).

# ÁREA DE IMPACTO 2

## Introducción del principio de la Salud en todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.

2.1 Favorecer la participación ciudadana y los Consejos de Salud (NAD).

2.2 Dar conocimiento de los objetivos de los Programas de Gestión Convenida en los Consejos de Salud (ND).

### *Resumen ejecutivo:*

#### **Se han realizado acciones en ambas NAD y ND.**

##### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se han reactivado las reuniones periódicas de todos los Consejos de Salud de Áreas de Salud en 2016 y 2017 (2.1).
- Se ha dado conocimiento de los PGC en los Consejos de Salud de Áreas de Salud (2.2).
- Se ha mantenido la actividad de las Comisiones de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), en Gran Canaria, Tenerife y Fuerteventura.

##### ÁREAS DE MEJORA:

- Solamente el 3,6% de los Consejos de Salud de Zona Básica de Salud estuvieron activos en el periodo 2016-2017.
- La dinámica de los restantes órganos de participación es manifiestamente mejorable.
- Se observa un importante repunte en la tasa de reclamaciones.

## 2.1. Participación ciudadana y consejos de salud.

### Actividad de los órganos de participación del Servicio Canario de la Salud

El PSC incluye entre sus indicadores la actividad de los diferentes órganos de participación:

- **Porcentaje de Consejos de Salud de ZBS activos.**

A noviembre de 2017, de los 111 Consejos de Salud de ZBS que es posible constituir, y entendiendo como activos aquellos que al menos se hayan reunido en una ocasión al año, podemos decir que tanto en 2016 como en 2017, sólo se han reunido 4 (1 en Lanzarote, 1 en Gran Canaria y 2 en Tenerife), lo que en porcentaje supone un 3,6%.

- **Promedio anual de reuniones de los Consejos de Salud de Zona Básica de Salud.**

Si tenemos en cuenta que solo 4 de los Consejos de Salud de las ZBS han estado activos en estos dos últimos años, el promedio de reuniones anuales es el siguiente:

- En 2016 el promedio de reuniones es de 2,5 reuniones al año, teniendo en cuenta que tanto en Gran Canaria como en Lanzarote se han reunido en 3 ocasiones, cada uno, y en Tenerife se han reunido 2 veces cada uno de los dos Consejos de Salud.
- En 2017 el promedio baja hasta 1,5 reuniones al año, si atendemos a que tanto en Gran Canaria como en Lanzarote lo han hecho en 2 ocasiones, y en Tenerife se han reunido 1 vez cada uno de los Consejos de Salud.

- **Promedio anual de reuniones de los Consejos de Salud de Área de Salud.**

En este ámbito hay que destacar que en 2016 se reunieron en dos ocasiones los siete Consejos de Salud de Área de Salud, tras la preceptiva actualización de sus miembros:

- Lanzarote: 31 marzo 2016 / 2 diciembre 2016
- Fuerteventura: 18 mayo de 2016 / 24 noviembre 2016
- El Hierro: 14 de junio de 2016 / 30 noviembre 2016
- Tenerife: 30 de junio de 2016 / 1 diciembre 2016
- Gran Canaria: 1 de julio de 2016 / 12 diciembre 2016
- La Palma: 4 de julio de 2016 / 28 noviembre 2016
- La Gomera: 27 julio de 2016 / 24 noviembre 2016

Para el año 2017 (con la excepción de El Hierro), las reuniones realizadas han sido:

- Tenerife: 17 de noviembre de 2017.

- Gran Canaria: 22 de noviembre de 2017.
- La Gomera: 24 de noviembre de 2017.
- La Palma: 27 de noviembre de 2017.
- Fuerteventura: 13 de diciembre de 2017.
- Lanzarote: 14 de diciembre de 2017.
- El Hierro: 17 de enero de 2018.

• **Promedio anual de reuniones de los Consejos de Dirección del Área de Salud.**

En 2016 se han reunido los Consejos de Dirección de las Áreas de Salud en 2 ocasiones en Lanzarote y en Gran Canaria, y 1 en Tenerife, La Palma y el Hierro, dejando un promedio anual de 0,86 reuniones.

En el año 2017, sólo se ha reunido en una ocasión el Consejo de Dirección del Área de Salud de Gran Canaria y el de Lanzarote.

• **Promedio anual de reuniones de las Comisiones de Participación Hospitalaria.**

Se han reunido en 2016 en el CHUIMI y en el HUGC Dr. Negrín (en 2 ocasiones) y en 2017 en 1 ocasión en ambos.

• **Número de reuniones anuales de las Comisiones de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).**

- Fuerteventura: 2 reuniones en 2016 y 1 en 2017.
- Gran Canaria: 2 reuniones en 2016 y 1 en 2017.
- Tenerife: 1 reunión en 2016 y 1 en 2017.

• **Número de reuniones anuales del Consejo Canario de la Salud.**

El Consejo Canario de la Salud, órgano superior de participación comunitaria del Sistema Canario de la Salud, se reunió en dos ocasiones en el año 2016 y ninguna en 2017. El Consejo de Dirección del SCS se ha reunido dos veces tanto en 2016 como en 2017.

En el **Anexo 1** se presenta información referida a las reclamaciones al SCS.

## 2.2. Dar conocimiento de los PGC en los consejos de salud.

**Se ha dado conocimiento de los objetivos de los PGC** en los diferentes Consejos de Salud de Áreas de Salud, junto a las Memorias de las respectivas Gerencias, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada y de Servicios Sanitarios.

### **Acciones realizadas con respecto al Área de Impacto 2:**

- En la **Dirección General de Programas Asistenciales:**

- Se realiza anualmente la Encuesta de Satisfacción al Alta Hospitalaria, sobre muestras representativas de pacientes dados de alta en la red pública de hospitales del SCS. Se valoran aspectos como la acogida, las condiciones del alojamiento, la calidad de la atención, el trato o la información recibida. Constituye uno de los instrumentos más sensibles, dentro de un amplio sistema de información, para medir la calidad de la actividad hospitalaria y conocer la satisfacción de la población atendida. En la encuesta de 2016, la satisfacción global media fue de 8,6 puntos sobre 10. [Ver aquí](#).

- En la **GAP de Gran Canaria:**

- Órganos de Participación Ciudadana en diferentes ZBS (Remudas, Barrio Atlántico, Miller Bajo-Schamann).
- **Encuestas** a los usuarios:
  - Encuestas de Satisfacción sobre los servicios recibidos (ESUAP 2017).
  - Encuesta de Satisfacción con el Servicio de Atención Domiciliaria (ESADAP 2016).
- **Participación en actividades comunitarias:**
  - Jornadas de Salud Comunitaria de Agüimes.
  - Encuentros anuales de Cuidadoras de Pacientes Dependientes.

- En la **GAP de Tenerife:**

- **Encuesta** de Satisfacción de Usuarios (2017).
- Participación en **actividades comunitarias:**
  - Semanas de la Salud de El Sauzal, Tacoronte y Santa Úrsula.
  - XII Encuentro por la Salud de La Matanza.
  - V Jornadas de la Salud de La Esperanza.
  - XV Aniversario del Centro de Salud de La Victoria.
  - Campaña de promoción Donación de Sangre en Icod.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera** se constituyó el Consejo de Salud de la ZBS de San Sebastián de la Gomera.

# ÁREA DE IMPACTO 3

**Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes.**

3.1 Alineación de los objetivos de Salud Pública en los Programas de Gestión Convenida (NAD).

3.2 Mejorar la coordinación entre la Dirección General de Salud Pública y los servicios de la red asistencial (NAD).

3.3 Establecer protocolos ante contingencias y alertas sanitarias (ND).

## **Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en una NAD y en la ND.**

### ASPECTOS POSITIVOS:

- La red de vigilancia epidemiológica está integrada con los centros asistenciales a través de la historia de salud electrónica, para favorecer la comunicación y la capacidad de respuesta (3.2).
- Las tasas de vacunación infantil son muy altas, superiores al 93%.
- Las tasas de vacunación en adolescentes son altas, superiores al 70%.
- Se han desarrollado protocolos ante contingencias y alertas sanitarias (3.3).

### ÁREAS DE MEJORA:

- No se incorporaron los objetivos de Salud Pública en los PGC 2016-2017 (3.1).
- Se detectan ligeros descensos en tasas de vacunación infantiles.
- A pesar de existir algunas iniciativas de coordinación con la red asistencial, esta se basa fundamentalmente en la colaboración con la vigilancia epidemiológica (enfermedades de declaración obligatoria,...) y en los programas de vacunación.

## 3.1. Alineación de los objetivos de salud pública en los PGC.

No se incorporaron los objetivos de Salud Pública en los PGC 2016-2017. La DGPPAA está revisando el modelo de PGC para actualizarlo a las necesidades de la organización, a través de un grupo de trabajo específico. Se ha considerado incorporar objetivos de la DGSP a partir de 2019.

## 3.2. Mejora de la coordinación entre la DGSP y centros asistenciales.

En el **Anexo 1** se recoge información sobre:

- El Calendario Vacunal y las coberturas vacunales tanto en población infantil como en adultos.
- La evolución de los programas de cribado de cáncer de mama y colon.
- La Red de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo:
  - \* Enfermedades transmitidas por alimentos y agua (toxiinfecciones alimentarias).
  - \* Enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, tos ferina, parotiditis y varicela).
  - \* Enfermedades de transmisión respiratoria (gripe, legionelosis y tuberculosis).
  - \* Enfermedades de transmisión sexual y parenteral (VIH y hepatitis B).
  - \* Salud ambiental y calidad del agua.

## 3.3. Establecimiento de protocolos ante contingencias y alertas sanitarias.

Se encuentran recogidos en el siguiente apartado de Acciones.

### **Acciones realizadas con respecto al Área de Impacto 3:**

#### **1. Desde la Dirección General de Salud Pública:**

- Se han desarrollado diferentes protocolos relacionados con enfermedades específicas, que posteriormente han adaptado a sus centros las diferentes Gerencias, incluyendo elementos de coordinación asistencial y con los recursos de Salud Pública. Entre otros:

- Protocolo de actuación ante las EDO.
- Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por el virus Ébola.
- Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de gripe A.

Estas iniciativas se han acompañado de actividades formativas a los profesionales, simulacros relativos a alertas emergentes, actuación en caso de brotes, etc.

- Con respecto a la **calidad del agua**, se dispone de:

- Protocolos sanitarios de actuación ante el incumplimiento de los valores paramétricos establecidos en el agua de consumo humano, de fluoruro, boro, nitrato y nitrito y arsénico.
- Protocolo ante situaciones de incidencia en la calidad sanitaria de las aguas de baño, susceptibles de afectar a la salud de la población.
- Se participa en el Grupo de trabajo de Radiactividad en Agua de consumo humano de la Subdirección General de Sanidad Ambiental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como participación en todas las Ponencias Técnicas de Sanidad Ambiental.

- Proyecto CAS: Canarias, Atmósfera y Salud, fruto de un convenio con el Centro Superior de Investigación en Salud Pública de la Generalitat Valenciana y la DGSP del SCS, para la investigación del impacto de la contaminación atmosférica y la salud en Canarias.
- Protocolo de investigación ambiental de los establecimientos e instalaciones asociados a casos de legionelosis.
- Protocolo de actuación ante comunicaciones de peligrosidad química recibidas a través del Sistema de intercambio rápido de información de productos químicos.
- Se realizó el Estudio VIHAP para la implantación de la prueba del VIH en AP promovido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el que participó también la DGPPAA del SCS.
- Se celebraron las Jornadas de Salud Pública, una actividad conjunta entre la DGSP y los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios.

## 2. Otras iniciativas en las **Gerencias**:

- En los **Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios** se realizan consultas especializadas para los pacientes con determinadas condiciones de riesgo (vacunación antineumocócica, frente a meningitis B, VPH en mujeres conizadas, VHB en poblaciones de riesgo etc.).

- En el **CHU de Canarias.**

- A través de la Comisión de infecciones, profilaxis y política antibiótica, se ha llevado a cabo la implantación del Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) y la revisión o creación de protocolos, información sobre medidas de aislamiento, recomendaciones, información a pacientes y medidas para el transporte interno de pacientes, contabilizando un total de 18 acciones específicas en 2017.

- En el **CHUIMI de Gran Canaria:**

- Implantación del Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA), con el objetivo de mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones, minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos, incluyendo aquí las resistencias, y garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

- En la **GAP de Gran Canaria:**

- Consulta de Salud Internacional en los centros de salud de Guanarteme y Vecindario.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma.**

- Protocolo de seguridad en las instalaciones.
  - Difusión normalizada entre los Técnicos Inspectores de Salud Pública de los protocolos disponibles y de los procedimientos aprobados.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.**

- Procedimiento de prevención y Control de Colonización y / o infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.**

- Destaca la iniciativa de Unidad de Prevención y Control de la Tuberculosis.

# ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II

**Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.**

## **Objetivo estratégico**

Orientar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud, que trabaje en clave poblacional y compensando las inequidades del sistema teniendo en cuenta especialmente la dispersión territorial de la población.

En el **Anexo 1** se recoge información sobre gasto sanitario público como porcentaje del Producto Interior Bruto, gasto sanitario público territorializado por habitante protegido, así como el gasto público en Atención Primaria, Atención Especializada y en Farmacia.

# ÁREA DE IMPACTO 4

## Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial.

- 4.1 Mejorar el Modelo de gestión de enfermedades crónicas (MGEC) y de alta prevalencia (NAD).
- 4.2 Orientar los PGC hacia la obtención de resultados/eficiencia, desarrollando equipos que promuevan la integración entre niveles asistenciales y la gestión participativa (NAD).
- 4.3 Optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios públicos (NAD).
- 4.4 Evaluar las guías de práctica clínica, los programas y los protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes (ND).
- 4.5 Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria, al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, a través de una respuesta coordinada ante los ámbitos de instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada (NAD).
- 4.6 Profundizar en la gestión de la oferta asistencial (NAD).
- 4.7 Implantar modelos de estratificación de riesgo (NAD).
- 4.8 Desarrollo de un Plan Integral de Urgencias Sanitarias (ND).
- 4.9 Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial, un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes (NAD).
- 4.10 Fomentar la adherencia terapéutica desarrollando acciones de formación a profesionales e información a pacientes e impulsando el uso de las nuevas tecnologías (ND).
- 4.11 Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes (NAD).

**Resumen ejecutivo:****Se han realizado acciones en 6 de las 8 NAD y en el 2 de las 3 ND.****ASPECTOS POSITIVOS:**

- Se han orientado los PGC hacia la eficiencia y resultados en salud, como son la diabetes, y la hipertensión arterial (4.2) (4.3). El grado de control de la hipertensión arterial se encuentra en la media de resultados encontrada en la literatura.
- Se ha potenciado la mejora de la oferta asistencial a través de diversas herramientas (PGC, catálogo pruebas complementarias en AP, especialista consultores, consulta virtual, consulta telefónica...) (4.5) (4.6).
- Se ha incorporado a los PGC el abordaje del paciente frágil, vinculado al perfil de envejecimiento (4.5).
- Se ha potenciado la hospitalización a domicilio (4.5).
- Se ha implantado un modelo de estratificación de riesgo a través de los grupos de morbilidad ajustada (GMA) (4.7).
- Se ha desarrollado el Plan Integral de Urgencias Sanitarias (4.8).
- Se continúan realizando los programas orientados a los pacientes polimedicados (4.10).
- Se han logrado disminuir los consumos de hipnóticos y sedantes.
- La tasa de reingresos es inferior a la media nacional.
- La Atención Primaria es el servicio mejor valorado por los usuarios.

**ÁREAS DE MEJORA:**

- Se ha realizado solo parcialmente la evaluación de guías, programas y protocolos del SCS (4.4).
- No se ha concluido el Plan de Salud Mental (4.9).
- No se ha concluido en Plan Canario de Atención a la Diabetes (4.11). El grado de control de los pacientes diabéticos es mejorable.
- La estancia media ajustada por casuística es superior a la media nacional.
- La satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios es inferior a la media nacional.
- No se han realizado desarrollos específicos en la atención domiciliaria de AP.
- Existe una gran variabilidad en el uso racional de los medicamentos entre Áreas de Salud.
- El consumo de hipnóticos y sedantes supera significativamente la media nacional.
- El gasto farmacéutico se está incrementando.
- El diagnóstico de EPOC a través de espirometría tiene un considerable margen de mejora.

## 4.1. Mejorar el modelo de gestión de las enfermedades crónicas.

En el Anexo 1 se recoge información sobre:

- Indicadores de bienestar a partir de los 65 años (años de vida saludable a los 65 años y porcentaje de personas de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud).
- Prevalencia de hipertensión arterial.

En los **PGC** se incluyó el porcentaje de hipertensos con buen control, considerando el límite en 140/90 mmHg. En la literatura científica, el grado de control de los pacientes adultos hipertensos se encuentra entre el 30% y el 40%. En el 2016-2017, todas las Áreas de Salud superaron o quedaron cerca del objetivo marcado:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 35%						
2016	35,4%	31,3%	33,3%	35,6%	29,2%	38,1%	41,1%
2017	38%	37%	34,9%	37,8%	31%	37,2%	40,8%

También se consideró el porcentaje de personas con diagnóstico de hipertensión, diabetes o enfermedad vascular establecida, que tienen una microalbuminuria registrada en los últimos 12 meses. El resultado para 2016-2017 muestra que cuatro Áreas de Salud cumplieron el objetivo:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 45%						
2016	42,9%	43%	30,1%	20,8%	27,3%	49,6%	44,1%
2017	56,2%	47,4%	44,3%	34,3%	28,8%	48,9%	50,1%

En el **Anexo 1** se recoge información sobre la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del asma.

En los **PGC** se incluyó el porcentaje de pacientes con EPOC que tienen alguna espirometría realizada (en cualquier momento) con resultados registrados en protocolo. Para 2016-2017, cinco Áreas de Salud superaron el objetivo:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 30%						
2016	20,3%	26,3%	25,0%	25,2%	9,3%	10,1%	2,1%
2017	36%	37,8%	37,1%	38,9%	17,4%	32,7%	3,9%

**Acciones realizadas:**

Se encuentran orientadas fundamentalmente hacia la atención sanitaria a la cronicidad, adaptando la oferta asistencial al perfil de envejecimiento progresivo de la población.

• Por parte de la **Dirección General de Programas Asistenciales:**

- El despliegue de Estrategias, Programas, Guías y Protocolos coordinados entre AP y AE, en diferentes ámbitos prioritarios como son:
  - Estrategia de abordaje a la cronicidad de Canarias y Programa de Atención a las Personas Mayores de Atención Primaria (en actualización).
  - Programa de Prevención y control de la Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (EVA), con prevención, detección, control y seguimiento integrado de los diversos factores de riesgo (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia...), conjuntamente con hábitos y estilos de vida (alimentación saludable, ejercicio físico...).
  - Estrategia de Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica en Canarias.
  - Cribado de la Retinopatía Diabética.
  - Guía de Atención al Ictus.
  - Se ha elaborado la Guía de Atención a los Procesos Crónicos Cardiológicos en la Comunidad Autónoma Canaria, incluyendo un formato de Guía Rápida.
  - Implementación de recomendaciones en AP para la atención a la EPOC, alineadas con la Estrategia Nacional del Sistema Nacional de Salud.
  - Abordaje de la Enfermedad Mental en Atención Primaria.
  - Se llevó a cabo la revisión y actualización del Informe de Cuidados de Enfermería, para favorecer la continuidad de cuidados entre AP y AE, incluyendo mejoras metodológicas, de registro y de acceso de los profesionales a la historia de salud electrónica DRAGO.
  - Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple.
  - Guía para el diagnóstico y el tratamiento de las cefaleas, de 2016.

- Desarrollo de oferta asistencial orientada a aportar una mayor accesibilidad a los servicios sanitarios, como son:
  - Consulta telefónica en AP.
  - Autocontrol de la anticoagulación oral y descentralización de la atención al Tratamiento Anti-coagulante Oral.
  
- En **Atención Primaria:**
  - Se realiza de manera general:
    - Valoración del paciente con necesidades complejas.
    - Servicio de Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria.
    - Informe de Cuidados de Enfermería.
    - Atención a pacientes terminales (cuidados paliativos).
    - Conciliación de la medicación y coordinación de los tratamientos a través de la receta electrónica y la Historia de Salud Electrónica.
    - Apoyo a la prescripción y prestación de asistencia sanitaria en residencias sociosanitarias asistidas.
    - Tramitación de informes sobre el estado de salud para Ley de Dependencia.
  
- En la **GAP de Gran Canaria:**
  - La acción de "Atención Integral al paciente con necesidades complejas" en los Centros de Salud de Santa María de Guía, Triana, Cono Sur, Guanarteme y San Gregorio.
  - En colaboración con el HUGG Dr. Negrín, el proyecto de Atención al paciente crónico de muy alta complejidad en las ZBS de Guía y Escaleritas en el año 2016.
  - Elaboración del Manual de Procedimientos y Técnicas de Enfermería.
  - Programa Respira, en los Centros de Salud de Teror, Maspalomas y Aldea de San Nicolás, con atención integral al paciente respiratorio que incluye vacunación de gripe y neumococo, espirometría, tratamiento médico-enfermera, fisioterapia respiratoria y atención al tabaquismo.
  
- En **Atención Especializada:**
  - En el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria y en la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote, se han desarrollado diferentes protocolos relacionados con el paciente crónico de alta complejidad o frágil.
  - Potenciación del alta de enfermería (continuidad de cuidados).
  - Conciliación de la medicación y coordinación de los tratamientos a través de la receta electrónica y la Historia de Salud Electrónica, en coordinación con AP.
  - Atención a la Desnutrición Hospitalaria Relacionada con la Enfermedad.

- Potenciación de los Comités de Tumores y la participación de enfermería en los mismos y en unidades multidisciplinarias.
  
- En el **CHUNSC**:
  - Creación de Unidades Específicas de:
    - Media-larga estancia.
    - Cuidados Cardiológicos Intermedios.
    - Insuficiencia Cardíaca.
    - Unidades / consultas multidisciplinarias (ELA...).
    - Ortopediología.
  
- En el **HUGG Dr. Negrín**, se puso en marcha el Programa de Incapacidad Temporal de origen músculo-esquelético, desarrollado por el Servicio de Reumatología.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote** se ha desarrollado la ortopediología junto con el Programa de Fragilidad.

## 4.2. Orientar los PGC hacia los resultados y la eficiencia.

**1 - El Programa de Gestión Convenida 2016-2017** se centró en los siguientes aspectos:

- Adecuación presupuestaria.
- Integración y mejora de los Sistemas de Información.
- Uso racional del medicamento.
- Mejora de la eficiencia, que incluye el pacto de objetivos entre AP y AE.
- Adecuación de tiempos de espera.

**2 -** Todos los indicadores vinculados al PGC corresponden a objetivos y acciones desarrolladas por las diferentes Gerencias; se hace mención en los diferentes apartados de este informe, excepto los que se comentan a continuación:

- Adecuación presupuestaria, que con el horizonte de “desviación cero” despliega varios indicadores relacionados con la adecuación de Capítulo I (personal), reducción de procedimien-

tos de nulidad, desviación en gastos de bienes corrientes y servicios, facturación a terceros y agilización de informes técnicos en los procedimientos de contratación y adquisición.

- El mantenimiento del sistema de información Cantonera, para el registro de actividades y gastos realizados.
- Cumplimiento de plazos en los procedimientos de Reclamaciones Patrimoniales.

**3** - Además, las Gerencias se han centrado también en el desarrollo de los objetivos del PGC referidos a los compromisos del Pacto AP-AE, que se centran en las siguientes áreas de actuación:

- Definir e implantar el circuito de Atención del paciente crónico de muy alta complejidad.
- Implantar los Protocolos de atención al paciente crónico cardiológico, incluyendo la gestión de las consultas virtuales para estos procesos.
- Continuar con la implantación del facultativo consultor.
- Continuar la implantación del catálogo de peticiones de pruebas diagnósticas desde AP.
- Avanzar en la descentralización del control de la anticoagulación oral.
- Adecuación entre oferta y demanda de consultas externas y pruebas complementarias.
- Revisión y actualización del Informe de Cuidados de Enfermería (ICE), con su correspondiente integración para la historia de salud electrónica en AP y AE.
- Explorar iniciativas de utilización de las TIC que mejoren la comunicación entre AP y AE.
- Establecer un acuerdo de colaboración en materia de Investigación y Formación Continuada, para sumar recursos.

Todo ello, sin menoscabo de otras iniciativas desarrolladas por los diferentes centros, por ejemplo el circuito de derivación para el diagnóstico precoz de cáncer de cérvix (CHUNSC), Programa de Coordinación AE-AP (Gerencia de Lanzarote) o grupo de trabajo multidisciplinar para evaluar, adaptar y potenciar las acciones incluidas en los PGC (Gerencia de La Palma).

#### Otras acciones realizadas:

- El **pacto de objetivos anual** que cada Gerencia realiza con sus áreas, servicios, centros, etc. y que, conjuntamente con el PGC, conforman las metas para la productividad anual (incentivos).
- **Evaluación continua de la atención a los problemas de salud más prevalentes** que se realiza tanto a nivel de los Servicios Centrales (para los indicadores asistenciales del PGC, programas, protocolos, etc.), como a nivel de las Gerencias (PGC e incentivos, servicios asistenciales como la enfermedad vascular aterosclerótica, el TNO, las espirometrías, ecografías, el control de infecciones nosocomiales o la TBC, etc.).
- La **DGPPAA** constituyó el **Grupo Impulsor de Guías de Práctica Clínica y de Recomendaciones “No Hacer”** de la Comunidad Autónoma de Canarias, en coordinación con el Ministerio de Sanidad. El objetivo principal es identificar prácticas asistenciales que no aportan valor o que pueden generar riesgo para los pacientes, e implantar medidas correctoras.
- Las **Direcciones de Área de Salud** ejercen su función inspectora sobre la calidad asistencial de la red de centros concertados con el SCS.

## 4.3. Optimización de la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios.

En el **Anexo 1** se recoge información sobre:

- La mortalidad prematura por cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes, enfermedad cerebrovascular y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.
- La estancia media hospitalaria, tasa de reingresos y tasa de cesáreas.
- Satisfacción con la atención sanitaria (consultas de AE, urgencias hospitalarias, ingreso hospitalario y AP).

### Acciones realizadas:

#### CALIDAD

Las políticas de calidad contribuyen a optimizar la eficiencia de los servicios sanitarios a través de la estandarización de procesos en un ciclo continuo de mejora. Se han realizado las siguientes acciones:

- En la **GAP de Gran Canaria**:
  - La aplicación del modelo de Calidad Europeo EFQM con validación externa 300+.
  - El Plan Estratégico de la GAP del Área de Salud de Gran Canaria 2014-2018.
- En la **GAP de Tenerife**:
  - Durante el año 2016 y 2017 se realizaron las actividades de mantenimiento del Servicio de Gestión de la Calidad ya implantado y certificado. Entre ellas destacan la realización de auditorías internas y externas de certificación conforme a la Norma ISO 9001:2008, así como la ejecución de las acciones de mejora del sistema (5 en total).
- En el **HUGC Dr. Negrín**:
  - Programa de Mejora continua desde el año 2004, habiendo realizado 5 Autoevaluaciones EFQM, la última en el año 2015 con un resultado de +414.
  - Desarrollo de una política de calidad que apuesta por fomentar la gestión por procesos y la mejora continua en los servicios. En 2016 se certificaron 6 servicios por la norma ISO 9001-2008, con un total de 21 servicios certificados.
- En el **CHUNS de Candelaria**:
  - Se encuentran certificados 29 Unidades o Servicios con la norma ISO 9001:2008.
  - Se ha obtenido la certificación ambiental por la norma ISO 14001:2004.
  - El Sistema de Gestión por procesos en determinados servicios médico-hospitalarios.

- En el **CHUIMI de Gran Canaria:**

- Servicios/Unidades certificados según la Norma UNE-EN ISO 9001:2015: un total de 15 Servicios (Farmacia de ambos hospitales, Electromedicina, Digestivo-pruebas funcionales, Física Médica, Anatomía Patológica, Medicina Preventiva, Medicina Intensiva de adultos y pediátrica, Esterilización, Hematología y Hemoterapia, Cocina Hospitalaria y Dietética, Urgencias de Tocoginecología y Pediátricas y Medicina Nuclear), 2 Subdirecciones (Recursos Humanos y Admisión, Documentación Clínica y Codificación), así como la Coordinación de Trasplantes.
- Desarrollo y potenciación de la Gestión por Procesos (Cardiología, Cirugía Torácica y Unidad de Formación Continuada y Docencia).

- En el **CHU de Canarias:**

- Certificación de nuevos procesos en 2016: Unidad de Coordinación de Trasplante y Radioterapia Externa y Braquiterapia.
- Mantenimiento de la certificación de 40 procesos. Se están dando los pasos necesarios para la adaptación a la nueva ISO 9001:2015.

## USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

La utilización adecuada de los medicamentos y productos sanitarios es un factor clave para conseguir resultados positivos en el abordaje de los problemas de salud. Sin embargo, no están exentos de riesgos para los pacientes y suponen, como hemos visto, un gasto sanitario importante.

Para potenciar el uso racional de los medicamentos, en los PGC se incluye el denominado “índice sintético de calidad” para AP y AE, que constituye un indicador compuesto de múltiples fármacos e indicaciones, para estimar el ajuste de la prescripción a los medicamentos considerados como de primera elección. Cuanto mayor es su valor sobre una escala 100, mejor es el resultado. Concretamente para 2016-2017:

En **Atención Primaria** se objetivaron importantes diferencias entre Áreas de Salud, dos de las cuales cumplieron con el objetivo marcado:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
<b>Objetivo PGC</b>	> 38%	> 69%	> 60%	> 90%	> 40%	> 38%	> 72%
<b>2016</b>	30,8%	63,5%	61,5%	90,4%	40,4%	21,1%	73,1%
<b>2017</b>	32,7%	59,6%	65,4%	84,6%	30,8%	25%	80,8%

En **Atención Especializada**, siete de las nueve Gerencias cumplieron el objetivo:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr.JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	45%				70%	45%		70%	
2016	48,9%	46,6%	50,0%	51,1%	42,0%	81,8%	40,9%	27,3%	72,7%
2017	57,1%	54,8%	44%	59,5%	46,4%	85,7%	50%	47,6%	69%

## 4.4. Evaluación de guías de práctica clínica, programas y protocolos.

Si bien se conocen y se analizan datos de cobertura, actividad y resultados de diferentes programas y protocolos del SCS (Programa de Salud Infantil, Programa de prevención y control de la enfermedad vascular aterosclerótica, Protocolo de Cirugía Menor, Retisalud, programas quirúrgicos, etc.), no se ha llevado a cabo una evaluación global, reglada y sistemática de estos instrumentos, tal y como se recoge en esta Línea de Actuación (“evaluación de resultados e impacto general en el sistema, incluyendo la perspectiva de género y de desigualdades socio-económicas en sus múltiples manifestaciones”).

## 4.5. Adecuar la oferta asistencial al perfil de cronicidad.

Además de las acciones que se exponen en la **Línea de Actuación 4.1**, en los **PGC** se incluyeron:

- Las acciones ya comentadas en el Pacto AP-AE para la implantación del circuito de Atención del paciente crónico de muy alta complejidad y los Protocolos de atención al paciente crónico cardiológico.
- La potenciación de la **Hospitalización a Domicilio (HADO)**, con un incremento en el número de pacientes atendidos que fue el siguiente: aumentó la actividad en el CHUIMI (51,6% en 2016 y 16,7% en 2017), en el CHUC (35,9% en 2016 y 15,5% en 2017), en el HUGC Dr. Negrín (24,1% en 2016 y 9% en 2017), en Lanzarote (3,7% en 2016 y 5,4% en 2017), mientras que en el HUNSC se ha reanudado el servicio en 2017, tras descender un 66,7% en 2016. En el resto de Gerencias, la HADO está pendiente de implantar.

## 4.6. Profundizar en la gestión de la oferta asistencial.

- Además de toda la información que se acompaña en las Áreas de Impacto 5 y 6 sobre objetivos específicos y resultados de los **PGC** en gestión de la asistencia, también se incluyó la **disminución del Índice Demora/Espera en pacientes con prioridad 3** (significa que la enfermedad que motiva la intervención quirúrgica, permite la demora del tratamiento porque no produce secuelas importantes), cuyo objetivo para el periodo 2016-2017 (para intervenir antes a los pacientes con prioridad 3 que más tiempo llevan esperando) fue cumplido por seis de las nueve Gerencias:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≤ 1								
2016	0,9	0,8	1,1	1	0,8	0,8	0,9	0,7	1,1
2017	0,9	0,8	1,1	1	0,9	0,7	0,9	1,1	1,3

- Elaboración de la **Guía de Atención a la Transexualidad** por parte del Servicio de Atención Especializada de la DGPPAA.

## 4.7. Implantar modelos de estratificación de riesgos.

En consonancia con la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, se ha desarrollado la estratificación de la población por niveles de riesgo, que tiene dos objetivos principales:

- Disponer de un sistema de clasificación de pacientes que, en función del riesgo o el grado de desarrollo de patologías crónicas, y el grado de utilización actual o prevista de los servicios sanitarios, nos permitirá determinar las actuaciones específicamente diseñadas para cada grupo en base a sus necesidades de atención.
- Facilitar la toma de decisiones rápida y eficaz por parte de los gestores sanitarios a la hora de planificar recursos y, por parte de los profesionales para identificar claramente a los pacientes y establecer los niveles de cuidados que la organización le va a proporcionar.

En este sentido, la DGPPAA ha desarrollado **la estratificación de la población de mayores de 14 años** en Tarjeta Sanitaria, según su complejidad utilizando para ello la herramienta **GMA (Grupos de Morbilidad Ajustada)** promovida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estos Grupos parecen recoger adecuadamente diferentes necesidades asistenciales de los usuarios, particularmente en AP (visitas a centros de salud en medicina y enfermería, gasto en farmacia según prescripción y probabilidad de ingreso urgente en un hospital de agudos). Se encuentra disponible para los profesionales en la historia de salud electrónica DRAGO-AP.

## 4.8. Plan Integral de Urgencias Sanitarias.

La Ley 11/1994 de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias, en su artículo 32, recoge que la Comunidad Autónoma Canaria debe contar con un Plan de Urgencias. A su vez, El PSC en sus áreas de impacto 4 y 5, habla de orientar el SCS hacia la mejora de la actividad asistencial y potenciar una atención primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.

El Plan de Urgencias de Canarias (PLUSCAN), es un programa de actuación plurianual, cuyo procedimiento de elaboración se regula por el Decreto 27/2008, de 4 de marzo. La tramitación que debe seguir dicho plan ha sido desarrollada según establece el citado Decreto, incluyendo:

- La entrega del documento del PLUSCAN por el equipo redactor (junio 2016) y elaboración de Memoria de la Dirección del Servicio Canario de la Salud (julio 2016).
- Modificación puntual de ficha financiera y solicitud de informe a la Dirección General de Planificación y Presupuesto (agosto 2016).
- Informes y observaciones sobre idoneidad de indicadores (Intervención General y Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad), hasta octubre 2016.
- Informe de impacto ambiental. Informe de la Consejería de Hacienda y de la Dirección General de Planificación y Presupuesto (noviembre 2016).
- Se solicitó informe del Consejo Económico y Social, que se entrega en julio 2017.
- El 3 de abril de 2018 fue aprobado por el Consejo de Gobierno.

**Las acciones realizadas en el 2017 son las que se enumeran a continuación:**

### 1. Creación de la Unidad de Coordinación del PLUSCAN:

Ubicada en la Unidad de Apoyo de la Dirección del SCS, la Unidad de Coordinación para el Plan de Urgencias está compuesta por un médico y un enfermero, que en colaboración con las direcciones generales del SCS, tienen como objetivo fundamental impulsar y coordinar la implantación del PLUSCAN.

### 2. Implementación progresiva del nuevo modelo de organización:

El PLUSCAN propone un nuevo modelo de organización que se concreta de la siguiente manera:

### 2.1 Ámbito de Atención Primaria.

- Puntos de Atención urgente (PAU): son servicios de urgencias que dan cobertura 24 horas los 365 días del año, con dependencia orgánica y funcional de AP y/o Gerencia de Servicios Sanitarios. Estarán dotados de medios diagnósticos tales como servicio de rayos y laboratorio de parámetros clínicos. Los PAU estarán ubicados en los centros de salud y dispondrán de personal propio para la prestación de servicios.
- Puntos de Atención Continuada (PAC): son servicios de urgencias dependientes de AP y/o Gerencia de Servicios Sanitarios. Están ubicados en los centros de salud y el personal que presta servicio a la urgencia es el propio de los Equipos de AP. Tienen horario de 20h-8h de lunes a viernes y 24 horas los fines de semana y festivos.

### 2.2 Ámbito de Atención Hospitalaria.

- Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH).
- Centros Especializados de Atención a la Urgencia (CEAU): dependientes de las Gerencias Hospitalarias. Son dispositivos de mayor complejidad que disponen de infraestructuras más sofisticadas. Dispondrán de espacios que permitan atender y observar el curso evolutivo de los pacientes de riesgo y con inestabilidad clínica. Se configuran como centros de proximidad, ubicados en áreas con gran crecimiento poblacional, con la finalidad de incrementar la accesibilidad de los ciudadanos a los Servicios de Urgencias y mejorar la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos. Tienen la misión de prestar atención a la población asignada en el ámbito de la asistencia hospitalaria y urgente establecida en su cartera de servicios, con criterios de máxima agilidad en la respuesta asistencial, calidad en la prestación, eficacia y efectividad.

**3. Presentación del PLUSCAN** al Consejo Económico y Social, que se llevó a cabo el 18 de abril de 2017.

### 4. Acciones puestas en marcha.

El cronograma establecido en el documento del PLUSCAN, contempla hasta el año 2021 una serie de acciones en cada una de las islas. A continuación, se detallan por islas las acciones llevadas a cabo en el año 2017.

#### 4.1 Gran Canaria.

En noviembre de 2017:

- **Centros de Salud de Maspalomas y Vecindario:** Se pone en marcha el horario 24 horas de atención a la urgencia, con funcionamiento también en horario 24 horas todos los días, del servicio de radiología convencional.
- **Centro de Salud de Gáldar:** Se pone en marcha el servicio de radiología 24 horas todos los días del año.

- **Centro de Salud de Barrio Atlántico:** Se comienza a dar servicio de radiología en el centro los sábados, domingos y festivos en horario de 10 a 22 horas.

#### 4.2 El Hierro.

- **Área de Salud de El Hierro** (noviembre 2017): se pone en marcha la nueva ambulancia medicalizada para dar cobertura a la población del Área con base en el Hospital Insular.

#### 4.3 La Gomera

- **Área de Salud de La Gomera** (noviembre 2017): se pone en marcha la nueva ambulancia medicalizada para dar cobertura a la población del Área con base en el antiguo Centro de Salud de San Sebastián de La Gomera.

#### 4.4 Lanzarote

- **Consultorio Local de Playa Blanca** (julio 2017): se pone en marcha la nueva ambulancia medicalizada que dará cobertura a la zona sur de la isla con base en el citado centro.

#### 4.5 Fuerteventura

- **Centro de Salud de Gran Tarajal** (octubre 2017): se pone en marcha en horario 24 horas todos los días del año tanto la atención a la urgencia como el servicio de radiología simple del centro.

#### 4.6 La Palma

- **Centro de Salud de Santa Cruz de La Palma** (junio 2017): se pone en servicio una nueva ambulancia de soporte vital básico en la isla. De esta manera, se ha ubicado la ambulancia sanitizada anteriormente ubicada en el CECOPIN en el citado centro de salud, dejando la nueva ambulancia básica en el CECOPIN.

#### 4.7 Tenerife

- **Hospital Universitario de Canarias** (enero 2017): comienza a funcionar la nueva unidad de corta estancia del servicio de urgencias del citado centro con 23 nuevas camas.
- **Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria** (diciembre 2017): se puso en marcha la nueva unidad de corta estancia del servicio de urgencias del citado centro con una dotación de 21 nuevas camas.
- **Servicio de Urgencias de Puerto de La Cruz** (CAE) (julio 2017): se amplió el horario de cobertura del servicio de radiología simple del centro, pasando a prestarse servicio en horario de 8 a 15 y de 17 a 20 horas de lunes a viernes y de 8 a 20 horas fines de semana y festivos.
- **Centro de Salud de San Benito** (julio 2017): se amplió el horario de radiología simple del centro para pasar a dar servicio de 8 a 20 horas ininterrumpidamente todos los días del año. El 11/12/2017 se pone en marcha el horario 24 horas de atención a la urgencia todos los días del

año en este centro.

- **Centro de Salud de Tíncer** (octubre 2017): comienza a funcionar el servicio de radiología simple del centro para dar cobertura tanto a la urgencia como a la actividad ordinaria de las consultas. El horario de funcionamiento se estableció de 8 a 22 horas todos los días del año.
- **Centro de Salud de San Isidro** (octubre 2017): comienza a funcionar el servicio de radiología simple del centro para dar cobertura tanto a la urgencia como a la actividad ordinaria de las consultas. El horario de funcionamiento se estableció de 8 a 22 horas todos los días del año. También, se comienza a prestar servicio de atención a la urgencia en horario de 17 a 09 horas de lunes a sábados y 24 horas domingos y festivos.

## 5. Los profesionales como principales actores del PLUSCAN.

- El SCS y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) organizaron unas “**Jornadas para la Optimización de la Atención Urgente**”, a las que asistieron unos 100 profesionales expertos en urgencias y en gestión. En dichas jornadas se presentaron los Planes de Urgencias de Comunidades como Galicia, País Vasco, Madrid y Canarias, lo que permitió debatir e incorporar mejoras al PLUSCAN para la mejora de los procedimientos organizativos y dar un papel protagonista a los profesionales.

## 6. Acciones de coordinación para la mejora de los servicios de urgencias.

- 6.1. A lo largo del año se han celebrado **reuniones de coordinación tanto con las Gerencias Hospitalarias como de AP y de Servicios Sanitarios** en todas las islas. Se han realizado un mínimo de dos reuniones con cada equipo directivo para analizar la situación de cada Gerencia, detectar necesidades y pactar los objetivos para la implantación de PLUSCAN en 2017 y 2018.

### 6.2 Coordinación con el Servicio de Infraestructuras.

Se ha realizado un importante trabajo en colaboración con el Servicio de Infraestructuras del SCS a través su coordinador, para la planificación de mejoras en servicios de urgencias, estableciendo unos criterios funcionales mínimos y homogéneos que puedan dar respuesta a los profesionales y usuarios. De esta manera, se han realizado visitas conjuntas a servicios de urgencias de las diferentes islas así como reuniones por videoconferencia con los equipos directivos responsables.

Se han redactado las necesidades funcionales para la mejora de los servicios de urgencias que desde la Unidad de Coordinación del PLUSCAN se han detectado como susceptibles de mejora.

Se elaboró el documento que recoge la propuesta de mejora de los servicios de urgencias para el año 2018.

### 6.3 Solicitud y revisión de los planes de contingencia.

Históricamente se objetiva un incremento estacional de la demanda de atención urgente, en números absolutos, en el periodo comprendido entre octubre y marzo de cada año y la tendencia es a concentrar una mayor afluencia de pacientes en horario de mañana (de 11 a 16 horas) con un nuevo pico a última hora de la tarde y primera de la noche.

En esos periodos se producen: el incremento de la frecuentación, aumento de reagudizaciones de pacientes crónicos, el aumento de la media de edad de los pacientes y el incremento de la necesidad de ingresos de pacientes en el hospital derivados de las comorbilidades.

A pesar de que el aumento de la demanda es previsible, frecuentemente se producen episodios de saturación de las áreas de Urgencias que generan sensación de descontrol, que es amplificado por los medios de comunicación, dando una imagen de caos asistencial.

Aunque entre los profesionales que trabajan en los SUH el término saturación ha sido ampliamente utilizado, aceptado y comprendido de forma intuitiva, no ha existido un consenso en la literatura científica sobre la definición de saturación. La aproximación más reciente vuelve a hacer más hincapié en sus causas y consecuencias, y la considera una combinación de variables: número de pacientes que esperan ser registrados y clasificados, número de boxes de observación ocupados, número de pacientes en los pasillos, número de pacientes esperando cama y número total de urgencias.

Por ello, se hace necesario elaborar planes de contingencia que contemplen actuaciones a todos los niveles de la cadena asistencial. En consecuencia, se ha procedido a solicitar formalmente a todas las Gerencias la remisión de los planes de contingencia actualizados basándose en el Anexo 2 del PLUSCAN, con la intención de homogeneizar criterios y procedimientos.

### **7. Mejora de la capacidad de resolución de Atención Primaria: implantación de técnicas de point of care.**

Una de las estrategias del PLUSCAN para desarrollar los servicios de urgencias extrahospitalarios, proporcionando medios diagnósticos y por lo tanto capacidad de resolución, es la implantación de técnicas de "point of care" (PC) en los centros donde corresponda por criterios de demanda, lejanía, etc. Esta prestación permite conocer por medio del análisis de sangre total, parámetros de bioquímica y hematología que pueden resultar trascendentales en la ayuda a la determinación de un diagnóstico.

Desde el PLUSCAN se han mantenido reuniones con el personal de la Dirección General de Recursos Económicos encargado de coordinar el concurso para la adquisición de los PC; también se ha dado un impulso mediante la participación en la reunión con las responsables de análisis clínicos del HUGCDN, CHUIMI y CHUC, para coordinar la realización de los pliegos técnicos por los que se regirá el concurso.

Está previsto dotar el 2018 de esta tecnología a los puntos de urgencias que recoge el PLUSCAN.

### **8. Mejora del transporte sanitario urgente.**

La mejora del transporte sanitario urgente, así como la implementación del transporte sanitario no urgente resultan de clave importancia de cara a garantizar un mejor servicio al usuario a la vez que se contribuye al drenaje de los servicios de urgencias. Con estos objetivos, junto a las acciones de PLUSCAN recogidas anteriormente para 2017, se está potenciando la mejora de la prestación del servicio de transporte sanitario no urgente.

## 4.9. Elaborar e implantar un Plan de Salud Mental.

En el **Anexo 1** se recoge información sobre la prevalencia de trastornos mentales en población adulta y consumo de sustancias hipnóticas y sedantes.

En los **PGC** se incluyó el consumo de benzodiacepinas a través del cálculo con DHD. Los resultados para 2016-2017 mostraron una notable variabilidad entre islas, logrando disminuir el consumo en personas mayores de 65 años (excepto en un Área de Salud) y en personas menores de 65 años (excepto en tres Área de Salud):

Dosis Habitante Día de benzodiacepinas en personas **mayores de de 65 años:**

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	Disminuir DHD en relación al año anterior*						
2016	275,9	327,1	182,4	177,4	241,5	225,1	194,7
2017	268,2	322,3	177	170,4	244,5	220,5	187,2

\* En relación al año 2015, las DHD disminuyeron en todas las islas.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales - Servicio Uso racional del Medicamento y Control de la Prescripción

Dosis Habitante Día de benzodiacepinas en personas **menores de 65 años:**

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	Disminuir DHD en relación al año anterior*						
2016	93,1	114,4	48,7	51,9	87,5	68,5	80,5
2017	91,6	110,8	49,7	52,5	86,1	71,5	77,6

\* En relación al año 2015, las DHD disminuyeron en todas las islas.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales - Servicio Uso racional del Medicamento y Control de la Prescripción.

## El Plan de Salud Mental

Aunque no se ha concluido en 2017, se espera finalizar en 2018 y se está desarrollando de la siguiente manera:

1. Se ha ampliado el punto de vista del PSC, que prioriza la atención al Trastorno Mental Grave y a la Salud Mental Infanto-Juvenil, con un enfoque más global que incluirá un amplio conjunto de líneas de actuación. Así, el Plan de Salud Mental incluye en la Metodología seguida para su elaboración, un Análisis de la situación y los Objetivos y acciones propuestas, que se enmarcan en doce líneas estratégicas.

Todo el proceso tiene como marco un exhaustivo análisis de situación que ha incluido, los siguientes aspectos:

- Marco normativo y acuerdos institucionales.
- Protocolos, Guías y Manuales.
- Demografía.
- La Salud Mental en Canarias.
- Recursos para la atención a personas con enfermedad mental.
- Actividad asistencial.
- Sistemas de Información.
- Actividad docente e investigadora.
- Las Asociaciones de familiares y usuarios.
- Propuestas de base.

2. Se siguió un proceso detallado y en coherencia con la literatura disponible para definir la metodología y la composición de los diferentes Grupos de Trabajo, un total de 22, que trabajaron en las doce líneas estratégicas definidas:

1. Promoción y Prevención
2. Prevención y tratamiento de la conducta suicida
3. Atención a las personas con trastornos mentales
4. Atención a la salud mental infanto-juvenil
5. Atención a la salud mental de personas de edad avanzada
6. Atención a las personas con patología dual y adicciones
7. Rehabilitación psicosocial
8. Prevención y reducción del estigma
9. Salud Mental y género
10. Coordinación

11. Sistemas de información

12. Formación e Investigación

La línea estratégica 3 incluye, entre otros, el Trastorno Mental Grave.

3. Posteriormente se realizó el proceso de validación interna en el SCS. Este proceso ha concluido en marzo de 2018. Tras la validación externa se podrá disponer de un borrador definitivo, que deberá ser aprobado.
4. Finalmente, cabe destacar que el Plan se sustenta en principios básicos, como el mantenimiento del modelo comunitario de atención a la salud mental, la calidad, la equidad, la accesibilidad, la eficiencia, la disponibilidad de los recursos necesarios, la coordinación, el cuidado integral centrado en el usuario, el respeto a la autonomía y dignidad personales, la erradicación del estigma y la búsqueda de la recuperación de las personas con enfermedad mental.

#### Otras acciones realizadas:

- En la GAP de Gran Canaria, un protocolo de Salud Mental con recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes.
- En la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote, funcionamiento de la Comisión de acceso y seguimiento de pacientes a Unidades de Rehabilitación Psicosocial.

## 4.10. Fomento de la adherencia terapéutica.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, se va incrementando el número de personas que padecen una o varias patologías crónicas. Esta situación origina también un incremento en las personas polimedizadas (que toman 5 o más medicamentos) o polimedizadas excesivamente (que toman 10 o más medicamentos).

La variable que más se relaciona con la falta de adherencia terapéutica, es decir, con el cumplimiento inadecuado en la toma de la medicación por exceso o por defecto, es el número de fármacos consumidos por el paciente.

Durante 2016, se realizó una actualización del **Programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos y polimedizados**, centrada en la detección de duplicidades y en la actualización de los criterios STOPP y PRISCUS, para identificar prescripciones inadecuadas de medicamentos en adultos mayores.

En los PGC se incluyó el porcentaje de reducción del número de pacientes mayores de 65 años polimedizados y con duplicidades en su tratamiento. Se consideró polimedizada a toda aquella persona con 10 o más medicamentos prescritos en su plan de tratamiento. Las reducciones conseguidas para 2016-2017 cumplieron el objetivo excepto en un Área de Salud:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	> 15%						
2016	11,1%	13,5%	11,0%	15,8%	27,7%	16,0%	21,8%
2017	18,9%	21,3%	28,2%	25%	14,2%	25,7%	29,7%

**Otras acciones realizadas:**

- En las **Gerencias de AP y de Servicios Sanitarios**, realización de formación en:
  - Contenidos en “Uso racional del medicamento y productos sanitarios” (para medicina y enfermería).
  - Formación continuada en el módulo de prescripción de Receta Electrónica Continua del SCS.
  - Asesoría sobre acciones de mejora del plan terapéutico y que mejoran la adherencia terapéutica.
  
- En las **Gerencias hospitalarias**, priorización de la formación a los facultativos e implementación de la receta electrónica continua REC-SCS.
  
- También en las diferentes **escuelas de pacientes hospitalarias** (ver en Área de Impacto 6), se introducen contenidos sobre adherencia terapéutica en diferentes problemas de salud, como la insuficiencia cardíaca, la diabetes en adultos y niños, o las enfermedades respiratorias.
  
- En cuanto a la **historia de salud electrónica**, dispone de varias funcionalidades que pueden contribuir al seguimiento de la adherencia terapéutica, entre otras:
  - Programa de polimedicados en la historia de salud DRAGO.
  - Cierre automatizado de las prescripciones no retiradas de las oficinas de farmacia
  
- La **GAP de Gran Canaria** ha puesto en marcha en el centro de salud de Triana, un proyecto de investigación sobre problemas de prescripción en pacientes mayores.

## 4.11. Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes.

En el **Anexo 1** se recoge información sobre la prevalencia de la diabetes y la tasa de amputaciones de miembro inferior en pacientes diabéticos.

### Plan Canario de Atención a la Diabetes

Aunque no se ha concluido en 2017, se espera finalizar en 2018 y se está desarrollando de la siguiente manera:

**1. Desde la Dirección General de Programas Asistenciales** se está trabajando, en el marco de la “Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias”, en una estrategia que integre a través de rutas asistenciales los recursos y herramientas que ya están en marcha desde hace años, y que han permitido abordar la Diabetes tanto en AP como en AE. Son entre otros:

- El “Programa de prevención y control de la Enfermedad Vasculor Aterosclerótica de Canarias”, eje principal para población adulta del Modelo Organizativo de Atención a la Diabetes definido desde el año 2010 por un grupo específico de trabajo de profesionales de AP y AE.
- “Programa de Salud Infantil”, que promueve la prevención de la obesidad y la detección precoz de niños o niñas con Diabetes, teniendo en cuenta el incremento de casos de Diabetes tipo 2 en adolescentes y jóvenes, que se ha vinculado fundamentalmente a los estilos de vida (alimentación, sedentarismo, etc.).
- Documentos de apoyo como la Guía de Abordaje de la Obesidad Infantil y Juvenil de Canarias, “Estrategia de Abordaje de la Enfermedad Renal Crónica en Canarias” o la “Guía sobre Pie Diabético” publicada en 2017.
- El desarrollo de las figuras del Endocrinólogo Consultor y las consultas virtuales, que permiten mejorar la calidad asistencial a través de una mejor comunicación y coordinación entre los Equipos de AP y sus respectivos Hospitales de referencia.
- Se están revisando las características de la Comisión Asesora de la Diabetes de Canarias, para hacerla más operativa y participativa.

**2. Desde la Dirección General de Salud Pública:**

- Como parte de las campañas de sensibilización del Día Mundial de la Diabetes en 2016 y 2017, se han elaborado materiales siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Diabetes.
- Se llevaron a cabo varias ediciones del “Curso de diabetes en la escuela”, dirigido a docentes para normalizar la escolarización de los niños con esta patología.

Aparte del seguimiento que se realiza desde las Gerencias y la DGPPAA, en los PGC se incluyó el porcentaje de diabéticos menores de 70 años con buen control, considerado como una hemoglobina glicosilada menor del 7%. En la mayoría de los estudios científicos, el grado de control se encuentra por encima del 50%. En el estu-

dio DARÍOS con población española (2011) se observó que la proporción de participantes bien controlados era del 65% en los varones y del 63% en las mujeres. En el periodo 2016-2017, el resultado de este indicador muestra que tres de las siete Áreas de Salud superaron el objetivo marcado:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 40%						
2016	40,3%	36,5%	34,1%	29,8%	24,8%	38,8%	27,6%
2017	43,1%	39,1%	41,5%	38,1%	27,5%	40,6%	34,2%

Con respecto al **Cribado de la Retinopatía Diabética:**

Se realiza a través del programa RETISALUD, cuya población diana a diciembre de 2016 y 2017 era de 132.366 y 128.208 pacientes diabéticos respectivamente. Durante 2016 se realizaron 46.403 retinografías y finalizaron el circuito de cribado 40.280 pacientes, de los cuales solo han tenido que derivarse a Oftalmología el 6,6%. Esto ha supuesto la detección de 2.668 pacientes con retinopatía diabética.

Durante 2017 se realizaron 53.879 retinografías y finalizaron el circuito de cribado 48.080 pacientes, de los cuales solo han tenido que derivarse a Oftalmología el 5,9%. Esto ha supuesto la detección de 3.144 pacientes con retinopatía diabética.

El porcentaje de diabéticos susceptibles de inclusión en RETISALUD a los que se ha hecho una retinografía en este sistema en los últimos 2 años, durante el periodo 2014 a 2017 ha sido el siguiente:

AÑO	2014	2015	2016	2017
Canarias	43,1%	39,1%	41,5%	38,1%

Además, se refuerza la calidad asistencial con la oferta de Formación online del SCS a médicos de familia para la lectura de retinografías en AP.

Con respecto al circuito coordinado entre AP y AE para el cribado de la retinopatía diabética, en los **PGC** se incluyó:

• En **Atención Primaria:**

- El porcentaje de pacientes diagnosticados de diabetes y adscritos a zonas con retinógrafo de referencia que tienen una retinografía realizada en los dos últimos años. En el periodo 2016-2017, el resultado de este indicador muestra que solo una de las siete Áreas de Salud superó el objetivo marcado:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 60%						
2016	60,1%	47,4%	46,3%	51,5%	41,5%	62,2%	36,1%
2017	64%	53,9%	57,2%	55,1%	47,1%	56,1%	48,7%

• El porcentaje de retinografías valoradas en un plazo menor a 30 días. Los resultados en 2016-2017 fueron positivos o quedaron cerca del objetivo:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 90%						
2016	93,7%	92,9%	93%	91,1%	82,9%	90%	69,9%
2017	95,2%	95,8%	96,2%	91,2%	86%	87,3%	85,7%

• En **Atención Especializada**, se incluyó el porcentaje de retinografías valoradas en un plazo inferior a 30 días. En 2016-2017 se observa que dos Gerencias quedaron lejos del objetivo:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≥ 90%								
2016	82,8%	100%	90,3%	92,8%	96,8%	99,5%	99,7%	95,4%	78,7%
2017	61,1%	99,8%	97,6%	100%	87,9%	100%	98,5%	71,9%	93%

# ÁREA DE IMPACTO 5

## Potenciar una Atención Primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad.

- 5.1 Facilitar la accesibilidad de pacientes agudos (ND).
- 5.2 Facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas y las prestaciones, y mejorar tiempos de respuesta en determinadas patologías (NAD).
- 5.3 Evaluación periódica de la utilización de pruebas complementarias (ND).
- 5.4 Potenciar la formación de pacientes (ND).

### *Resumen ejecutivo:*

**Se han realizado acciones en la NAD y en dos ND.**

#### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se han desarrollado diferentes soluciones organizativas para los pacientes "sin cita" y/o "agudos" (5.1).
- Desarrollo de la capacidad resolutive a través del catálogo de pruebas diagnósticas de AP (5.2).
- Se ha implantado la consulta telefónica para medicina de familia y pediatría en todas las ZBS (5.1) (5.2).
- Se realiza la formación de pacientes a través de "Aulas de Salud" (5.4).

#### ÁREAS DE MEJORA:

- Evaluación periódica de pruebas complementarias (5.3).
- La accesibilidad para ser atendido antes de 24 horas es mejorable, con diferencias notables entre Áreas de Salud.

## 5.1. Facilitar la accesibilidad de pacientes agudos.

La accesibilidad para pacientes agudos debe garantizarse a partir de la disponibilidad de consulta para el mismo día. Para ello es necesario mantener una ratio adecuada de pacientes por cupo de AP, así como una gestión eficiente de las agendas. En el **Anexo 1** se recoge información sobre la población media por profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería.

En los **PGC** se incluyó el indicador del número de agendas, por grupo profesional, cuyo valor de espera mínima media fue de 1 jornada o menos. Los resultados de 2016-2017 para la demora menor de 48 horas cumplieron el objetivo excepto en dos Áreas de Salud:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 90%						
2016	97%	97%	99%	85%	97%	100%	92%
2017	96%	98%	100%	88%	90%	100%	86%

Para la demora inferior a 24 horas, los datos del 2016-2017 muestran notable variabilidad y no alcanzaron el objetivo en tres Áreas de Salud:

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	≥ 75%						
2016	74%	67%	87%	40%	88%	90%	77%
2017	67%	75%	87%	46%	79%	93%	64%

### Acciones realizadas:

- La **Dirección General de Programas Asistenciales** ha impulsado la accesibilidad de recursos para pacientes agudos en toda la Comunidad Autónoma: centros de salud, consultorios locales, puntos de atención continuada y servicios normales de urgencias, a través de:
  - Los objetivos de accesibilidad en los PGC y las acciones desarrolladas en el PLUSCAN, ya mencionadas.

- La potenciación de la consulta telefónica: se implantó el servicio de **Consulta Telefónica en Atención Primaria** en todas las consultas de Medicina de Familia de Canarias. En diciembre de 2016 se finalizó la extensión del servicio en las siete Áreas de Salud, contribuyendo así a la mejora en la equidad y accesibilidad de la ciudadanía al sistema sanitario aprovechando las oportunidades de la tecnología. En ese momento, el servicio estaba disponible en 1.171 cupos con una población potencial de 1.705.787 usuarios. En 2017, estas cifras alcanzaron 1.175 cupos de medicina de familia (para una población potencial de 1.731.236 usuarios) y 308 cupos de pediatría (para una población potencial de 268.793 usuarios). Las consultas telefónicas llegaron a representar el 2,2% del total de consultas de medicina de familia y pediatría en 2017.
  - El catálogo de Pruebas Accesibles desde AP, para aumentar su resolutivead.
  - La accesibilidad a la cita previa, vía telefónica (incluyendo citas a demanda para enfermería), APP para móviles y Web del SCS.
- A nivel de **Gerencias de AP y de Servicios Sanitarios:**
- Se realiza el análisis periódico pormenorizado del Cuadro de Mandos de AP con el objeto de adecuar recursos y adaptar los servicios sobre las necesidades de la población atendida. Esto incluye la monitorización de la actividad en los Servicios de Urgencia y Puntos de Atención Continuada, con seguimiento periódico de la actividad de las agendas y su configuración para evitar demoras. Se desarrollan actuaciones orientadas a optimizar las adecuaciones entre oferta y demanda
  - Gestión de pacientes "Sin cita", con organizaciones específicas de cada Centro.
  - Coordinación de las Unidades de Atención Familiar para "valoración clínica inicial" con el objetivo de mejorar la accesibilidad y dar la respuesta más adecuada y eficiente.
  - Potenciación de modelos organizativos, como las Unidades de Gestión Familiar en la GAP de Gran Canaria, en las que se asigna personal del área administrativa a las Unidades de Atención Familiar y de Atención Pediátrica.
  - Actualización de equipamientos en las áreas de atención a urgencias.
  - También hay que destacar la implantación de recursos de Cirugía Menor en AP, tanto básicos como avanzados. Atienden a los procesos urgentes (sutura de heridas, drenaje de abscesos, etc.) y programados, que se encuentran incluidos en el Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria (ver aquí). Actualmente hay cinco unidades de cirugía menor avanzada distribuidas en Tenerife (Centros de Salud de San Benito y Orotava -Dehesas), Gran Canaria (Centros de Salud de Barrio Atlántico y Vecindario) y Fuerteventura (Centro de Salud de Puerto del Rosario). Durante 2016 se han realizado actividades de cirugía menor ambulatoria en 54 centros de salud y consultorios locales o periféricos, con un total de 2.833 intervenciones quirúrgicas.

## 5.2. Acceso a las pruebas diagnósticas.

### Acciones realizadas:

1. Para aumentar la resolutiveidad y disminuir los tiempos de respuesta de AP, el aspecto central ha sido el desarrollo e implantación progresiva del **Catálogo de Pruebas Diagnósticas desde Atención Primaria (CPDAP)** en las diferentes Gerencias, que incluye, entre otras:
  - Para **medicina de familia**.
    - Colonoscopia, gastroscopia, rectosigmoidoscopia.
    - Densitometría.
    - Ecografía (abdomino-pélvica, aparato urinario-renal y vejiga, cuello, elastografía musculo-esquelética).
    - Mamografía.
    - TAC (columna lumbosacra, cráneo).
    - Enema opaco.
    - Tránsito esófagogastroduodenal.
  - Para **pediatría**.
    - Ecografía (cadera neonatal).
    - Edad ósea en menores y mayores de 2 años.
2. En paralelo, se ha ido produciendo la integración en Historia de Salud Electrónica DRAGO-AP, tanto la solicitud de pruebas como la recepción de los resultados, con especial hincapié en las pruebas de laboratorio.
3. Otras iniciativas:
  - En la **GAP de Gran Canaria**:
    - Formación en la adecuación de pruebas de microbiología en AP.
    - Grupo de trabajo sobre creación de perfiles de laboratorio en enfermedades prevalentes.
    - Curso básico y de actualización de Ecografía Clínica y destinado a la formación y actualización de los Médicos de Atención Primaria.
    - Trabajo de investigación sobre utilidad de la radiografía de tórax en niños con infección respiratoria.
    - Desarrollo de la Unidad de Tratamiento de Úlceras Complejas.
    - Realización de Guías y protocolos de derivación, actuación y seguimiento de distintas patologías consensuadas con AE.
    - Formación en Gestión Clínica a los profesionales en 2016.
  - En la **Gerencia de Lanzarote**:
    - Estudio del impacto económico que genera el uso apropiado de la ecografía abdominal desde AP.

## 5.3. Evaluación a las pruebas diagnósticas.

En cuanto a la evaluación periódica de la utilización de pruebas complementarias, se realizan habitualmente actividades de seguimiento de la solicitud de pruebas, tanto en Servicios Centrales como en Gerencias. Además, en los Pactos AP-AE incluidos en los **PGC**, se incorpora como objetivo la adecuación de oferta y demanda de pruebas complementarias, lo que obliga a las Gerencias a llegar a acuerdos para optimizar la oferta disponible.

Sin embargo, no se realiza una evaluación tan exhaustiva como recoge el PSC, es decir, en referencia a las pruebas diagnósticas, *“una evaluación permanente de calidad y pertinencia de la prescripción, para la optimización de su gestión con criterios de eficiencia, eficacia y coste-utilidad en la mejora de la calidad asistencial”*.

## 5.4. Formación de pacientes.

### Acciones realizadas:

1. La actividad fundamental en el SCS es la educación para la salud grupal a través de Aulas de Salud ([Ver Enlace Aquí](#)). Ha incrementado su actividad desde 2.115 acciones en 2010 hasta 4.996 acciones en 2016 y 5.455 acciones en 2017. La participación osciló entre las 96.000 y las 156.000 personas al año (130.682 asistentes en 2016 y 121.721 en 2017). Incorpora las siguientes áreas temáticas:

- Salud en la infancia y adolescencia.
- Salud cardiovascular.
- Salud Afectivo-sexual y reproductiva.
- Atención a las personas mayores.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Salud oral.
- Continuidad de cuidados.

2. Además, se llevan a cabo otras iniciativas en las diferentes Gerencias:

- En la **GAP de Gran Canaria**:
  - Escuela de padres en los Centros de Salud de Guanarteme y de Tamaraceite.
  - Talleres y Jornadas de Cuidadoras.
  - Actividades en el ámbito del Programa de Actividades Comunitarias en AP (PACAP).
  - Se desarrolla un procedimiento para la organización de soportes de información al usuario en los centros de salud.

- En la **Gerencia de La Gomera:**

- Desarrollo de Charlas/Talleres según los contenidos de Aulas de Salud en la Semana de la Salud de 2016.
- Participación en la formación y actualización de personal de residencias, Escuela de Formación Profesional, etc.

- En la **Gerencia de Fuerteventura:**

- Programa de educación sanitaria individual y grupal (preparación al parto, aula de la mujer, grupo de apoyo a la lactancia materna).

## ÁREA DE IMPACTO 6

### Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la Atención Primaria.

- 6.1 Facilitar la creación de Unidades de Gestión Clínica (NAD).
- 6.2 Uso adecuado según protocolos y eficiente de las tecnologías para resolución asistencial (ND).
- 6.3 Potenciar el especialista consultor de referencia en la atención primaria de la salud (NAD).
- 6.4 Potenciar la función de la farmacia hospitalaria (ND).

#### **Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en una de las NAD y en ambas ND.**

#### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se ha promovido la eficiencia a través de los PGC (6.2).
- Se ha potenciado progresivamente la figura del Especialista Consultor (6.3).
- Se están integrando en red las Farmacias Hospitalarias a través del proyecto Drago-FARMA (6.4).

#### ÁREAS DE MEJORA:

- No se han creado Unidades de Gestión Clínica, estando todavía en la fase de pilotaje (6.1).

## 6.1. Gestión clínica.

Los pilotajes de Unidades de Gestión Clínica que se han realizado en Canarias no han cristalizado en un modelo que pueda extenderse en la Comunidad Autónoma. Es necesario reevaluar esta línea de actuación para adoptar nuevas fórmulas organizativas que avancen en la autogestión y descentralización a partir de líderes clínicos con adecuada formación en gestión.

## 6.2. Uso adecuado, según protocolos, de las tecnologías para la resolución asistencial.

### 1- Gestión de la demanda

En los **PGC** se incluyeron los siguientes objetivos con respecto a la atención hospitalaria, entre otros:

- La disminución de las entradas en Lista de Espera Quirúrgica a través del Índice Entradas/Salidas propias, que en 2016-2017 cumplió el objetivo marcado:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guada-lupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≤ 2,1				≤ 1,5				
2016	1,8	2,3	1,6	2,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1
2017	1,7	2	1,7	1,9	1,3	1,2	1,1	1,1	1,1

- La Demora Media (contabilizada en días) en Lista de Espera Quirúrgica. En 2016-2017 los resultados muestran que cuatro Gerencias cumplieron el objetivo:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guada-lupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	< 165							< 45	
2016	157,1	195,7	207,9	192,6	159,4	125,3	81,8	37	60,7
2017	165,3	194,7	175	191,3	156,1	102,8	68,1	49	31,6

- La Estancia media preoperatoria (en días) de ingresos programados, que para 2016-2017 cumplió la meta indicada:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guada-lupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≤ 1								
2016	0,7	0,8	1,2	1,3	0,2	0,7	0,4	1,0	0,04
2017	0,6	0,7	0,8	0,9	0,4	0,6	0,4	0,7	0,1

- La Demora Media (contabilizada en días) para primera consulta hospitalaria. Se observa que para 2016-2017 solo una Gerencia cumplió el objetivo:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guada-lupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	< 60							< 30	
2016	107	157,7	116,6	75,8	34,7	63,7	102,5	49,7	135,1
2017	146,1	159	97,5	81,5	120,2	90,8	89	24,1	87,8

- La mejora de la ambulatorización de procedimientos quirúrgicos (en cirugía general y digestivo, cirugía vascular, obstetricia y ginecología, traumatología y urología), con la inclusión paulatina de nuevos procedimientos.
- El porcentaje de episodios de consultas externas en los que figura un objeto clínico cumplimentado (notas, informes, formularios y tomas), cuyos valores para 2016-2017 solo alcanzan el objetivo en una Gerencia:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guada-lupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	90%								
2016	68,3%	94,6%	70,7%	69,9%	85,5%	75,3%	76,7%	73,9%	69,3%
2017	70,7%	95,1%	78,9%	75,2%	86,7%	81%	83,5%	79,6%	56,1%

## 2- Seguridad del paciente

Las posibles complicaciones que se suceden durante el ingreso hospitalario son indicadores que permiten valorar el correcto desempeño de la actividad sanitaria de manera global. En el **Anexo 1** se recoge información sobre la tasa de infecciones hospitalarias y la tasa de úlceras por presión.

### Acciones realizadas:

- Los Planes Funciona de Quirófanos, Exploraciones Diagnósticas (endoscopias digestivas, radiodiagnóstico, etc.) y Tratamientos, que incluyen contrataciones, deslizamiento de turnos y prolongaciones pactadas para pacientes en lista de espera con patología relevante que incide de manera importante en las demoras.
- Reuniones quirúrgicas para la priorización, de acuerdo con las necesidades de los pacientes.
- Comités técnicos quirúrgicos.
- Gestión de casos por Enfermería y reuniones con la subdirección quirúrgica.
- Establecimiento de circuitos preferentes para diferentes problemas de salud, como el cáncer de mama y colon, tanto en el cribado como en el tratamiento.

### • En el **HUGC Dr. Negrín:**

- Funcionamiento de 14 Comisiones Clínicas formadas por equipos multidisciplinares que se renuevan cada dos años.
- Desarrollo de vías, guías clínicas y procedimientos acerca de los procesos más prevalentes, que se evalúan periódicamente y están accesibles a través de la intranet a todos los servicios.
- El Plan de Seguridad de Pacientes contempla 11 programas de seguridad implantados en el hospital (identificación inequívoca, bacteriemia Zero, sistema de notificación y registro de incidentes y eventos-SINASP.....), supervisados por el Comité de Riesgos Hospitalarios.
- Aulas de Pacientes:
  - Realizaron 50 sesiones en 2016, impartidas por 45 profesionales del Hospital y tres colaboradores externos que contaron con 1.292 asistentes.
  - En 2017 el Aula de Pacientes incluyó actividades de formación de “pacientes expertos” en el área de Psiquiatría, junto al programa de Rehabilitación Psicosocial, con 9 talleres a lo largo del año. También se realizaron talleres para manejo de anticoagulantes por el servicio de Hematología y sesiones para pacientes con lupus por parte del servicio de Reumatología.
- Implantación de nuevos modelos de reposición para los Centros de Coste cuyas necesidades son constantes, con un total de 31 Centros, entre ellos Hospitalización, quirófanos, UMI, Urgencias, etc.
- Programa de Eficiencia Energética, implantado hace quince años en el hospital.

- En el **CHUNS de Candelaria:**

- Formación de pacientes.
  - Escuela de pacientes en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca.
  - Educación diabetológica (adultos y edad pediátrica).
  - Escuela para pacientes neumológicos en el Hospital del Sur.

- En el **CHUIMI de Gran Canaria:**

- Integración de Historia de Salud Electrónica de AP y AE para todas las especialidades y urgencias.
- Creación del Aula de pacientes (Neumología, Rehabilitación, Endocrinología, Cardiología y Alergias).
- Escuela de Padres específica para oncohematología y creación de un nuevo Parque para el Complejo Hospitalario.

- En el **CHU de Canarias:**

- Proyecto de instalación de Hospital de Día en el Hospital de Icod.
- Puesta en marcha del Hospital de día Polivalente, con 9 puestos en los que se realizan sesiones a pacientes de diversas especialidades.
- Potenciación de la Unidad de Cardiología Congénita Infantil.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura:**

- Validación por parte de los Radiólogos de la pertinencia para todas las pruebas de radiología compleja solicitadas en Drago AE.
- Educación diabetológica en las Consultas Externas del Hospital.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote:**

- Desarrollo de circuitos preferentes para pacientes con cáncer, hombro doloroso, etc.

## 6.3. Potenciación de los especialistas consultores.

### Acciones realizadas:

1. Se ha potenciado la figura del especialista consultor **presencial** (16 especialidades) y **virtual** (17 especialidades + 6 especialidades pediátricas) para mejorar la atención integral a pacientes, optimizar y mejorar la eficiencia de las derivaciones y aumentar la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes.

El modelo se encuentra implantado en Tenerife, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura. La actividad asistencial se ha ido incrementando progresivamente cada año, especialmente en el caso de las consultas virtuales (con la excepción de un ligero descenso de las consultas presenciales entre 2013 y 2014):

### Número de solicitudes al especialista consultor:

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultor Presencial	22.775	36.644	34.273	41.686	41.893	46.239
Consultor Virtual	14.871	55.091	89.793	103.360	139.352	170.755
<b>TOTAL</b>	<b>37.646</b>	<b>91.735</b>	<b>124.066</b>	<b>145.046</b>	<b>181.245</b>	<b>217.014</b>

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales.

2. En el periodo 2016-2017 se ha desarrollado especialmente desde la DGPPAA del SCS, la potenciación y regulación de la consulta virtual con el cardiólogo de zona.
3. Cabe destacar las siguientes acciones en las diferentes Áreas de Salud, vinculadas también al Pacto de Objetivos AP-AE de los PGC:
  - En la **GAP de Gran Canaria** y:
    - El **HUGCDr Negrín**: incremento de los especialistas consultores presenciales en las ZBS para las especialidades de Nefrología, Neurología, Cardiología, Endocrinología, Dermatología, Rehabilitación, Reumatología y Digestivo.

- El **CHUIMI de Gran Canaria**: presencia de especialista consultores en Neurología, Endocrinología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Rehabilitación, Neumología, Cardiología, Medicina Interna y Dermatología.
  - Atención mediante WebEx a los centros más alejados físicamente (la Aldea, Tejeda, Artenara y Agaete) en las especialidades de Digestivo, Nefrología y Neurología.
  - Realización en 2016 de una Encuesta de Satisfacción a los profesionales de AP, que muestra una satisfacción del 69% con los Especialistas Consultores y el 77% cree que ha habido mejoras en la atención prestada al paciente gracias a su participación.
  - Puesta en marcha con AP de la enfermera consultora en Nefrología en el centro de salud de San Mateo.
- En la **GAP de Tenerife** y el **CHU de Canarias**:
    - Incorporación de nuevos Centros de AP al modelo de interconsulta virtual, con implantación en las especialidades de Neurología, Cardiología y Reumatología.
    - Medidas para la mejora de la lista de espera de Ginecología, con implantación completa de la interconsulta virtual y programa de adelanto de lista de espera.
    - Interconsulta virtual a Radiodiagnóstico para estudios radiológicos simples desde el centro de salud de San Benito.
  - En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**:
    - Implantación del Geriatra consultor.
  - En la Gerencia de **Servicios Sanitarios de La Palma**:
    - Implantación del Endocrinólogo consultor virtual.

## 6.4. Potenciación de la farmacia hospitalaria.

### Acciones realizadas:

- Por parte de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud se ha llevado a cabo el Proyecto Drago-FARMA:

Con el fin de disponer de un sistema informático unificado, descentralizado, interoperable y que cumpla con las necesidades y expectativas de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y del Sistema Contable Público, se desarrollaron los trabajos de diseño del proyecto Drago-Farma en

2017. Su ámbito de actuación son todos los Hospitales Públicos de Canarias y dará respuesta a los procesos clínicos, logísticos y económicos de todos los Servicios de Farmacia Hospitalaria, entre otros:

- Gestión de Pacientes ingresados, tratados en urgencias hospitalarias, pacientes ambulatorios de consultas externas y de hospital de día.
- Gestión de medicamentos de uso hospitalario, diagnóstico hospitalario, mezclas intravenosas, fluidoterapia, nutriciones parenterales y enterales, unidosis, medicamentos extranjeros, fórmulas magistrales estériles y no estériles disponibles en cada centro.
- Módulos especializados de Onco-Hematología y Nutrición.
- Prescripción médica, que quedará adaptada a la Receta Electrónica Canaria.
- Validación, preparación y dispensación farmacéutica.
- Administración de medicamentos por parte de enfermería.
- Integraciones con Laboratorios.
- Informes e indicadores de gestión clínica y logística del Servicio de Farmacia.

Este proyecto salió a concurso público y está siendo desarrollado por la empresa seleccionada, en el primer trimestre de 2018.

• En el **HUGCDr Negrín**:

- La Comisión de Farmacia es asesora de la Dirección Gerencia para facilitar la toma de decisiones y el desarrollo de la guía farmacoterapéutica hospitalaria.
- Comité de fármacos biológicos para control de costes, con representación de farmacia, prescriptores y gerencia.
- Comité de fármacos del VIH constituida por farmacia, prescriptores y gerencia.
- Programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) con implantación en Enero 2017.

- En el **CHU de Canarias:**
  - Creación de la Comisión de Medicamentos para Usos Fuera de Indicación.
  - Apoyo a la Dirección Médica en la toma de decisiones para la adecuación de los tratamientos.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote:**
  - Conciliación de la medicación en Ortogeriatría.
  - Obtención del sello de calidad ISO en Farmacia.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura:**
  - Se encuentran activas las Comisiones de infecciones y farmacia.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma:**
  - Potenciación de la Comisión de Farmacia Hospitalaria.



# ÁMBITO DE INTERVENCIÓN III

**Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y de los profesionales.**

## **Objetivo estratégico**

Potenciar las herramientas para la gestión de la información y del conocimiento que incrementen la masa crítica profesional, investigadora y ciudadana. Ello contribuirá a generar las dinámicas de innovación y de cambio que el Sistema Canario de la Salud demanda para conseguir ser más eficiente, eficaz, equitativo, humano y sostenible.

## ÁREA DE IMPACTO 7

**Incidir en las Agendas de Investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población.**

- 7.1 Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales (ND).
- 7.2 Desarrollar el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria (NAD).

**Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en la ND, pero no se ha completado la NAD.**

**ASPECTOS POSITIVOS:**

- Se ha desarrollado una importante producción de estudios epidemiológicos (7.1).
- Existe una considerable masa crítica de investigadores vinculados a proyectos de convocatorias competitivas.
- Se ha trabajado intensamente en la creación del Instituto Canario de Investigación.

**ÁREAS DE MEJORA:**

- Aunque se han llevado a cabo actividades relacionadas, no se ha publicado un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria (7.2).

## 7.1. Recursos y principales líneas de investigación

La actividad investigadora del SCS se desarrolla fundamentalmente en sus hospitales universitarios de tercer nivel, a través de las Unidades de Investigación, por grupos de investigación liderados por profesionales médicos y de enfermería, biólogos moleculares, genetistas y farmacéuticos, entre otros, pero también por profesionales de los servicios centrales y de los centros sanitarios de las Gerencias de Atención Primaria (GAP) y de otras gerencias de servicios sanitarios.

En el año 2016, el número de investigadores principales del SCS con proyectos de investigación financiados a través de convocatorias competitivas fue de 51. De ellos, el 64,7% eran profesionales médicos y de enfermería con actividad asistencial, que compatibilizaban con la investigadora y docente.

A través del programa competitivo de intensificación de la actividad investigadora en el SNS del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), tres facultativos médicos pudieron reducir su jornada asistencial con el fin de incrementar su actividad investigadora.

Dentro del apartado de Investigación Cooperativa, diez grupos de investigación del SCS participan en un total de ocho iniciativas promovidas por el ISCIII y una por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- CIBER de Enfermedades Respiratorias.
- CIBER de Enfermedades Raras.
- CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición.

- Red de Investigadores en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).
- Red de Investigación en Renal (REDinREN).
- Red de Investigación Cardiovascular (RIC).
- Red española de la investigación en SIDA (RIS).

Trece proyectos de investigación, en el marco del PSC, del Plan Nacional de I+D+i y de la UE, recibieron financiación pública, siendo la cuantía global de las ayudas de 1.033.680,25 euros. El número total de actuaciones de investigación subvencionadas en 2016 fue de 20, con un importe 1.351.486 euros.

Se suscribieron 176 contratos entre los diferentes centros hospitalarios y la industria farmacéutica para la realización de ensayos clínicos y otros estudios de investigación clínica.

En el capítulo de recursos humanos, además de la aportación anual que hace el Gobierno de Canarias para el personal de gestión y de los investigadores estabilizados de la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria, se han conseguido ayudas públicas del Plan Nacional de I+D+i, así como de la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información para la contratación de personal investigador, programas de intensificación y de investigadores en formación, siendo la cuantía económica total de 852.998,00 euros.

Por otra parte, las Unidades de Investigación del CHUNSC y del HUGCDr. Negrín participan en el Programa de Docencia de Formación Sanitaria Especializada del SCS, dentro del Plan Transversal para Residentes, habiendo rotado en 2016 un total de 13 residentes. También acogieron investigadores procedentes de otras comunidades autónomas y otros países para la realización de tesis doctorales, así como dos estancias dentro del programa ERASMUS.

Los principales indicadores de producción científica de los hospitales y centros sanitarios del SCS quedan recogidos en la siguiente tabla:

AÑO	2012	2013	2014
Nº de IPs	30	21	51
(con Proyectos de convocatorias competitivas)	Asistenciales: 21	Asistenciales: 12	Asistenciales: 33
% IPs asistenciales	70%	57,14%	64,70%
Nº de Proyectos (de convocatorias Competitivas)**	74	48	122
Total publicaciones en JCR***	206	183	389
Artículos en Q1 y Q2	145	117	262
Artículos en Q1	102 (49,5%)	73 (40%)	175 (45%)
Factor de Impacto acumulado	1.100,204	633,087	1.733,291

IPs: Investigadores principales; PI: Proyectos de investigación.

\* Incluye Servicio de Evaluación del SCS.

\*\* Activos y/o concedidos en 2016

\*\*\* No se contabilizan cartas al editor, casos clínicos o abstracts a congresos

Las principales líneas de investigación desarrolladas han abordado los siguientes problemas de salud de la población:

- **ÁREA 1: CÁNCER.**
- **ÁREA 2: ENFERMEDADES CRÓNICAS.** Enfermedades cardiovasculares y renales, Inmunología, Metabolismo y nutrición, Enfermedades respiratorias, Enfermedades raras
- **ÁREA 3: ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y SALUD MENTAL.** Enfermedades neurológicas y neurodegenerativas, Neurofisiología y Salud mental.
- **ÁREA 4: SALUD PÚBLICA.** Investigación en servicios sanitarios, Atención primaria, Enfermería, Toxicología y Enfermedades infecciosas.

En lo referente a la priorización de estudios epidemiológicos de determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales, se han desarrollado las siguientes acciones de investigación:

- En el **CHUNS de Candelaria**:
  - Seguimiento de la cohorte de población general adulta "CDC DE CANARIAS" informando al SCS de la evolución de los determinantes de salud y las enfermedades crónicas en el Archipiélago y proporcionándoles indicadores para el PSC.
  - Elaboración, estudio de coste-efectividad y de aplicabilidad del indicador clínico DIABSCORE para cribado de diabetes en AP estudiando 10.000 pacientes de Canarias y la Comunidad Valenciana.
  - Ejecución del ensayo clínico en atención primaria DISFRUTE acerca del efecto sobre la resistencia a la insulina conseguido con una dieta baja en fructosa.
  - Análisis de resultados del ensayo clínico independiente (no promovido por la industria) "Efecto Renoprotector de la Pentoxifilina en Pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a Nefropatía Diabética".
  - Proyecto de investigación "Sistema FGF23/Klotho y su relación con la enfermedad vascular aterosclerótica".
  - Constitución de la cohorte del estudio "Sistema FGF23/Klotho como predictor de morbi-mortalidad cardiovascular".
- Tesis doctorales defendidas en esas áreas:
  - Nuevos determinantes de enfermedades cardiovasculares y diabetes en Canarias.
  - Clases sociales y resistencia a la insulina, comparando poblaciones de Túnez y Canarias.
  - Nuevas formas de medir y prevenir el tabaquismo.
  - Factores de riesgo cardiovascular en la población herreña durante los últimos 20 años.
- En la **GAP de Tenerife**:
  - Realización del estudio epidemiológico "Epidemiología de la diabetes en el Área de Salud de Tenerife".

- Estudios sobre la utilidad del análisis de la morbilidad y comorbilidad para la gestión de los servicios, la asignación de los recursos y la gestión clínica en el Área de salud de Tenerife.
- Participación en el proyecto DIPEX, con el que se facilita información sobre enfermedades relevantes para los pacientes, familiares y profesionales, además de permitir el intercambio de experiencias entre personas con problemas similares. Se ha publicado el módulo de hipertensión arterial, se está preparando el módulo de los tratamientos de reproducción asistida e iniciado uno sobre Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Además se ha mantenido la colaboración con el grupo de DIPEX Internacional.
- La investigación desarrollada por los/las profesionales vinculados a la Gerencia es difundida a través del boletín de investigación de AP INVAP.

- En la **GAP de Gran Canaria:**

- Ha sido creada la Comisión de Investigación de Atención Primaria (CINAP) y la Unidad de Apoyo a la Investigación en la AP. Los proyectos de investigación priorizados por la CINAP han sido:
  - Valoración Integral de pacientes incluidos en el Programa EVA.
  - Análisis de situación del Servicio de Atención Domiciliaria.
  - Valoración de las Coberturas de Vacunación Antigripal en profesionales sanitarios y población.
  - Problemas de prescripción en pacientes mayores.
- Realización anual de Jornadas/Encuentros sobre investigación y producción científica en la GAP.
- Participación en los Comités Éticos de Investigación del CHUIMI y HUGC Dr. Negrín.
- Realización de actividades de formación en metodología de investigación.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote:**

- Estudio sobre la epidemiología de la diabetes en Lanzarote.

- En el **Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales:**

- Se realizan informes técnicos sobre la conducta suicida en Canarias, que incluyen análisis pormenorizado de las características y de las diferencias en razón de múltiples variables, así como un análisis de los posibles factores subyacentes.

## 7.2. Planificación de la investigación sanitaria: Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias.

El SCS debe procurar que el conocimiento generado a partir de los estudios de investigación sanitaria se aplique en el tratamiento y prevención de enfermedades y en la mejora de la salud y calidad de vida de la población.

Canarias es la Comunidad Autónoma de territorio más fragmentado y distanciado del resto del país y de Europa, lo cual hace especialmente recomendable establecer una estrategia integradora de la investigación sanitaria, basada en el trabajo cooperativo, capaz de aprovechar al máximo los recursos intelectuales y materiales disponibles hoy en el Archipiélago, de forma coherente con los actuales sistemas de organización nacional e internacional.

Con esa perspectiva, la investigación desarrollada en el SCS se ha constituido en una única estructura organizativa con sede física en las Unidades de Investigación de sus cuatro Hospitales de tercer nivel y con centros asociados fuera de lo que es el ámbito hospitalario, como son las GAP de Tenerife y de Gran Canaria, las Gerencias de Servicios Sanitarios del SCS, y algunos servicios de los Servicios Centrales, en los que trabajan grupos de investigación multidisciplinares liderados, como decíamos más arriba, por médicos y enfermeros, además de biólogos moleculares, genetistas, farmacéuticos, psicólogos, matemáticos y bioquímicos, correspondiendo la organización funcional de la investigación sanitaria del SCS a la Coordinación de investigación del SCS.

El desarrollo del Plan Estratégico de Investigación se basa en dos actuaciones fundamentales en la actualidad: i) El apoyo para que el desarrollo de la actividad investigadora por los profesionales sanitarios del SCS sea óptimo, y ii) la creación y posterior acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IIS de Canarias). Sin la primera, la acreditación del IIS de Canarias no será posible. Sin la segunda, las opciones de financiación y de integración de nuestros investigadores en el escenario de investigación nacional e internacional serían mínimas.

### **Instituto de investigación sanitaria de Canarias**

En su objetivo de potenciar la investigación e innovación de tal forma que el sistema sanitario se convierta en palanca de desarrollo socioeconómico de Canarias, la Consejería de Sanidad, dentro de su línea estratégica de Gestión del Conocimiento, está trabajando en la creación del IIS de Canarias como entidad fundamental del SCS para la planificación, fomento, desarrollo y gestión de la investigación en biomedicina y ciencias de la salud que se realiza en los hospitales y centros de AP del SCS y otros centros de investigación públicos y/o privados que se integren en él. Posteriormente se llevarán a cabo cuantas acciones sean oportunas y necesarias para su acreditación por el ISCIII.

Es por ello que la creación del IIS de Canarias se está llevando a cabo tomando como marco de referencia el RD 279/2016, de 24 de junio, sobre acreditación de institutos de investigación biomédica o sanitaria, y

la Guía de Evaluación de institutos de investigación sanitaria del ISCIII -actualmente en revisión por dicho organismo. Dado que el ISCIII está desarrollando una nueva Guía Técnica de Evaluación de Acreditaciones de institutos de investigación sanitaria, actualmente en fase de borrador, en caso de aprobación de la misma, todas las acciones previstas se reformularán de acuerdo a la nueva Guía.

Entre las acciones que se han llevado a cabo podemos destacar:

1. Reuniones con el Director del ISCIII y el jefe de la unidad de acreditación de institutos de investigación sanitaria del ISCIII.
2. Contactos con investigadores de los centros sanitarios del SCS y de otros organismos de investigación con la finalidad de informar sobre la evolución de esta acción.
3. Continuación del trabajo de ordenación de la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria como entidad de gestión económico-administrativa de investigación sanitaria.
4. Evaluación de la situación en lo que se refiere a grupos de investigación, producción científica de los centros y áreas y líneas de investigación prioritarias en el ámbito de la biomedicina y ciencias de la salud.
5. Elaboración del borrador del Plan Estratégico del IIS de Canarias tomando como marco de referencia, entre otros, las necesidades de salud de la población, por ejemplo a través del PSC. El Plan estratégico incluirá un Plan de integración, un Plan de Formación en investigación dirigido al personal de los centros que integran el instituto y una Estrategia de innovación.
6. Fortalecimiento de los Servicios de Apoyo Comunes ya existentes y evaluación de la necesidad de implantar otros, que constituyan las unidades que darán soporte a los grupos y líneas de investigación del IIS de Canarias.
7. Elaboración del borrador de la Guía de Ética y Buenas Prácticas en investigación sanitaria.

Los próximos pasos serán:

1. Constituir el Comité de Dirección del Proyecto de creación del IIS de Canarias, que se integrará en el órgano colegiado de dirección y representación del mismo.
2. Constituir el Comité de Seguimiento del Proyecto de creación del IIS de Canarias, futura Comisión de Investigación del IIS de Canarias.
3. Establecer el vínculo jurídico que ampare la asociación a los cuatro hospitales universitarios e investigadores del SCS y los centros sanitarios investigadores de ambas gerencias de AP del SCS, de los centros públicos y privados de I+D+i que integrarán el IIS de Canarias.
4. Establecer la estructura organizativa del IIS adecuada al vínculo jurídico.

Es intención de la Consejería de Sanidad tener constituido el IIS de Canarias en el segundo trimestre del año 2018. A partir de ese momento se celebrará una reunión inter-institucional Consejería-SCS-ISCIII y se comenzarán a dar todos los pasos necesarios para su acreditación.

### **Actividad investigadora del Servicio Canario de la Salud.**

Los dos objetivos marcados por el Ministerio en cuanto a la acreditación de institutos de investigación sanitaria son acercar la investigación básica y la clínica y potenciar el concepto del Hospital como Centro de Investigación. Estos institutos deben surgir a partir de Centros y grupos de investigación de calidad contrastada, ya existentes, que asociados, reúnan los requisitos necesarios que se establecen en el Real Decreto.

Pero, además, y mucho más importante, el SCS debe procurar que el conocimiento generado a partir de la investigación sanitaria se aplique en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y en la mejora de la salud y calidad de vida de la población.

En consonancia con estos objetivos, al tiempo que se trabaja en la creación del IIS de Canarias, también bajo la dirección funcional de la Coordinación de Investigación del SCS, en los hospitales universitarios del SCS, las unidades de investigación hospitalarias y los dispositivos de investigación de las gerencias de AP y de otras gerencias de servicios sanitarios y servicios centrales, además de la labor de apoyo a la investigación por parte de personal técnico, es de destacar el desarrollo una actividad investigadora de alto nivel de excelencia, tanto por nuestros profesionales médicos y enfermeros -en ocasiones con dedicación exclusiva y en otras compatibilizándola con su actividad asistencial y docente-, como por profesionales de otras disciplinas, como biólogos moleculares, genetistas y farmacéuticos, entre otros:

- Desarrollo de líneas de investigación y realización de proyectos de investigación en el marco del PSC, del Plan Nacional de I+D+i y de la UE mediante la obtención de financiación en convocatorias competitivas de ámbito nacional e internacional, o con el apoyo de entidades financiadoras privadas.
- Producción científica en forma de publicaciones, guías y protocolos de aplicación a la clínica y desarrollo de patentes.
- Participación en los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) y en las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RETIC) del ISCIII.
- En cuanto a los Recursos Humanos, la obtención de financiación en convocatorias competitivas por los grupos de investigación para la contratación de investigadores pre y post-doctorales, y la facilitación de la actividad investigadora de los facultativos asistenciales a través del Programa de Intensificación de la actividad Investigadora en el SNS, también a través de convocatorias competitivas públicas.
- Soporte a grupos de investigación de los institutos de investigación universitarios que, no siendo del ámbito sanitario, realizan investigación en ciencias de la salud y que precisan de las Unidades de Investigación para desarrollar parte de su actividad investigadora.
- Coordinación de los equipos humanos y recursos, así como su asesoramiento, para favorecer la puesta en marcha de los proyectos de investigación promovidos por los profesionales sanitarios dentro de las líneas prioritarias establecidas, así como su seguimiento operativo. En ocasiones, dicho asesoramiento se realiza intercentros.
- Fomento de la cooperación entre los grupos de investigación de los diferentes centros del SCS en el desarrollo conjunto de los proyectos.
- Formalización de acuerdos de colaboración para el fomento y desarrollo de la investigación con colegios profesionales, universidad, empresas y fundaciones.

- Formación de investigadores pre-doctorales y post-doctorales.
- Dirección de Tesis Doctorales.
- Fomento de la actividad investigadora en Formación Sanitaria Especializada (FSE). En concreto, las Unidades de Investigación del CHUNSC y HUGCDr. Negrín participan en el Programa de Docencia de FSE del SCS, dentro del Plan Transversal para Residentes.
- Participación de algunas Unidades de Investigación en los másteres universitarios oficiales de Biomedicina y Biotecnología, programas de doctorado en Medicina y Biomedicina y en la tutorización de proyectos de fin de grado y prácticas de empresa.
- Optimización en el uso de los recursos para favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario desde el ámbito de la investigación y la innovación, así como de las propias estructuras de investigación, a través de acciones colaborativas y de prestación de servicios. Esta acción ha incluido maximizar el potencial de tecnologías como la genómica, la bioinformática y las TIC entre otras, mantener la actividad de los Biobancos con titularidad del SCS y fomentar su utilización por los investigadores del SCS, y plantear la adecuación de los retornos derivados del uso de infraestructuras científicas del SCS.
- Participación en convocatorias de Compra Pública Innovadora del Ministerio de Economía y Competitividad (FID Salud), como integrantes de la Plataforma de Innovación Sanitaria del Ministerio de Sanidad.
- En colaboración con la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria, elaboración de los modelos de contrato único de estudios de investigación clínica (ensayos clínicos con medicamentos, ensayos clínicos con productos sanitarios y estudios observacionales), así como de los procedimientos de tramitación de los contratos de ensayos clínicos de acuerdo con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para su implantación en los hospitales y centros de AP del SCS.
- Acciones de internacionalización: 1) Promoción y participación en el Programa Marco de Investigación e Innovación Horizonte 2020 (H2020) y de la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Comisión Europea (DG-SANCO): Acciones Complementarias y ERA-Net ERA-CoSysMed de la Acción Estratégica en Salud del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad), Co-operation networks, Becas Postdoctorales en el extranjero, M-BAE: Movilidad del personal investigador - bolsas de ampliación de estudios. 2) Promoción y participación en el Programa INTERREG EUROPE. 3) Promoción y participación en comités directivos europeos de ensayos clínicos y en grupos de trabajo de sociedades europeas. 4) Fomento y apoyo en dirección de Tesis Doctorales de investigadores en formación de otros países en nuestros grupos de investigación. 5) Convenio de colaboración entre el SCS y el ISCIII para el mantenimiento del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs de Australia (JBI). 6) Plataforma IonGAP.
- Evaluación ética, metodológica y legal de los proyectos de investigación en todas las áreas, mediante la participación en los Comités Éticos de Investigación.
- Difusión de las actividades de I+D+i del SCS a la población.
- Elaboración del borrador de la Guía de Ética en Investigación y Buenas Prácticas Científicas (BPC) del SCS para su implantación en los centros sanitarios.

Tras varios años de no contar con ayudas regionales a la investigación, un hito destacable en este período ha sido la Convocatoria de las Ayudas a la investigación del SCS 2017 dirigida a los profesionales de sus centros sanitarios.

# ÁREA DE IMPACTO 8

## Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el impulso del desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.

- 8.1 Desarrollo de un programa de formación permanente en función del Plan de Salud de Canarias (NAD).
- 8.2 Formación en epidemiología aplicada a la planificación y la gestión (ND).

### Resumen ejecutivo:

#### Se han realizado acciones en la ND, pero no se ha concretado la NAD

##### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se han llevado a cabo acciones formativas relacionadas con las Áreas de Impacto del PSC (práctica clínica, salud pública, etc.).
- Específicamente, se han realizado acciones formativas relacionadas con la epidemiología y la gestión sanitaria (8.2).

##### ÁREAS DE MEJORA:

- No se ha integrado el PSC en los planes de formación de manera efectiva (8.1).

## Acciones formativas.

### 1. Acciones formativas llevadas a cabo por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN)

#### En 2016:

Globalmente, la ESSSCAN realizó 464 cursos, con 5.704 horas lectivas para un total de 9.201 alumnos. Estas actividades se distribuyeron en:

- Programación propia de la ESSSCAN.
- Por encargo de otras administraciones, órganos e instituciones.
- Otros encargos procedentes de diversas entidades de titularidad pública o privada de múltiples actividades.
- En virtud de convenios de colaboración, como:
  - El IV Plan de Formación para el Empleo en las Administraciones Públicas, que incluyó 2.202 horas lectivas de formación distribuidas en el área sanitaria (1.852 horas), área de Prevención de Riesgos Laborales para el personal del SCS (260 horas) y Área Social, con 90 horas lectivas.
  - El Programa formativo del año 2016 gestionado por la ESSSCAN para la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, sobre Mejora en la atención al paciente crónico polimedicado y el Uso Racional del Medicamento.
- Formación en línea y semi-presencial.

• **Acciones formativas con reconocimiento de oficialidad:**

La ESSSCAN (en virtud de la ORDEN de 16 de enero de 1997, por la que se regula el reconocimiento de oficialidad de los cursos que en materia de sanidad y asuntos sociales se celebren en la Comunidad Autónoma de Canarias), otorga el Reconocimiento de Oficialidad a aquellos cursos que se celebran en la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de sanidad y servicios sociales, organizados, para promover la formación en estas materias, por personas físicas o jurídicas, sean éstas de naturaleza pública o privada, que acrediten tener personalidad jurídica y estar legalmente constituidos.

En 2016, se concedió el Reconocimiento de Oficialidad a un total de 5.488 cursos, con una carga lectiva de 474.905 horas, que ha llegado a 29.528 alumnos.

**En 2017:**

La ESSSCAN realizó 614 acciones formativas, con 7.424 horas lectivas para un total de 11.240 alumnos/as.

Estas actividades se distribuyen en:

- Programación propia de la ESSSCAN: presencial, semipresencial y en línea.
- Por encargo de otras administraciones, órganos e instituciones.
- Otros encargos procedentes de diversas entidades de titularidad pública o privada.
- En virtud de convenios de colaboración:
  - El V Plan de Formación para el Empleo en las Administraciones Públicas, que incluyó 2.326 horas lectivas de formación distribuidas en el área sanitaria (2.025 horas), en el área de prevención de riesgos laborales para el personal del SCS (255 horas) y en el área social (46 horas).
  - El programa formativo del año 2017 gestionado por la ESSSCAN para la Dirección de Programas Asistenciales del SCS, sobre el Uso racional del Medicamento (1.052 horas).

• **Acciones formativas con reconocimiento de oficialidad:**

En 2017 se concedió el Reconocimiento de Oficialidad a un total de 5.016 acciones formativas, con una carga lectiva de 515.858 horas, que ha llegado a 20.601 alumnos/as.

**2. Actividades de la Comisión Canaria de Acreditación.**

**En 2016:**

Las actividades acreditadas en 2016 por parte de la Comisión Canaria de Acreditación sumaron un total de 727, de las cuales:

- El 80,2% fueron presenciales, el 10,2% no presenciales y el 9,6% mixtas.
- El 62,2% fueron del sector público y el 37,8% del privado.
- Por tipo de actividad, predominaron los cursos (55,6%), talleres (18,3%) y sesiones (14,7%).
- En cuanto a las áreas de formación, predominaron claramente aquellas centradas en la práctica clínica, con el 81,2% del total. Se exponen en la siguiente tabla:

ÁREA	Presencial	No Presencial	Mixta	Total	Porcentaje
Práctica Clínica	467	56	67	590	81,2%
Calidad y Docencia	32	7	2	41	5,6%
Investigación Sanitaria	27		1	28	3,9%
Salud Pública	24			24	3,3%
Gestión Sanitaria	17	3		20	2,8%
Otros	10	8		18	2,5%
Salud Laboral	6			6	0,8%
<b>TOTAL</b>	<b>583</b>	<b>74</b>	<b>70</b>	<b>727</b>	<b>100%</b>

Tabla: Distribución de actividades por área de formación

- En cuanto a las profesiones a las que iban dirigidas las actividades de formación, en el 52,5% de los casos eran multiprofesionales, seguidas del 18,4% de actividades dirigidas específicamente a medicina y un 17,9% a enfermería.

- Se detalla a continuación la distribución de actividades por lugar de realización:

	Presencial	No pre-sencial	Mixta	Total	Porcentaje
Gran Canaria	245	1	14	260	35,8%
Tenerife	144	5	8	157	21,6%
Canarias	38	36	5	79	10,9%
Santa Cruz de Tenerife	60	1	11	72	9,9%
Las Palmas	36		10	46	6,3%
Nacional	1	31	2	34	4,7%
Lanzarote	16		13	29	4,0%
La Palma	20		3	23	3,2%
Fuerteventura	15		3	18	2,5%
La Gomera	7			7	1,0%
Cataluña	1			1	0,1%
Madrid			1	1	0,1%
	<b>583</b>	<b>74</b>	<b>70</b>	<b>727</b>	<b>100%</b>

Tabla: Distribución de actividades por lugar de realización (2016).

#### En 2017:

Las actividades acreditadas en 2017 por parte de la Comisión Canaria de Acreditación sumaron un total de 906, de las cuales:

- El 84,7% fueron presenciales, el 7,6% no presenciales y el 7,7% mixtas.
- El 61,5% fueron del sector público y el 38,5% del privado.

- Por tipo de actividad, predominaron los cursos (50,33%), sesiones (18,54%) y talleres (17,33%).
- En cuanto a las áreas de formación, predominaron claramente aquellas centradas en la práctica clínica, con el 80,24% del total, con una distribución similar a 2016 en el resto.
- En cuanto a las profesiones a las que iban dirigidas las actividades de formación, en el 58,17% de los casos eran multiprofesionales, seguidas del 16,67% de actividades dirigidas específicamente a medicina y un 14,79% a enfermería.
- Se detalla a continuación la distribución de actividades por lugar de realización:

	Presencial	No presencial	Mixta	Total	Porcentaje
Gran Canaria	317	18	15	350	38,63
Tenerife	271	2	17	290	32,01
Canarias	44	16	3	63	6,95
Nacional	3	35	8	46	5,08
Santa Cruz de Tenerife	37	0	6	43	4,75
Fuerteventura	34		2	36	3,97
La Palma	19	1	4	24	2,65
Lanzarote	17		6	23	2,54
Las Palmas	14	1	7	22	2,43
La Gomera	6			6	0,66
Madrid	2			2	0,22
Bilbao	1			1	0,11
	<b>765</b>	<b>73</b>	<b>68</b>	<b>906</b>	<b>100%</b>

Tabla: Distribución de actividades por lugar de realización (2017).

### 3. Otras actividades realizadas:

En el **Servicio de Atención Primaria de la DGPPAA**, se realiza la formación para la lectura de retinografías en AP y para el control del Tratamiento Anticoagulante Oral.

- En el **CHUNS de Candelaria**:

- Realización de Seminarios sobre liderazgo y gestión de conflictos.

- Realización de Cursos sobre resolución de conflictos (3 ediciones) y curso de resolución de conflictos para supervisores.
  - Curso de comunicación en el contexto hospitalario (4 ediciones).
  - Se realizó el curso de introducción a la bioestadística y paquetes informáticos de análisis de datos.
- En el **HUGC Dr Negrín**:
- En docencia pregrado, durante 2016 el número de alumnos de la división médica fue de 300, de la división de enfermería 424 y de la división de gestión 13.
  - En el Plan de Formación Continuada se han realizado un total de 74 cursos en el año 2016 contando con 987 asistentes, de ellos 55 coordinados con la ESSSCAN y el resto organizados por el Hospital. La satisfacción media de las actividades fue de 8,5.
  - En docencia postgrado, durante 2016 el número de MIR, BIR, QUIR fue de 171. Los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria que rotaron por el Hospital fueron 102 y los EIR 20. La satisfacción con la formación especializada fue de 9.
- En el **CHUIMI de Gran Canaria**, los resultados más representativos del Plan de Formación Continuada son:
- Estudios pregrado: 58.
  - Visitas escolares: 24 visitas y 440 alumnos.
  - Número total de inscripciones a actividades formativas: 7.018.
  - Número de certificados acreditados por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias: 5.346.
  - Número de horas actividades formativas acreditadas: 882.
  - Satisfacción global: 8,9.
- En la **GAP de Gran Canaria**:
- El Programa de Formación Continuada incluyó la formación orientada a directivos y habilidades de liderazgo: líder emprendedor, innovación y creatividad, análisis de situaciones y proceso de toma de decisiones, comunicarnos, negociar y gestionar los conflictos desde la asertividad.
  - A través de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria, se organiza la formación de las especialidades médicas y enfermeras en Atención Familiar y Comunitaria.
  - Organización de la rotación de otras especialidades hospitalarias por AP.
  - Apoyo a la formación de las Enfermeras Internas Residentes de Salud Mental.
  - Rotación docente (6 meses de duración) de Médicos Internos Residentes de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Canarias.
  - El Programa de Formación Continuada incluye formación específica en Epidemiología y Salud Pública.

- En la **GAP de Tenerife:**

- El programa anual de Formación Continuada, orientado a los objetivos de calidad de prestación de servicios, se complementa con la Formación Intra-equipo y las Sesiones Clínicas acreditadas impartidas por los profesionales de los EAP en base a sus necesidades formativas específicas. En 2016 se celebraron un total de 190 cursos.
- Rotación docente (6 meses de duración) de Médicos Internos Residentes de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Canarias.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma:**

- Se realiza la difusión y se facilita el acceso de los profesionales a la oferta formativa de la ESSS-CAN. Previamente se lleva a cabo una encuesta de necesidades formativas.
- Se potencia la formación a distancia y/o semipresencial para los Técnicos Inspectores de Salud Pública.
- Se participó en el Programa de la Comisión Europea "Better Training for Safer Food 2017".

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera:**

- Se realizó una acción formativa sobre Resolución de Conflictos con Pacientes y Familiares.

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura:**

- El calendario de formación continuada 2017 incluyó un curso de Liderazgo y Burnout.

- En el **CHU de Canarias** se celebraron las X Jornadas de Calidad y Seguridad del HUC y se realizó formación sobre:

- Adaptación a las Nuevas Normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015.
- Introducción a la Gestión de Riesgo ISO 31000:2010.
- Programa Avanzado de Gestión para mandos hospitalarios.
- Curso de legislación y derecho sanitario.
- Conocimientos Económicos Básicos en la Gestión Clínica.
- Conocimientos Económicos Básicos en la Gestión Clínica de Enfermería.
- Actualización de farmacología y terapéutica del anciano.
- Receta Electrónica del SCS 2016.
- Atención integral al paciente frágil y/o complejo. Habilidades comunicativas.
- Introducción a la metodología enfermera en Salud Mental.
- Los cuidados invisibles: constancia de la humanización en los registros de enfermería.
- Cuidados humanizados: comunicación con el paciente cardiológico crítico y la familia.
- Trabajo en equipo y liderazgo.
- Cursos de Gestión de la Prevención para mandos hospitalarios.

- En la **Dirección de Área de Salud de Tenerife y Gran Canaria:**
  - Desarrollo anual de las Jornadas de Inspectores de Salud Pública y de Laboratorio de Salud Pública. Además, se potencia la ayuda a la formación continuada de los profesionales en su participación en distintas jornadas, congresos, etc.
- En la **Dirección de Área de Salud de Gran Canaria:**
  - Realización de Cursos monográficos sobre urgencias emergentes en Salud Pública.

## ÁREA DE IMPACTO 9

### Potenciar las TIC's que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.

- 9.1 Potenciar las TIC's en los procesos asistenciales (NAD).
- 9.2 Asegurar que el sistema de información sanitario apoya la integración entre niveles (ND).
- 9.3 Culminar la incorporación de la Historia Clínica electrónica y compartida (NAD).

#### **Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en una NAD y en la ND.**

#### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se han potenciado las TIC y la integración entre AP y AE a través de los PGC (9.1) (9.2).
- La integración de Tarjeta Sanitaria con las Historias Clínicas DRAGO está entre el 98% y el 100%
- El despliegue de la Receta Electrónica Continua Canaria en AP alcanza el 98-99%.
- El despliegue de la Receta Electrónica Continua Canaria en AE alcanza el 80-98%.
- Se ha avanzado en los desarrollos relacionados con la Historia Clínica compartida (laboratorio, pruebas de imagen, centros sociosanitarios, Instituto Social de la Marina...).

#### ÁREAS DE MEJORA:

- Aunque se han realizado avances significativos, no se ha culminado la incorporación de la Historia Clínica electrónica y compartida (9.3).

# 9.1. Potenciar las TIC en los procesos asistenciales.

En los **PGC** se incluyeron los siguientes indicadores:

- El porcentaje de peticiones electrónicas de pruebas diagnósticas sin resultado. En el periodo 2016-2017 se observa que cuatro de nueve Gerencias cumplieron con el objetivo marcado:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≤ 5%								
2016	8%	0%	2,5%	8,1%	3,5%	0,3%	20,7%	24,1%	8,1%
2017	7.1%	0%	2,2%	5,5%	2,4%	0,5%	18%	6,8%	11,2%

- El mantenimiento del Catálogo de Pruebas Diagnósticas de laboratorio, que en 2016 fue del 85% en el CHUC, del 97% en el HUGC Dr.Negrín y Fuerteventura, y del 100% en el resto de hospitales. En 2017 los resultados fueron del 99% en el CHUNSC, HUGC Dr.Negrín, CHUIMI y La Palma, 98% en HDr. JM Orosa, el 95% HNS Guadalupe y el 100% en el resto.

## Acciones realizadas:

### Telemedicina

Destacan las siguientes iniciativas:

- En el **HUGC Dr Negrín**:
  - Implantación de la telemetría para el control de los pacientes en diálisis peritoneal.
  - En el 2017, la Unidad de Marcapasos desarrolla el sistema de control remoto de los dispositivos implantados.
- En el **CHUIMI**:
  - Informatización del sistema de triaje de urgencias de adultos y pediatría.
  - Se ha conseguido el objetivo de implantar la Historia de Salud Electrónica en la totalidad del complejo hospitalario en 2017 (junto con las campañas de formación y reciclaje que se realizan periódicamente para los profesionales), con la excepción del Centro de Atención a las Especialidades de Telde, que se resolverá en 2018.
  - Se está integrando Trabajo Social en la Historia de Salud Electrónica.

- En la **GAP de Tenerife** y el **CHU de Canarias**:
  - Inicio de la Teledermatología.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma**:
  - Consultas de telemedicina y paciente presencial con el hospital de referencia (CHUC) en la Unidad del Dolor y Neurocirugía.

#### Otras acciones:

- En la **Gerencia de AP de Tenerife**:
  - Participación en el desarrollo asistencial y sistema de información de DRAGO-AP (cuadro de mandos y gestión de mis pacientes y mi actividad), como facilitador del seguimiento de objetivos y gestión clínica.
  - Publicación mensual en la Intranet del informe de resultados para el seguimiento de los objetivos del PGC que pueden ser consultados por los profesionales.
  - En el marco del Subprograma de Integración y Coordinación Asistencial (SPICA) se ha creado una Web de acceso al ciudadano con recomendaciones antes del ingreso en un centro hospitalario, durante el ingreso y la continuidad de cuidados al alta.
  - Proyecto de electrocardiograma "on-line".
- En la **Gerencia de AP de Gran Canaria**:
  - Virtualización de servicios y terminales informáticos.
  - Introducción de WebEx para reuniones en línea y videoconferencia.
- En el **CHU de Canarias**:
  - Control remoto domiciliario de pacientes portadores de marcapasos.
  - Interconsulta electrónica entre especialidades dentro del CHUC.

## 9.2. Apoyo del sistema de información a la integración entre niveles.

Sobre integración, en los **PGC** se incluyeron los siguientes indicadores:

- El porcentaje de Historias Clínicas en Drago AE cuyo número es conocido por Tarjeta Sanitaria, con un resultado en 2016 que osciló entre el 99,7% del CHUDr Negrín y el 98% del CHUC. En 2017 el resultado fue del 99% o superior en todos los hospitales, con excepción del CHUC que fue del 98,1%.

- El porcentaje de informes de alta hospitalarios disponibles para AP, objetivo cumplido por todas las Gerencias:

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	≥ 80%								
2016	78,4%	100%	85,3%	86,3%	86,2%	89,1%	90,2%	89%	96,3%
2017	86,9%	100%	83,6%	89,8%	86,9%	86,1%	90,2%	89,8%	95,3%

- El porcentaje de Receta Electrónica Continua Canaria prescrita frente al total de recetas con posibilidad de ser prescritas por esta vía, con un resultado positivo para 2016-2017 tanto en AP como AE:

**- En Atención Primaria:**

AÑO	Tenerife	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerte-ventura	La Palma	La Gomera	El Hierro
Objetivo PGC	98,5%						
2016	98,67%	97,67%	99,42% <sup>o</sup>	98,71%	98,92%	97,80%	98,85%
2017	99%	98,1%	99,2%	98,6%	99,2%	98,5%	99,2%

**- En Atención Especializada:**

AÑO	CHUNSC	CHUC	HUGC Dr. Negrín	CHUIMI	HDr. JM Orosa	HG Fuerte-ventura	HG La Palma	HNS Guadalupe	HNS Reyes
Objetivo PGC	85%								
2016	79,03%	76,33%	76,66%	71,27%	71,47%	85,11%	91,66%	97,76%	96,02%
2017	88,6%	86%	91,5%	80,5%	92,7%	98,4%	96,5%	98,4%	94,1%

**Acciones realizadas:****• En la Historia de Salud Electrónica compartida (AP, AE y sociosanitario):**

- Información clínica de AP en el hospital, incluyendo los servicios de urgencias.
- Portal del profesional en AP, permitiendo la visualización de informes clínicos validados desde AE (informes de hospitalización y de consultas), así como información relativa al paciente de otras Comunidades Autónomas.
- Inclusión en el repositorio centralizado de Historia Clínica Compartida de los informes de laboratorio de los hospitales de Lanzarote, Fuerteventura, El Hierro y La Palma.
- Inclusión en el repositorio centralizado de Historia Clínica Compartida de los informes de resultados de pruebas de imagen de los hospitales de Lanzarote, Fuerteventura, El Hierro, La Gomera, La Palma y CHU de Canarias.
- Integración de las notificaciones de fusiones de pacientes en la Historia Clínica Compartida.
- Portal del profesional en el Instituto Social de la Marina, permitiendo la visualización de informes de AP y AE a los profesionales autenticados mediante previo consentimiento informado del paciente.
- Portal del profesional en los centros sociosanitarios de Casillas del Ángel, Centro de mayores de Tías, Centro de Mayores de Haría y la Residencia de pensionistas de Santa Cruz de La Palma, permitiendo la visualización de informes de AP y AE a los profesionales autenticados mediante previo consentimiento informado del paciente.
- Plan Terapéutico, con potenciación de la implantación de receta electrónica hospitalaria.
- Información sobre Análisis Clínicos, Hematología y Microbiología.
- En el **CHU de Canarias:**
  - Portal del profesional, permitiendo la visualización de informes de AP y del resto de hospitales, así como información al paciente de otras Comunidades Autónomas.
  - Instauración completa de Receta Electrónica en las Consultas Externas y en los CAEs de la Orotava y Puerto de la Cruz. Arranque en el área de Hospitalización y Servicio de Urgencias.
- En el **HUGCDr Negrín:** programas de formación en receta electrónica a los médicos prescriptores en las áreas de hospitalización, consultas y urgencias.

# ÁREA DE IMPACTO 10

## Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud de Canarias.

10.1 Orientación del sistema de información en salud (NAD).

10.2 Comunicación en Salud (NAD).

### Resumen ejecutivo:

**Se han realizado acciones en ambas NAD.**

#### ASPECTOS POSITIVOS:

- El SI del SCS se encuentra territorializado para múltiples variables que ayudan a la toma de decisiones (10.1).
- Se ha adaptado el SI hospitalario a la nueva codificación CIE-10
- Se está desarrollando el Observatorio Canario de la Salud (10.2).

#### ÁREAS DE MEJORA:

- No se ha desarrollado un sistema de información específico para el seguimiento del PSC

## 10.1. Orientación del Sistema de Información en Salud.

El planteamiento técnico se ha basado en desarrollar un cuadro de mando orientado al PSC, que aproveche las fuentes de información ya existentes e incorpore aquellos indicadores que sean necesarios para evaluar los objetivos propuestos. Por lo tanto, se trataría de un cuadro de mando dinámico y flexible a las metas marcadas en cada momento, que pueda actualizarse y medir resultados a lo largo del tiempo. El

hecho de que el PSC no incorpore metas concretas en las líneas de actuación ni las vincule con indicadores específicos (ver apartado de metodología de este informe), es uno de los motivos por los que este desarrollo no se ha llevado a cabo.

Aunque no se ha desarrollado un sistema de información específico de seguimiento y evaluación del PSC, la obtención de la información aportada por los diferentes sistemas disponibles en el SCS ha permitido disponer de buena parte de los datos requeridos para valorar las acciones realizadas en cada Línea de Actuación del PSC.

La evolución experimentada por las Tecnologías de la Información y la Comunicación han contribuido al desarrollo de los sistemas de información existentes en el SCS, de manera que en la actualidad es posible obtener, de forma inmediata y continua, información con un alto grado de fiabilidad y de calidad sobre actividad clínico-asistencial, prestaciones, recursos y gestión económica.

### **Acciones realizadas:**

Aparte de las acciones comentadas en el Área de Impacto 9, entre las iniciativas en cuanto a la orientación del sistema de información para la toma de decisiones, se encuentran:

- En la **DGPPAA:**

- Desarrollo técnico que permite la presentación de la información desagregada a nivel territorial: CCAA, Área de Salud y ZBS, además de disponibilidad por niveles asistenciales (AP, AE), centro sanitario (hospital, centro de atención a las especialidades, centros de salud, consultorio local...), servicios y unidades de atención, incluso descender a nivel del profesional, en algunos casos. La accesibilidad a la misma ha contribuido a facilitar la gestión de los recursos y la toma de decisiones en distintos niveles de la organización.
- A lo largo del periodo de vigencia del PSC se ha avanzado en el desarrollo de la herramienta de ayuda para la explotación de datos y el diseño de cuadros de mando, a partir de los datos de los sistemas Drago-AE y Drago-AP, entre otros. Las áreas temáticas desarrolladas hasta el momento son: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), actividad de consultas de AE, hospitalización, sistema de información de fondos de cohesión (SIFCO), información de salud mental, actividad quirúrgica concertada (SICH), información de trasplantes, hepatitis, sistema de información de atención primaria, etc.
- También se realizado un esfuerzo importante de adaptación al nuevo sistema de clasificación de enfermedades, CIE10-ES, implantado desde enero de 2016.

## **10.2. Comunicación en Salud.**

El planteamiento técnico se ha basado en desarrollar un cuadro de mando orientado al PSC, que aproveche las fuentes de información ya existentes e incorpore aquellos indicadores que sean necesarios para evaluar los objetivos propuestos. Por lo tanto, se trataría de un cuadro de mando dinámico y flexible a las metas marcadas en cada momento, que pueda actualizarse y medir resultados a lo largo del tiempo.

**Acciones realizadas:**• En la **Unidad de Apoyo-Plan de Salud de la Dirección del SCS:**

- Se continuó con actividades de comunicación del Plan de Salud, la última en abril de 2017 con el envío de la versión en papel a, entre otros, los equipos directivos del SCS, Cabildos, Ayuntamientos, Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, representantes políticos en el Parlamento de Canarias, etc., con la idea de dar continuidad a las tareas e informar a los nuevos responsables que se incorporaron a la Consejería de Sanidad y SCS. El próximo hito será la presentación de este informe de evaluación, para dar cuenta de los resultados observados con el PSC.
- Durante 2017 se ha desarrollado el proyecto para crear el "Observatorio Canario de la Salud", con el objetivo de mostrar a la ciudadanía información relevante sobre la evolución del estado de salud de la población canaria. Estará alojado en la Web del SCS y se comenzarán a publicar los primeros indicadores en septiembre de 2018.

# ÁREAS DE COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO DE CANARIAS

# RESUMEN DE RESULTADOS POR ÁREAS DE COLABORACIÓN

Se expone a continuación el resumen global con el número de Normas de Aplicación Directa y Normas Directivas en las que se han realizado acciones. Se observa que se realizaron acciones en el 100% de las Líneas de Colaboración.

	Nº de Líneas de Colaboración	NAD*		ND**	
		Nº	A***	Nº	A***
Área de Colaboración 1	2	1	1	1	1
Área de Colaboración 2	3	0	--	3	3
Área de Colaboración 3	3	1	1	2	2
Área de Colaboración 4	6	0	--	6	6
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

\*NAD: Normas de Aplicación Directa.

\*\*ND: Normas Directivas.

\*\*\* A: Número de Líneas de Colaboración en las que se han realizado acciones NAD o ND.

## Introducción

Para poner en contexto las Áreas de Colaboración, se exponen a continuación algunos aspectos generales sobre las características sociodemográficas de nuestra Comunidad Autónoma.

La población de Canarias a 1 de enero de 2017, según las cifras oficiales del Padrón Municipal, fue de 2.108.121 personas, con un 50,4 % de mujeres y un 49,6 % de hombres.

La tasa de crecimiento medio anual acumulado de la población canaria desde 2008 hasta 2016 fue del 0,16%, en tanto que para el conjunto de España se situó en el 0,11%. Esta tasa a nivel insular ha tenido un

comportamiento diverso, siendo positiva en las islas más pobladas (Fuerteventura, Lanzarote, Gran Canaria y Tenerife) y negativa en El Hierro, La Palma y La Gomera.

El número de nacimientos por cada 1.000 habitantes (Tasa Bruta de Natalidad), es inferior a la media nacional en el periodo 2012 a 2016, así como el número de nacidos por cada 1.000 mujeres (Tasa Global de Fecundidad), aunque en ambos indicadores la diferencia parece reducirse ligeramente en 2016.

#### Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes).

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	8,22	7,52	7,74	7,58	7,53
España	9,69	9,10	9,17	9,02	8,56

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

#### Tasa Global de Fecundidad.

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	31,39	29,03	30,23	30,00	30,15
España	40,18	38,29	39,14	39,00	38,33

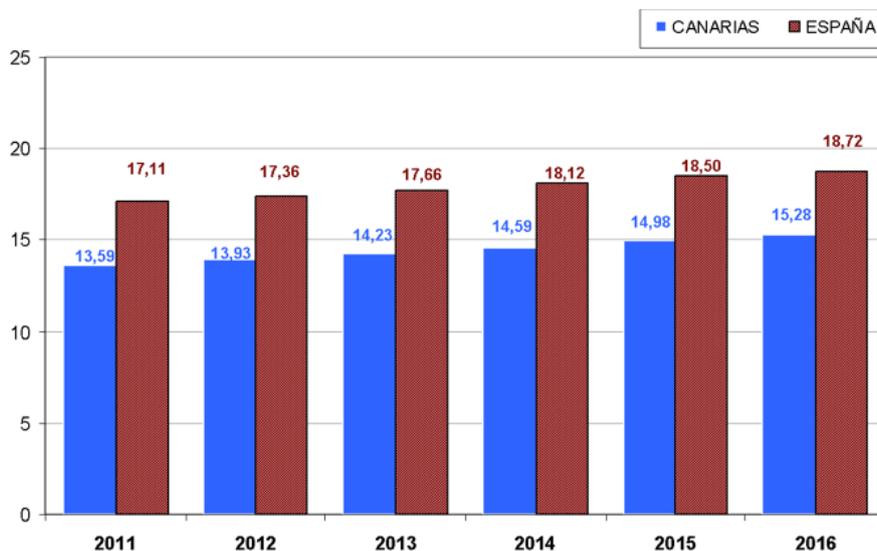
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, la población canaria tiene un menor porcentaje de personas mayores de 64 años con respecto a la media de España, con un 15,3% frente a un 18,7% en 2016, respectivamente.

**Gráfico**

Porcentaje de población mayor de 64 años sobre la población total.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).



Sin embargo, se observan diferencias en este dato por islas, con un incremento del envejecimiento según nos movemos desde las islas orientales hacia las occidentales:

**Porcentaje de población mayor de 64 años por islas.**

	2016
CANARIAS	15,28
LANZAROTE	11,04
FUERTEVENTURA	9,08
GRAN CANARIA	15,24
TENERIFE	15,57
LA GOMERA	21,49
LA PALMA	20,46
EL HIERRO	22,19

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC) a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Porcentaje de hogares donde vive sola una persona mayor de 64 años.**

AÑO	2013	2014	2015	2016	2016
Canarias	31,98 %	31,16 %	31,82 %	31,84 %	30,15 %
España	40,92 %	40,87 %	40,57 %	41,68 %	38,33 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

En cuanto a las **condiciones de vida** de la población, hay que resaltar:

- Los **indicadores de pobreza** (porcentajes recogidos en la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística), presentan valores notablemente superiores a la media nacional, especialmente si se valora conjuntamente con el riesgo de exclusión social.

Según la Estrategia Europa 2020 se consideran personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social a la población que se encuentra en alguna de las tres situaciones que se definen a continuación: personas que viven con bajos ingresos (60% de la mediana del ingreso equivalente o por unidad de consumo), y/o personas que sufren privación material severa (4 de los 9 ítems definidos) y/o personas que viven en hogares con una intensidad de empleo muy baja (por debajo del 20% del total de su potencial de trabajo en el año anterior a la entrevista). En caso de estar incluidas en dos o tres condiciones, las personas se contabilizan solo una vez.

Los resultados pueden observarse a continuación:

**Tasa de riesgo de pobreza.**

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	30,10%	33,60%	28,40%	27,60%	28,50%	35,00%
España	20,60%	20,80%	20,40%	22,20%	22,10%	22,30%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social.**

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	37,8%	40,3%	35,5%	37%	37,9%	44,6%
España	26,7%	27,2%	27,3%	29,2%	28,6%	27,9%

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística (INE).

- En cuanto a la Tasa de Paro, es superior en Canarias con respecto a la media de España. Aunque la disminución en el número de desempleados ha sido algo más rápida en Canarias (un 10,56% entre 2012 y 2017, frente al 9,22% de la media nacional en el mismo periodo), se mantiene un diferencial de 5,49 puntos en 2017:

**Tasa de Paro (4º trimestre de cada año).**

AÑO	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Canarias	32,60%	33,09%	31,08%	26,75%	24,90%	22,04%
España	25,77%	25,73%	23,70%	20,90%	18,63%	16,55%

Este entorno social se combina con el incremento de las enfermedades crónicas, los hábitos y estilos de vida de las personas, la percepción por parte de los ciudadanos/as de su estado de salud (ya comentados en el Área de Impacto 4 para personas de 65 y más años) y de la calidad de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales. Y por supuesto, con la disponibilidad de medios para dar respuesta a los problemas de salud.

Tal y como recoge el PSC, comprender las relaciones de causalidad entre el medio ambiente y la salud de las personas, y disponer de la información necesaria para reforzar la capacidad de las instituciones canarias para desarrollar una estrategia institucional y comunitaria bien coordinada y en el territorio, constituye una prioridad en el desarrollo de la salud, entendida como calidad de vida. Dicha estrategia, fundamentada en el principio de la "Salud en Todas las Políticas", deberá basarse en el aumento de la coordinación interinstitucional y en la acción intersectorial, en la utilización y el correcto desarrollo de los instrumentos jurídicos necesarios, en la evaluación continua de la situación así como en la mejora del nivel de conciencia de la población, en particular de los niños, tanto en la promoción de valores asociados al modo de vida como de la importancia de la protección y la conservación del medio ambiente para la protección y la promoción de la salud.

A continuación se exponen las acciones realizadas en las diferentes Áreas de Colaboración; al inicio de cada una se expone un **Resumen Ejecutivo** con aspectos positivos y áreas de mejora, que sintetizan el grado de cumplimiento de las Líneas de Colaboración.

# 1. ÁREA DE COLABORACIÓN SOCIO-SANITARIA

**Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria.**

- 1.1 Colaborar con organismos e instituciones buscando la complementariedad de las acciones del sistema sanitario y con otros sistemas (ND).
- 1.2 Apoyo a la atención a la salud mental (NAD).

## **Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en ambas NAD y ND.**

### ASPECTOS POSITIVOS:

- Existen diversas iniciativas de colaboración del SCS con organismos e instituciones a nivel regional y local (1.1).
- El Plan de Salud Mental del SCS potencia el modelo comunitario de atención y prevé múltiples iniciativas de coordinación (1.2).

### ÁREAS DE MEJORA:

- Hay margen para la planificación y desarrollo de un volumen más importante de acciones.

# 1.1. Colaboración con organismos e instituciones.

## Prevención, promoción y educación para la salud

- Las **Gerencias de AP** colaboran con instituciones locales de las islas capitalinas en actividades de promoción de la salud para personas mayores y con discapacidad.
- En la **GAP de Gran Canaria** se lleva a cabo la coordinación con centros geriátricos, como el Hospital de San Roque de Guía y el Hospital de El Sabinal.
- En la **Gerencia de Servicios sanitarios de Fuerteventura**: colaboración con el centro de día de personas mayores, mediante la participación en la Muestra "Ocio y Salud. Mayores Activos".

## Formación

- En la **Gerencia de Servicios sanitarios de Lanzarote**:
  - Participación en la Jornada de Cuidadores del Cabildo Insular.
- En la **Gerencia de Servicios sanitarios de La Palma**:
  - Participación activa en campañas divulgativas y formativas de asociaciones no gubernamentales y asociaciones de pacientes.
  - participación de la Sección de Salud Pública como miembro nato en la comisión informativa Mesa de Agua Potable de Los Llanos de Aridane.

## Coordinación y gestión:

- La **Dirección del Área de Salud de Tenerife** forma parte del Consejo Rector del Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria.
- Por parte del **área sociosanitaria de la DGPPAA**, se realiza el pilotaje para el acceso de los profesionales a los datos sanitarios de las personas mayores ingresadas en centros sociosanitarios (proyectos ya comentados en el Área de Impacto 9).
- En la **Gerencia de Servicios sanitarios de La Palma**:
  - Se ofrece colaboración en la gestión de asuntos y expedientes previa solicitud de los Ayuntamientos en temas del ámbito de trabajo de la Unidad de Salud Pública.
  - Se realiza un trabajo conjunto de las profesionales sociales de AP/AE con los servicios sociales de Cabildo y Ayuntamientos.

## 1.2. Apoyo a la atención a la salud mental.

- Por parte del **Servicio de Salud Mental de la DGPPAA**, se da continuidad a las acciones que implican la coordinación con el área sociosanitaria para el área de rehabilitación psicosocial. Además del ya comentado Plan de Salud Mental (ver Área de Impacto 4), que incorpora numerosas iniciativas de coordinación en los ámbitos sociosanitario, justicia y red de drogodependencias, además de las propias del SCS (AP y AE).
- En la **Gerencia de AP de Gran Canaria** se realizan reuniones de Coordinación entre Unidades de Salud Mental y las diferentes ZBS.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**:
  - Coordinación de la USM Infanto Juvenil con equipos de orientación del ámbito educativo.
  - Coordinación con la Unidad de Rehabilitación Psicosocial Dr. Julio Santiago del Cabildo insular para la prestación sanitaria (6 enfermeros, 1 terapeuta ocupacional y un psiquiatra a tiempo parcial).
- En la **Gerencia de Servicios sanitarios de La Gomera** se realizan reuniones trimestrales de coordinación entre los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial y los profesionales de la Unidad de Salud Mental.

## 2. ÁREA DE COLABORACIÓN EN EDUCACIÓN

### Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, en el ámbito central del Gobierno de Canarias.

- 2.1 Colaborar con la Consejería de Educación, para el desarrollo de actuaciones conjuntas, como el Programa de Salud Escolar (ND).
- 2.2 Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y en la gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y de seguridad alimentaria (ND).
- 2.3 Colaborar en la puesta en marcha de iniciativas que puedan desplegarse en diferentes vertientes (normativa, protocolos, sensibilización, información, formación, etc.) que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad NAOS (ND).

**Resumen ejecutivo:****Se han realizado acciones en las tres ND.****ASPECTOS POSITIVOS:**

- Se mantiene activo el Acuerdo Marco de Colaboración entre las Consejerías de Sanidad y Educación (2.1).
- Se han realizado acciones de asesoramiento para comedores escolares en La Palma y Lanzarote (2.2).
- Se colabora en la Estrategia NAOS a través de la DGSP (2.3).
- Se han llevado a cabo experiencias y actividades a nivel local.

**ÁREAS DE MEJORA:**

- La ya prevista mejora en el asesoramiento de los comedores escolares.

## 2.1. Colaboración con la Consejería de Educación.

**Acciones realizadas:**

Se mantiene activo el "ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES, CULTURA Y DEPORTES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTUACIONES CONJUNTAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA", activo desde 1990, actualizado en 2010. El objeto prioritario de este Acuerdo es la institucionalización de programas orientados a la promoción de estilos de vida saludables desde la infancia y especialmente aquellos cuya finalidad coincida con la prevención de riesgos para la salud (tabaquismo, obesidad, conductas sexuales inadecuadas, enfermedades de la boca, prevención de accidentes). También incluye la atención a escolares con problemas de salud específicos (obesidad, diabetes, salud mental y trastornos de la conducta alimentaria, enfermedad celiaca, etc.).

El grupo técnico que desarrolla las actividades vinculadas a este Acuerdo, priorizó durante el periodo 2016-2017 las siguientes actividades:

- Elaboración del documento "Criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares", cuyo objetivo es promover una alimentación saludable, fomentar la actividad física y prevenir la obesidad.

- Desarrollo de un documento sobre patrocinio de equipos y eventos deportivos.

Los objetivos prioritarios futuros que se establecen son:

- Elaboración del protocolo para regular las campañas de alimentación y actividad física y deportiva en los centros escolares, y que iría acompañado de su correspondiente resolución.
- Regulación de la oferta alimentaria de las cafeterías/cantinas de los centros educativos, de acuerdo al nuevo marco legal.
- Revisión de los menús de los comedores escolares.
- Regulación de las máquinas expendedoras de alimentos y bebidas en los centros escolares.

## 2.2. Colaboración para la gestión de comedores escolares.

### Acciones realizadas:

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**, la colaboración en:
  - Inspección de los menús escolares y detección de riesgos biológicos en comedores escolares.
  - El Programa de Seguridad Alimentaria.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma**:
  - Participación de los Técnicos Inspectores de Salud Pública en la ejecución de la campaña programada Comedores Escolares.

## 2.3. Colaboración para la estrategia NAOS.

### Acciones realizadas:

- En la **Dirección General de Salud Pública**:
  - Promoción de la implementación a nivel escolar del Programa para la prevención de la obesidad infantil (Programa PIPO), a través de 2 talleres de alimentación saludable (PIPO I y PIPO II).

- Realización, seguimiento, asesoramiento y evaluación de las Medidas de Acompañamiento del Plan de frutas y verduras en la escuela de la Comisión Europea, con diseño y elaboración de los materiales didácticos que incluyen contenidos de salud para el fomento de consumo de fruta y verdura, así como la formación del profesorado.

### **Otras acciones realizadas en el Área de Colaboración 2:**

- En la **Dirección General de Salud Pública**, los cursos sobre “Diabetes en la escuela”, ya comentados en el Área de Impacto 4.
- En **Atención Primaria**, las actividades de Aulas de Salud, ya mencionadas.
  
- En la **GAP de Gran Canaria**:
  - El Proyecto de participación comunitaria Remudas La Pardilla.
  - Colaboración con la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud.
  - Formación en primeros auxilios en el ámbito escolar.
  - Formación en las prácticas de Formación Profesional para Auxiliares de Enfermería en los Centros de Salud de Teror y Jinámar.
  
- En la **GAP de Tenerife**:
  - Desarrollo de actividades de promoción de la salud en el ámbito escolar relacionadas fundamentalmente con la salud oral y con la salud durante la infancia y la adolescencia.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**, la colaboración en:
  - El programa “Aprender a salvar una vida” sobre reanimación cardiopulmonar en escolares, de la Dirección insular de Educación.
  - Actuación conjunta con Educación ante brotes epidémicos en centros educativos (tuberculosis, meningitis, sarna, etc.)
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma**:
  - Realización de programas de educación en salud dirigidos al profesorado y familias.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera**:
  - Talleres de formación en alimentación y nutrición, hábitos higiénicos, higiene postural y seguridad en los centros educativos.
  
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro**:
  - Consulta joven.
  - Jornadas de higiene postural.

# 3. ÁREA DE COLABORACIÓN CON AYUNTAMIENTOS Y CABILDOS

**Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud con Ayuntamientos y Cabildos.**

- 3.1 Colaborar con la Federación Canaria de Municipios (FECAM) y la Federación Canaria de Islas (FECAL) y a través de los correspondientes Consejos de Dirección y de Salud, para establecer un marco de colaboración denominado “Red Canaria de Municipios e Islas Saludables” (ND).
- 3.2 Potenciar las acciones formativas dirigidas en general a reducir las dependencias o adicciones, reforzando la vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa de medidas sanitarias frente al tabaquismo y las bebidas alcohólicas (ND).
- 3.3 Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y los colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social de la comunidad (NAD).

## **Resumen ejecutivo:**

**Se han realizado acciones en la NAD y ambas ND.**

### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se impulsa desde 2017 la Estrategia Canaria de Islas y Municipios Promotores de la Salud (3.1).
- Se han realizado numerosas acciones formativas, de asesoramiento y comunitarias para la prevención y abordaje de las adicciones (3.2).
- Se colabora a través del SCS en los protocolos de actuación ante la violencia de género y en apoyo a colectivos desfavorecidos (3.3).

### ÁREAS DE MEJORA:

- Cabe un mayor grado de colaboración y actividad.

## 3.1. Colaboración para la red canaria de municipios e islas saludables.

### Acciones realizadas:

Ver las acciones recogidas en el Área de Impacto 1, Línea de Actuación 1.2 (Promoción de la Salud Infanto-juvenil).

#### • En la **Dirección General de Salud Pública**:

- ESTRATEGIA CANARIA “ISLAS Y MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD”: iniciativa de promoción de la salud que tiene como objetivo general el promover un proceso participativo de generalización del trabajo de Promoción de la Salud en toda la Comunidad Autónoma Canaria, considerando las características propias de cada territorio. El concepto es trabajar colaborativamente en red con municipios y cabildos insulares. Toda la información se encuentra disponible en [este enlace](#).
- En coherencia con la anterior, impulso a la implementación de la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención del SNS, en el ámbito de cabildos y municipios, a través de la difusión de la estrategia y el establecimiento de vías de colaboración. Se han incorporado 1 cabildo insular y 6 municipios (que representan el 10,5% de la población de Canarias). Se encuentran en proceso de adhesión 1 cabildo insular y otros 3 municipios, con los que se alcanzaría el 47,5% de la población.
- En el ámbito de Salud Local, se han realizado cursos de capacitación para los técnicos de los ayuntamientos y cabildos en 2016.

## 3.2. Colaboración para reducir las dependencias o adicciones.

### Acciones realizadas:

#### • En la **Dirección General de Salud Pública**:

- El proyecto “Quiérete” en el ámbito comunitario, para potenciar factores de protección que previenen el consumo de hipnosedantes en mujeres, utilizando como herramienta fundamental el deporte y la actividad física, combinado con el trabajo psicológico.
- Elaboración, coordinación y ejecución de las jornadas “Nuestra responsabilidad ante las drogas”, dirigidas a toda la red de prevención y tratamiento de las adicciones en Canarias y administraciones públicas.

- Participación y asesoramiento en las Jornadas del Cabildo de Gran Canaria para la prevención de drogodependencias y de promoción de la salud en la administración insular.
- Participación y asesoramiento en Jornadas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para la prevención con mediadores de drogodependencias y de promoción de la salud en los mandos naval y de tierra, adscritos a la Comunidad autónoma.
- Colaboración en congresos nacionales de patología biopsicosocial. Dirigido a profesionales de la red de atención a las drogodependencias y de la red socio sanitaria de Canarias.
- Reuniones de coordinación y atención de casos con las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias y las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

### 3.3. Colaboración para la protección de colectivos desfavorecidos.

#### Acciones realizadas:

- En todo el **Servicio Canario de la Salud**, permanece activado el Protocolo para la Atención Integral de las Víctimas de Violencia de Género.
- En la **Dirección General de Salud Pública**, formación en prevención a profesionales de Formación Profesional Básica que trabajan con jóvenes en exclusión social.
- En la **GAP de Tenerife**:
  - Se colabora con las entidades municipales en el desarrollo de diversos proyectos, como en Santa Cruz de Tenerife el programa de drogodependencia y personas sin hogar (incluido el Cabildo Insular y coordinación sociosanitaria a nivel local).
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura y Lanzarote**:
  - Abordaje de la población sin tarjeta sanitaria.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote**:
  - Convenio con Cáritas Diocesana.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura**:
  - Se participa en la prevención con el Servicio de Atención a la mujer, Servicio Insular de Infancia y Servicios Municipales.

## 4. ÁREA DE COLABORACIÓN CON LAS UNIVERSIDADES Y OTRAS INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES

- 4.1. Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias en la formación de pre y de post grado de los profesionales sanitarios (ND).
- 4.2. Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios a través de convenios de colaboración y acuerdos con los Colegios Farmacéuticos y sus representantes en los Consejos de Salud de Zona Básica (ND).
- 4.3. Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud (ND).
- 4.4. Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y con las sociedades científicas (ND).
- 4.5. Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas (ND).
- 4.6. Reforzar la colaboración con las asociaciones de pacientes y de familiares para contribuir a la formación de los pacientes, los familiares y la ciudadanía (ND).

### Resumen ejecutivo:

#### Se han realizado acciones en las seis ND.

##### ASPECTOS POSITIVOS:

- Se colabora intensivamente con las Universidades públicas canarias para la formación sanitaria pre y postgrado (4.1).
- Buena colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el desarrollo y mantenimiento de la receta electrónica continua canaria (4.2).
- Se están actualizando y activando los nuevos conciertos sanitarios (4.3).
- Se han realizado diferentes actividades vinculadas a las Líneas de Actuación 4.4, 4.5 y 4.6.

##### ÁREAS DE MEJORA:

- Existe espacio para incrementar las acciones de colaboración.

## 4.1. Colaboración con las universidades en formación pre y postgrado.

### Acciones realizadas:

- En la **Comunidad Autónoma:**

- Los diferentes centros docentes acreditados de AP y AE (hospitales universitarios, centros de salud y consultorios...) de Tenerife, Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote y La Palma participan en la formación pre y post grado de los profesionales sanitarios y no sanitarios: medicina, enfermería, fisioterapia, trabajo social, etc.

- En la **Dirección General de Salud Pública:**

- Formación e intervención básica en adicciones y abordaje integral de las conductas adictivas a alumnado de diferentes facultades de las dos Universidades Canarias: Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Ciencias Políticas, sociales y de la comunicación y Ciencias de la educación.

- En el **CHUNS de Candelaria:**

- En 2016 y 2017, realización de prácticas externas en la especialidad de gestión del Master universitario en investigación, gestión y calidad en cuidados para la salud de la Universidad de La Laguna.

- En el **HUGC Dr. Negrín:**

- En 2016, la formación vinculada a diferentes Master incluyó a 36 alumnos en las áreas temáticas de Nutrición y Salud, Suelo Pélvico y Fisioterapia Respiratoria.
- Convenios de colaboración en vigor con cuatro Universidades de ámbito estatal.

## 4.2. Colaboración con los colegios farmacéuticos.

### Acciones realizadas:

- En la **Comunidad Autónoma:**

- Participación de los Colegios de Farmacéuticos y oficinas de farmacia en la Receta Electrónica Continua Canaria.

- En la **GAP de Gran Canaria**:
  - Participación en el Proyecto CONSIGUE para evaluar el impacto económico y en la salud del Seguimiento Farmacoterapéutico.
- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma**:
  - Colaboración activa con el Colegio de Farmacéuticos a través de sus representantes locales.

## 4.3. Colaboración con los centros concertados por el SCS.

### Acciones realizadas:

- Desde las Direcciones de Área de Salud, cada año se realiza una estimación de las necesidades asistenciales por parte del SCS hacia los Centros Concertados, así como de la disponibilidad presupuestaria para llevarlo a cabo. De forma continua se mantiene una óptima colaboración y coordinación con los mismos.
- Durante 2016 y 2017 se han revisado los conciertos sanitarios para irlos adaptando a la actual legislación. En 2018 se ha materializado la publicación de los primeros concursos públicos actualizados.

## 4.4. Colaboración con los colegios profesionales y sociedades científicas.

### Acciones realizadas:

- En la **Dirección General de Salud Pública**:
  - Participación activa en los grupos de trabajo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Las Palmas y del Consejo General de Farmacéuticos, en materias relacionadas con la vigilancia y control de los riesgos ambientales.

- Participación activa en los grupos de trabajo relacionados con la Evaluación de los riesgos ambientales de la Sociedad Española de Sanidad Ambiental, tanto sobre los criterios sanitarios para la instalación y funcionamiento de aparatos de tratamiento de aguas en edificios, como para la modificación de la norma UNE 100030 para la prevención y control de la proliferación y diseminación de Legionella en instalaciones.

- En la **GAP de Gran Canaria:**

- Formación con el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas de Gran Canaria.
- Participación en actividades de formación de diferentes sociedades científicas del ámbito sanitario como la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria (SOCAMFYC), Sociedad Española de Médicos de AP (SEMERGEN), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y la Asociación Canaria para la Calidad Asistencial (ACCA).

- En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma:**

- Celebración de Jornadas de divulgación y formativas sobre Enfermedades Emergentes.
- Colaboración activa en la difusión de la actividad de Colegios Profesionales y participación en actividades programadas.
- Colaboración activa con diferentes sociedades científicas a través de profesionales miembros, tanto a nivel autonómico como nacional.

## 4.5. Colaboración con la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas.

### Acciones realizadas:

- En la **Dirección General de Salud Pública:**

- Coordinación con la Consejería de Agricultura para implementar en los controles analíticos del agua de consumo humano, la vigilancia de aquellos plaguicidas fitosanitarios de mayor uso en Canarias, susceptibles de contaminar los recursos hídricos que van a ser utilizados para la producción de agua de consumo humano.
- Participación en el Plan de Frutas y Verduras que coordina el Instituto Canario de Calidad Agroalimentaria, en el curso 2015-2016 a través de:

- Desarrollo de las medidas de acompañamiento (materiales didácticos: contenido científico, diseño y elaboración).
  - Formación, seguimiento y resultados para los docentes participantes del plan, con el fin de llevar a las Aulas talleres que fomenten el consumo de frutas y verdura en los escolares de 3 a 12 años.
- En las **Gerencias de Servicios Sanitarios de Fuerteventura y Lanzarote**, se destaca la Vigilancia y control de:
    - Agua de consumo humano.
    - Enfermedades espongiformes de transmisión en matadero.
    - Ciguatera y anisakis.
    - Riesgos biológicos en industrias queseras y otras.
    - Metales pesados, en el marco del Plan Nacional de investigación de residuos.

## 4.6. Colaboración con las asociaciones de pacientes y de familiares.

### Acciones realizadas:

- En el **Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales**:
  - Se potencia la participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo colaborativo de las acciones de rehabilitación psicosocial, a través de los órganos colegiados CIRPAC.
- En el **CHUNS de Candelaria**:
  - Colaboración con diferentes Asociaciones de Pacientes y Familiares: Asociación Española contra el Cáncer (AECC), APREMATE, AMATE, Teodora, Pequeño valiente, Pacientes Diabéticos, ELA, etc.
  - Equipos de apoyo psicosocial en colaboración con Cruz Roja y Fundación la Caixa.
- En el **HUGCDr Negrín**:
  - Acuerdos de colaboración con las Asociaciones siguientes: AECC, Fundación Da Silva, Pequeño Valiente y con el programa de Voluntariado de la "Caixa".

- Encuestas de satisfacción con el hospital a asociaciones de pacientes, la última realizada en el año 2016.

• En el **CHUIMI:**

- Se han establecido acuerdos con Asociaciones de Enfermos y/o Entidades colaboradoras (CAIXA y consorcio de ayuntamientos del sureste) para la atención a los Cuidados Paliativos.

• En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote:**

- Alianza con la asociación de pacientes Perpetuarte.

• En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma:**

- Colaboración activa por parte de los profesionales con Asociaciones de pacientes y Familiares, tales como la AECC, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (AFA), etc.

• En la **Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura:**

- Se potencia la participación en la Formación Continuada en los centros de salud, presentando y dando a conocer las Asociaciones y apoyando actividades de promoción de la salud.

# CONCLUSIONES

- 1- El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 ha tenido una vigencia breve y no se han desplegado planes de salud por Áreas y Zonas Básicas de Salud, debido a la inexistencia de metodología explícita, debilidad en el funcionamiento de los órganos de participación y tiempo insuficiente para desarrollar tal actividad.
- 2- Se han cumplido o realizado acciones en el 74,3% de las Líneas de Actuación (68,2% de las Normas de Aplicación Directa y en el 84,6% de las Normas Directivas) y en el 100% de las Líneas de Colaboración.
- 3- Si se consideran conjuntamente las Líneas de Actuación y Colaboración, se han cumplido o realizado acciones en el 81,6% de ellas.
- 4- Se han identificado numerosos aspectos positivos y áreas de mejora (ver "Resúmenes Ejecutivos"), que constituyen información de utilidad para el próximo Plan de Salud.
- 5- Las Líneas de Actuación que se han considerado parcialmente cumplidas o no realizadas son:
  - La incorporación de los objetivos de Salud Pública en los Programas de Gestión Convenida.
  - Las referidas a los Planes de Salud Mental, Diabetes e Investigación Sanitaria.
  - Las evaluaciones regladas y sistemáticas de guías, programas y protocolos del SCS, así como de la utilización de pruebas diagnósticas en Atención Primaria.
  - La creación de Unidades de Gestión Clínica.
  - La integración efectiva del Plan de Salud de Canarias en los planes de formación.
  - La culminación de la Historia de Salud Electrónica compartida.
- 6- Los Programas de Gestión Convenida se muestran como una herramienta útil para aportar concreción y desarrollar el Plan de Salud de Canarias.
- 7- Las dificultades metodológicas encontradas para llevar a cabo la presente evaluación, recomiendan un modelo de Plan de Salud que especifique con mayor detalle las metas específicas a alcanzar y disminuya sensiblemente el número de indicadores clave para la evaluación.

# ANEXO 1

## INDICADORES DE EVALUACIÓN SOBRE ÁREAS DE IMPACTO Y DE COLABORACIÓN

(ANEXOS I Y V DEL PLAN DE SALUD)



# ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I

**Influir sobre los determinantes de la salud.**

**Objetivo estratégico**

Reducir el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de la Salud para prevenir la enfermedad, promocionar y proteger la salud.

## ÁREA DE IMPACTO 1

**Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.**

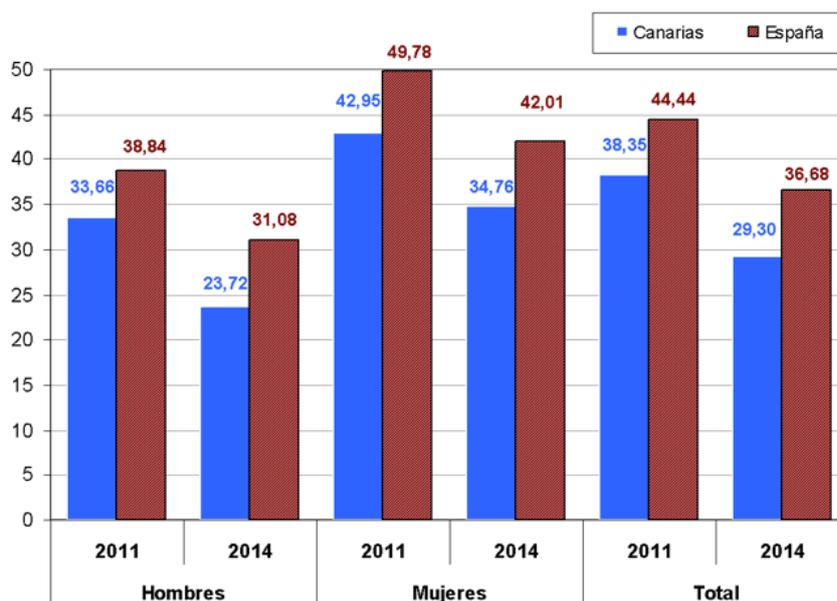
# 1.1. Promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable.

En el año 2014 la prevalencia declarada de sedentarismo en mayores de 15 años en Canarias se situaba en un 29,3%, observándose un descenso del 23,7% respecto a la declarada en el año 2011, cuyo valor era del 38,4%. Esta tendencia decreciente de la prevalencia también se observa a nivel nacional, si bien, hay que reseñar que en Canarias este indicador es más favorable en los dos años representados.

**Gráfico 1**

**Prevalencia declarada de sedentarismo en mayores de 15 años.**

*Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. A partir de: Encuesta Nacional de Salud 2011 y Encuesta Europea Salud en España 2014.*

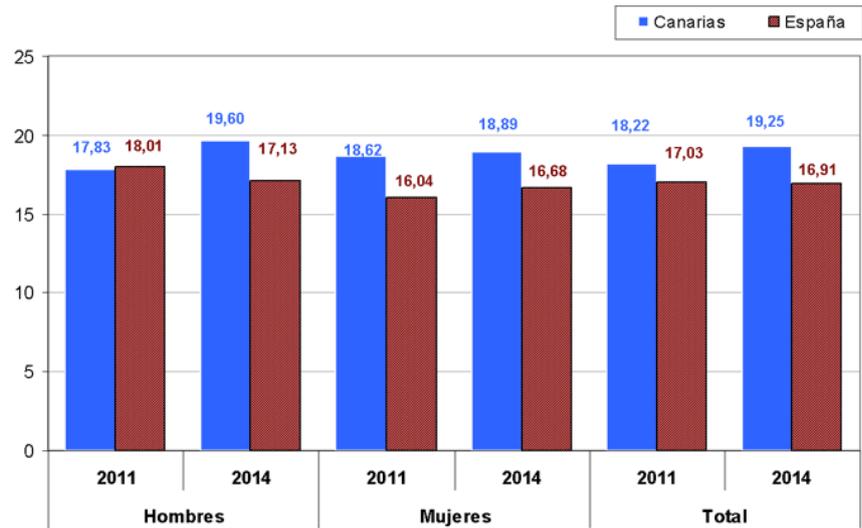


Si se considera la práctica de actividad física habitual, la Encuesta de Salud de Canarias (ESC15) muestra en la población de 16 y más años los siguientes resultados para las diferentes categorías: un 34,2% declara que realiza sus trabajos, estudios o labores del hogar básicamente sentados y andan poco, un 48,7% declara andar bastante pero sin esfuerzo vigoroso, un 13,4% anda y realiza esfuerzos vigorosos con frecuencia y sólo un 3,7% hace esfuerzos vigorosos y mucha actividad. La tendencia se invierte en la población menor de 16 años, en los que un 30,3% hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana en relación al 24,1% de la Encuesta de Salud de Canarias 2009. No obstante, se observa un aumento del número de menores que no hace ejercicio, que ha pasado del 15,7% en el 2009 al 23,6% en el 2015.

En relación a la **obesidad**, la prevalencia declarada de este factor de riesgo en población adulta en Canarias en el año 2014 fue del 19,3% superando a la media nacional que se situaba en el 16,9%. Si la comparamos con la del año 2011, su valor se ha incrementado un 6% mientras que en España se ha mantenido prácticamente igual. Por otra parte, algo más de un tercio de la población canaria declaraba tener sobrepeso en 2014 (35,4%), sin que haya habido prácticamente variaciones con respecto a 2011, siendo esta prevalencia similar a la media del territorio nacional (35,7%).

**Gráfico 2****Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (> 18 años).**

Fuente: INCLASNS, MSSSI.  
Observaciones: los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).



Según los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias en población infantil de 2 a 17 años, los porcentajes del índice de masa corporal correspondientes a obesidad y sobrepeso calculados a partir de los datos facilitados por las personas entrevistadas, han descendido entre 2009 y 2015: 11,8% de obesidad en 2009 frente al 10,6% en 2015, y 19,5% de sobrepeso frente al 16,3%, respectivamente.

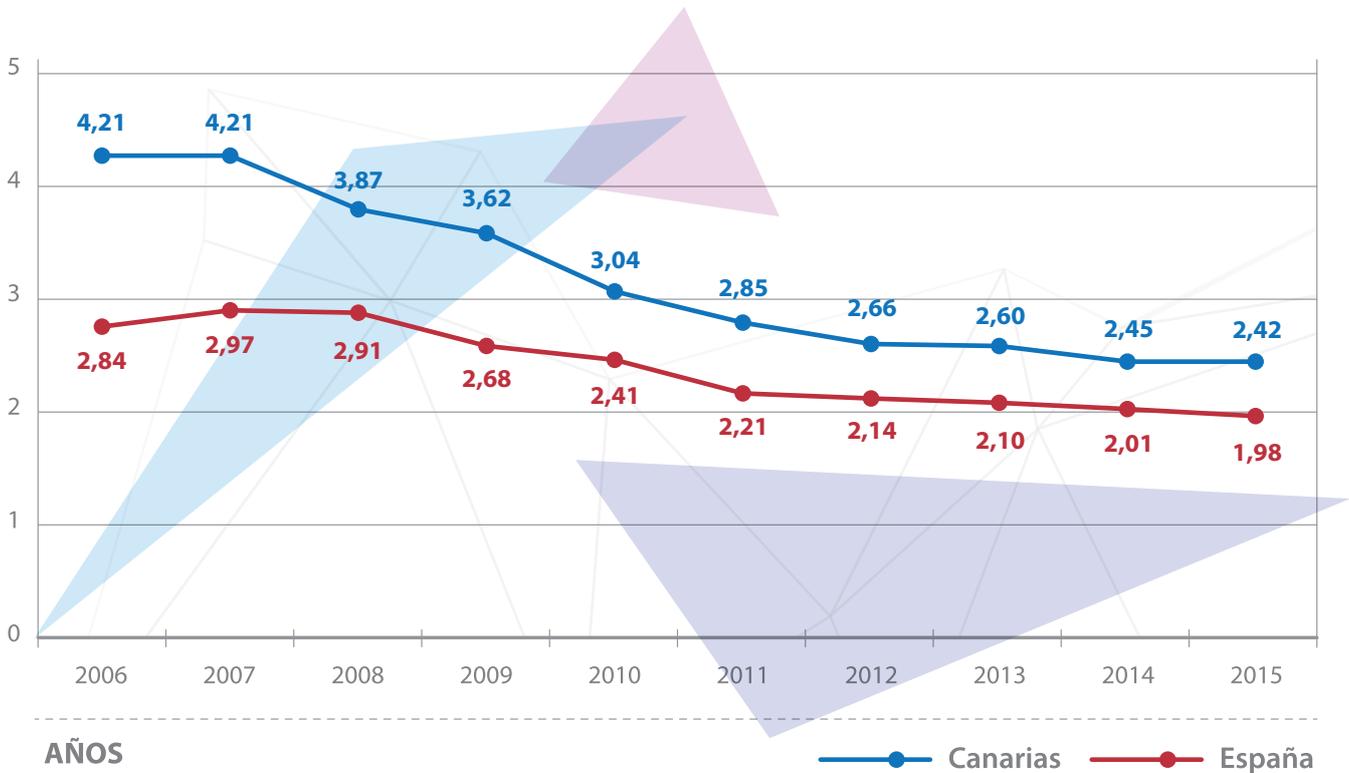
## 1.2. Promoción de la salud infanto-juvenil.

### Salud sexual y reproductiva.

El porcentaje de **nacidos de madres menores de 20 años** ha ido disminuyendo con el paso de los años, pasando del 4,2% en 2006 hasta alcanzar el 2,4% en 2015, aproximándose de esta manera al 2% de media nacional. Según datos del Instituto Canario de Estadística (ISTAC), el número de nacimientos anuales en madres menores de 20 años se ha ido reduciendo: 496 en 2011, 458 en 2012, 413 en 2013, 401 en 2014 y 390 en 2015.

Gráfico 3

Nacidos de madres menores de 20 años por cada 100 nacimientos.

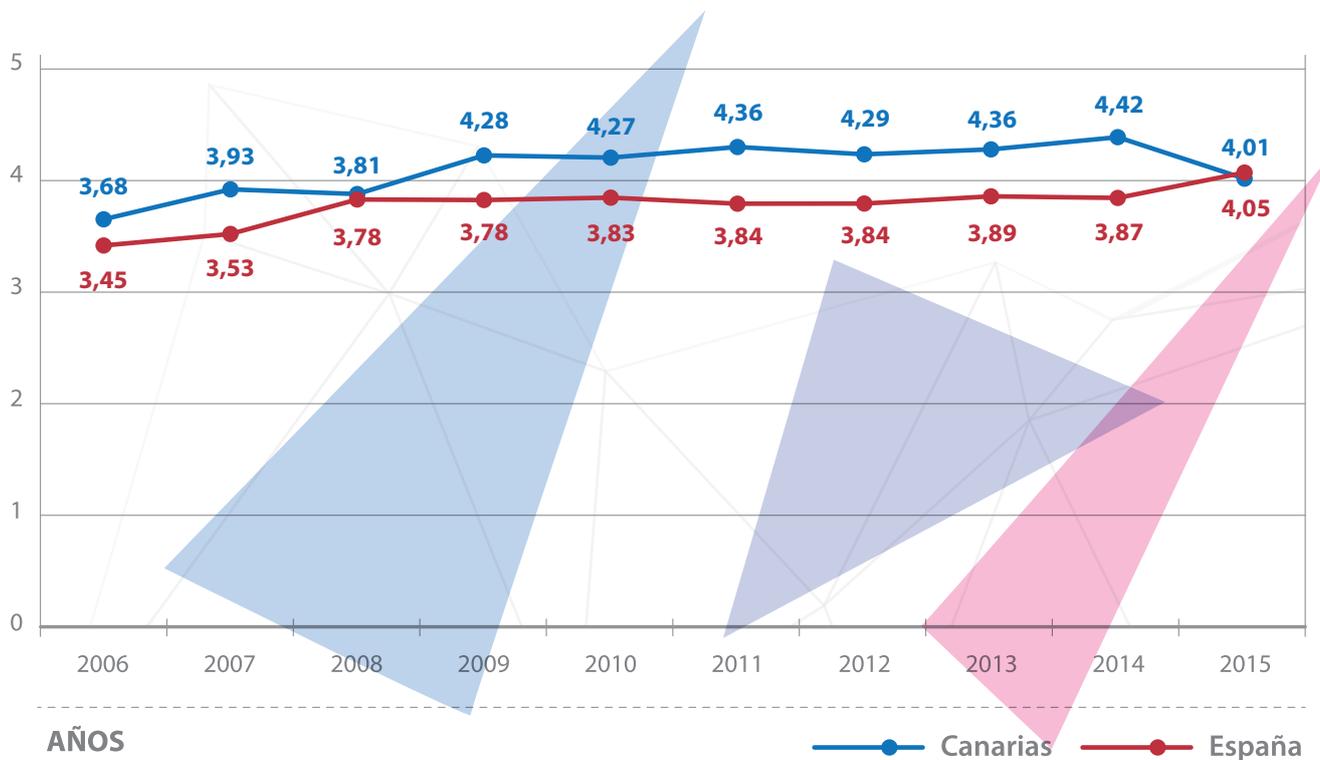


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Observaciones: los resultados se infieren a población general (resultados ponderados).

La mortalidad perinatal es muy superior en recién nacidos pequeños para su edad gestacional que en aquellos que tienen un peso adecuado. Entre los factores implicados en el bajo peso se han descrito causas maternas, placentarias y fetales; de las maternas destaca el tabaquismo, sobre el que se puede incidir desde los servicios sanitarios, al ser una causa prevenible y evitable. Menos frecuentes son las causas fetales que, en general, suelen ser más graves y de peor pronóstico (origen genético). En Canarias, el porcentaje de **recién nacidos a término con bajo peso** observado en los últimos años ha oscilado entre el 3,7% de 2006 y el 4% de 2015, valores que están muy próximos a los correspondientes a la media nacional y que prácticamente coinciden en este último año.

**Gráfico 4**

**Evolución del porcentaje de RN a término con bajo peso.**

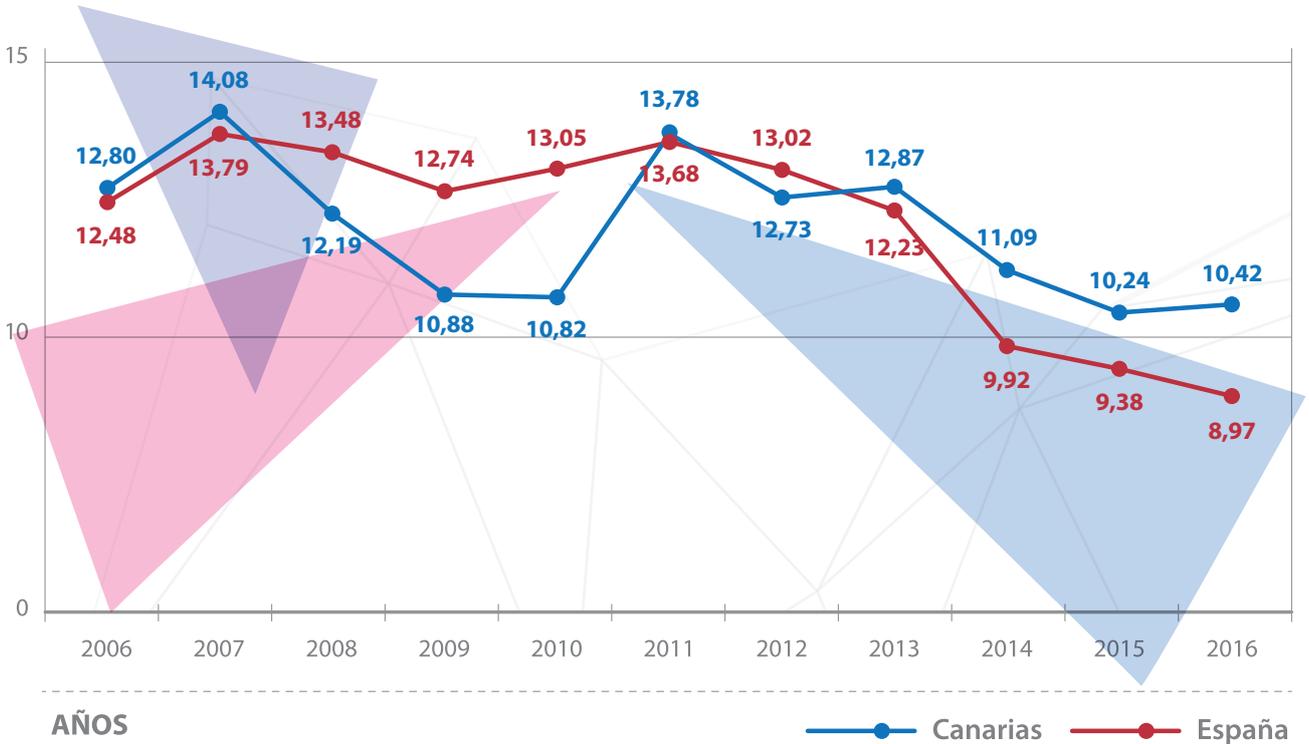


*Población española. INE.*

En el año 2016 la incidencia anual de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años se situaba en un 10,4 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años. Tras haber descendido en el primer período, experimentó una subida en 2011 igualándose con la incidencia a nivel estatal, para luego disminuir desde entonces de forma paulatina a lo largo de los últimos años. Entre ese año y el 2016, la incidencia descien- de 3,4 por cada 1.000, situándose por encima de la media nacional.

Gráfico 5

**Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

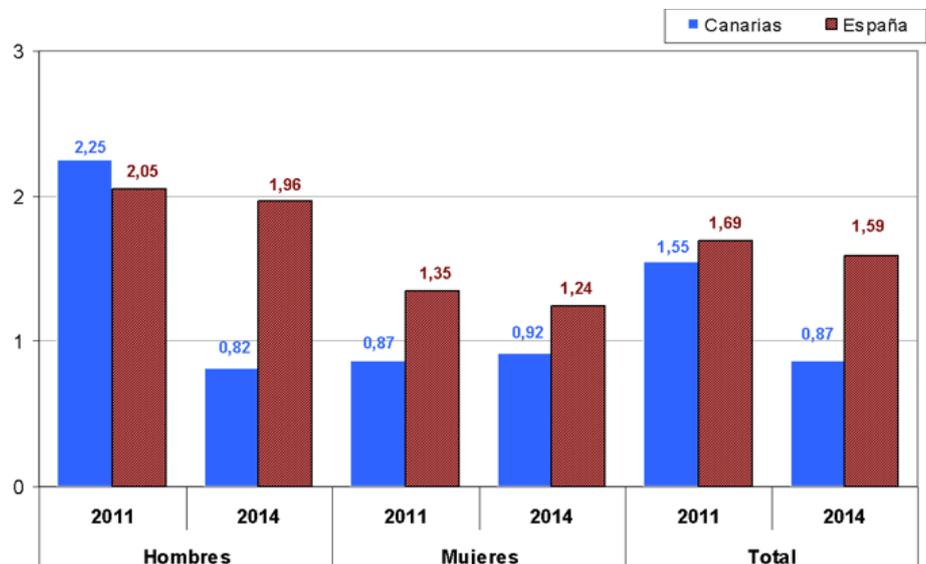
**Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.**

El **consumo de alcohol** constituye un factor de riesgo importante para la salud por sus efectos potencialmente adictivos y tóxicos. Se considera a una persona como bebedora de riesgo si el consumo medio diario de alcohol puro supera los 40 g/día en el hombre y los 20 g/día en la mujer. Según la Encuesta Nacional de Salud, en Canarias la prevalencia declarada de esta categoría ha caído en 2014 con respecto a 2011, pasando de un 1,6% a un 0,9% (0,8% en hombres y 0,9% en mujeres). Estas prevalencias son inferiores a las declaradas para España, cuyo valor fue casi el doble en el año 2014 (1,6%), prácticamente sin experimentar cambios respecto a 2011 (1,7%).

Gráfico 6

**Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (15 y más años).**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. A partir de: Encuesta Nacional de Salud 2011 y Encuesta Europea de Salud en España 2014.



Datos más recientes obtenidos de la ESC15 muestran que el 8,2% de la población de 16 y más años, declara consumir bebidas alcohólicas 4 o más veces a la semana (13,2% de hombres y 3,4% de mujeres), siendo el porcentaje de “bebedor alto, excesivo o de gran riesgo” de 0,4% en hombres y 0,2% en mujeres, y de bebedores moderados de 6% y 0,6%, respectivamente.

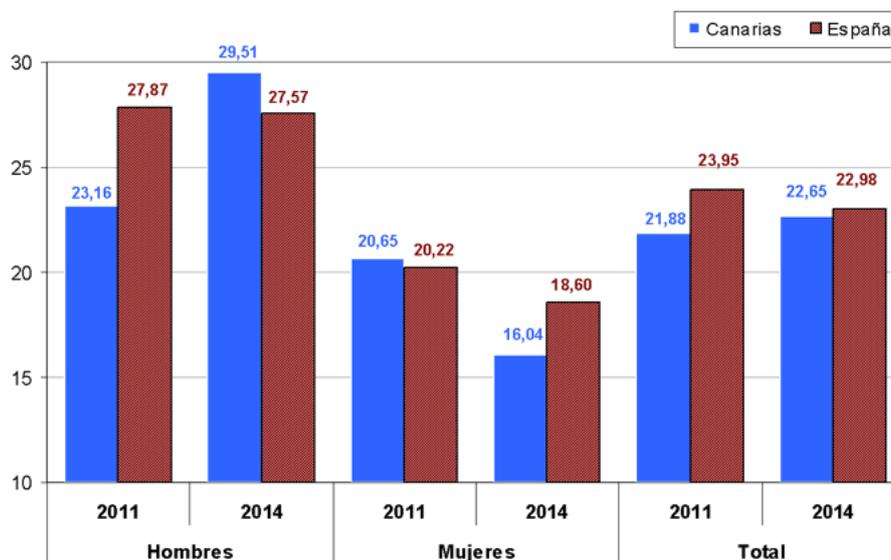
En Canarias, el inicio del consumo de alcohol acontece de media en los hombres a los 17,4 años y en las mujeres a los 21,1 años. Según la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2014, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes canarios de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años fue inferior a la prevalencia total en las diferentes categorías seleccionadas: alguna vez en la vida (74,1% vs. 78,9%), últimos 12 meses (71,0% vs. 76,8%) y en los últimos 30 días (61,4% vs. 68,2%). La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días es también inferior en Canarias, de un 15,4% frente a un 22,2% del total de la muestra.

Tras el alcohol, el **tabaco** es la segunda droga más prevalente en Canarias. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2014, la prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 15 años era similar a la media del territorio nacional, siendo de un 22,7% (hombres: 29,5%; mujeres: 16%) lo que significa un ligero incremento en comparación con la declarada en 2011 que fue del 21,9%. Esta tendencia creciente es debida al aumento importante del porcentaje de hombres fumadores que se contrarresta con la disminución del porcentaje entre las mujeres.

### Gráfico 7

#### Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta (15 y más años).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. A partir de: Encuesta Nacional de Salud 2011 y Encuesta Europea de Salud en España 2014.



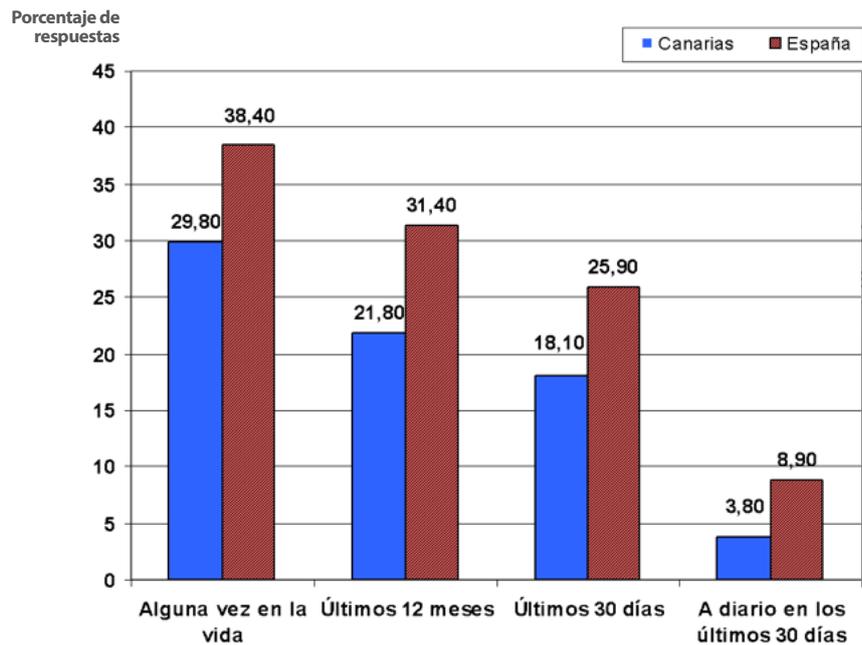
Si se consideran los resultados obtenidos en la ESC15, el porcentaje de fumadores de 16 y más años se situaba en el 26,2% (28,7% en hombres y 23,7% en mujeres). Son, por tanto, resultados más elevados y además, la tendencia ha sido decreciente si lo comparamos con las ESC de 2004 y de 2009.

Por otra parte, en Canarias las prevalencias de consumo de tabaco de la muestra de 3.592 estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años del estudio ESTUDES 2014, se encuentran por debajo de las declaradas por los participantes del total de la muestra para todas las categorías consideradas (ver gráfico 8). En este grupo de edad la media de inicio en el consumo de tabaco diario se sitúa a los 14,3 años (España: 14,5 años).

**Gráfico 8**

**Prevalencia de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). Canarias y España, 2014.**

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del OEDT. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).*



Sin embargo, si se consideran todos los grupos de edad de la ESC15 (población de 16 y más años) la edad media de inicio del hábito tabáquico se sitúa en 17,1 años para los hombres y en 18,2 años para las mujeres.

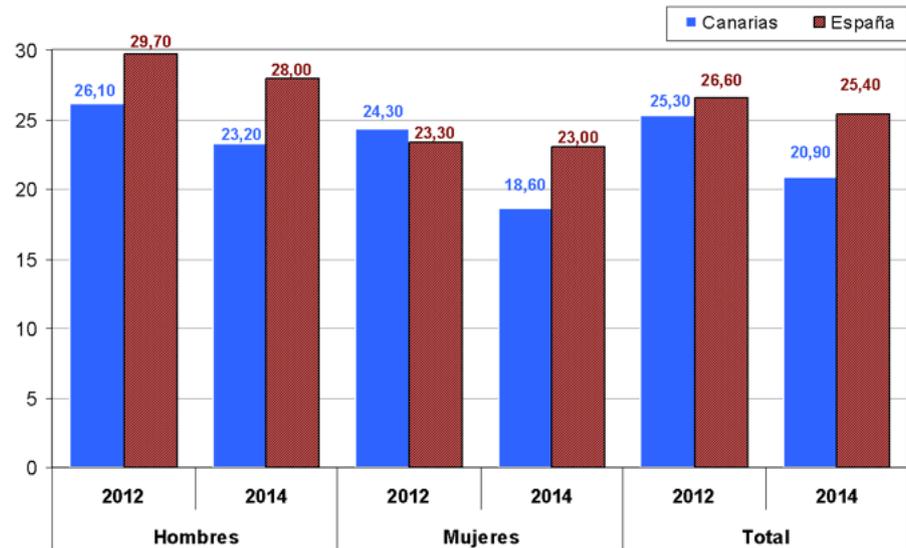
En relación a la prevalencia de **consumo de hipnosedantes** (tranquilizantes y/o somníferos), según los resultados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2013, se observa que ha ido aumentando de forma generalizada tanto en Canarias como a nivel estatal, ampliándose ligeramente el diferencial en 2013, de manera que en ese año el 28,5% de la población canaria de 14 a 65 años declaraba haber tomado hipnosedantes alguna vez en la vida. Este crecimiento ha sido fundamentalmente a expensas de los tranquilizantes ya que los somníferos han mostrado cierta estabilidad. De hecho, en Canarias la población que ha consumido tranquilizantes alguna vez prácticamente triplica a la que ha tomado somníferos (2,8 veces superior). En jóvenes menores de 35 años el consumo de hipnosedantes, con o sin receta, es inferior al de alcohol, tabaco y cannabis (EDADES 2015-2016).

En el año 2014, la prevalencia de **consumo de cannabis** en los últimos 12 meses entre los estudiantes de secundaria de Canarias era de un 20,9%, por tanto, inferior al 25,4% correspondiente a la media de las comunidades autónomas. En el gráfico se muestra la distribución del consumo para ambos sexos, en los años 2012 y 2014, observando que la prevalencia ha disminuido en ese periodo, tanto en hombres como en mujeres, y que las cifras desagregadas se mantienen por debajo de las correspondientes a la media nacional.

La edad de inicio de consumo de cannabis se situó en los 14,8 años, tanto en los escolares canarios como de España.

**Gráfico 9****Porcentaje de consumidores de cannabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años.**

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. MSSSI.*



Sin embargo, en población adulta (15 a 64 años) el porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 12 meses obtenido a partir de los resultados de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España realizada de 2013, era similar en Canarias y en España, tanto el porcentaje total (9,3% vs. 9,2%) como el declarado por sexos (hombres: 13% vs. 12,9% y mujeres: 5,5% vs. 5,4%). En este grupo la edad media de inicio es a los 18,6 años.

## ÁREA DE IMPACTO 2

**Introducción del principio de la Salud en todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.**

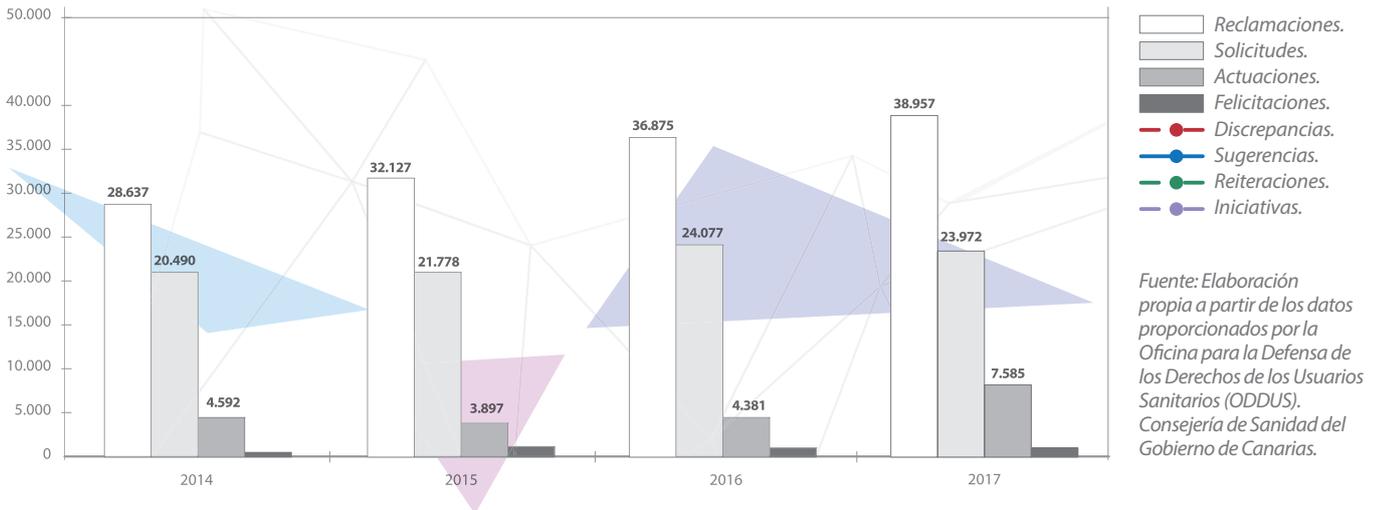
### 2.1. Participación ciudadana y Consejos de Salud.

#### Reclamaciones al Servicio Canario de la Salud.

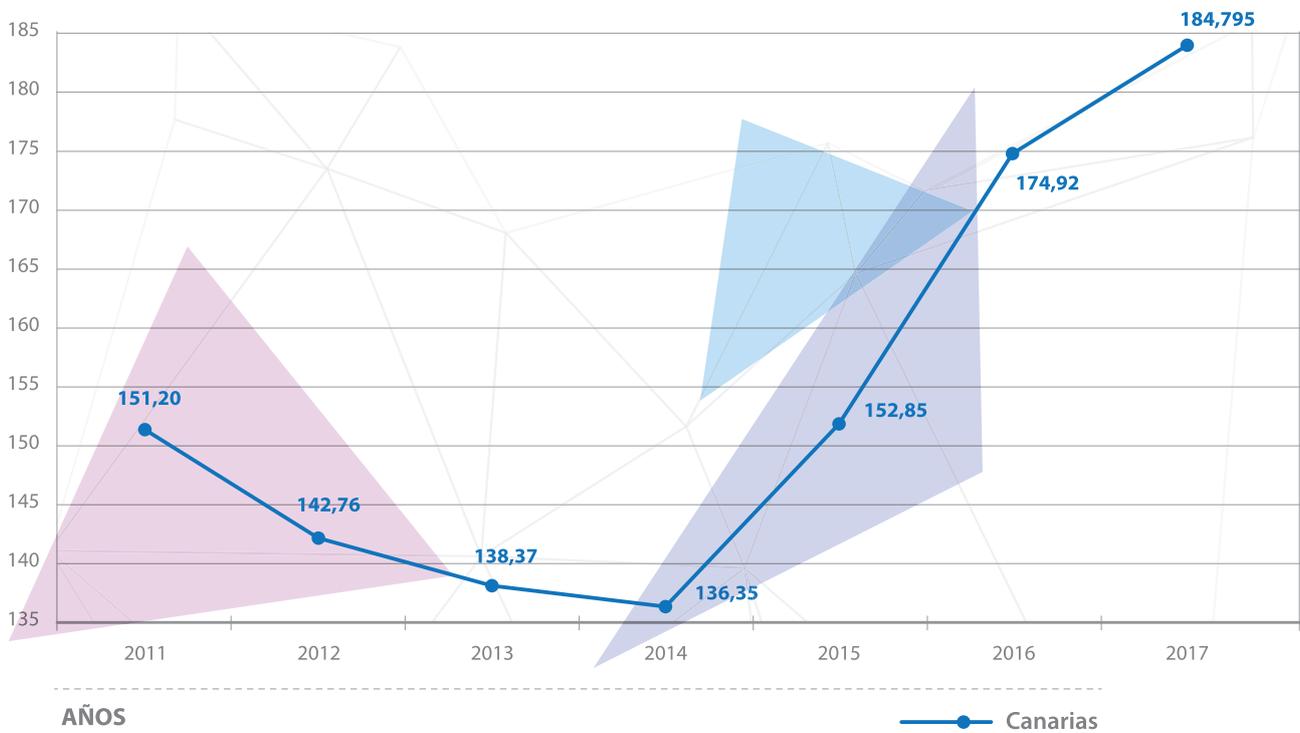
Mediante las reclamaciones, quejas y sugerencias los usuarios del SCS ejercen el derecho a manifestar su opinión sobre la asistencia, el trato, la información, la organización, la hostelería-habitabilidad-confort y otras cuestiones relativas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos.

Al considerar el detalle de las comunicaciones a la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), durante el periodo 2014-2017, se observa un incremento progresivo de expedientes tramitados a expensas fundamentalmente de los correspondientes a las reclamaciones y solicitudes, que además son las más frecuentes. Le siguen, en orden decreciente, los expedientes debidos a actuaciones, felicitaciones, sugerencias, discrepancias, reiteraciones e iniciativas.

**Gráfico 10. Comunicaciones a la ODDUS.**



Tras haber sufrido un descenso continuo desde el año 2011, el número de reclamaciones anuales empieza a incrementarse de forma progresiva a partir del año 2014. En ese año se presentaron 28.637 reclamaciones con una tasa de 136,4 reclamaciones por 10.000 habitantes. En el año 2016 el número de reclamaciones fue de 36.875, lo que supuso una tasa de 174,9 reclamaciones por 10.000 habitantes. En el año 2017 el número de reclamaciones fue de 38.961, con una tasa de 184,8 reclamaciones por 10.000 habitantes. La tasa de variación media anual en el periodo 2014 - 2017 ha sido del 10,7%.

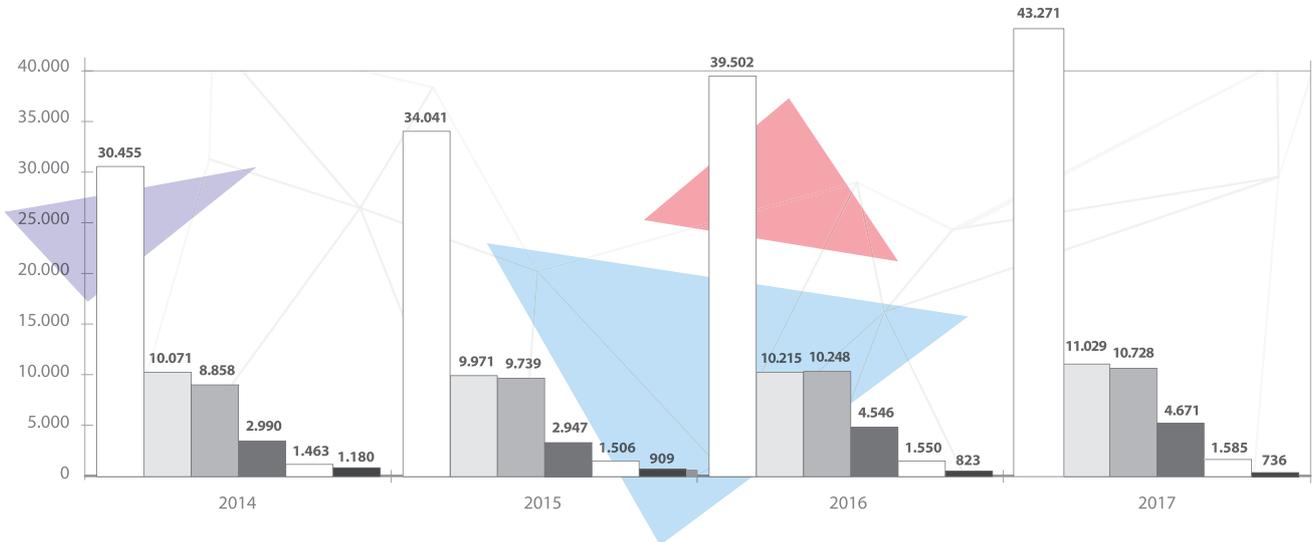
**Gráfico 11****Tasa de reclamaciones por 10.000 habitantes.**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la ODDUS y por el Censo de Población de Canarias.

Si se considera el motivo de las diferentes solicitudes y reclamaciones en los últimos años, el agrupador denominado "Organización" es el más frecuente y se refiere, entre otros motivos, a las listas de espera (quirúrgica, pruebas complementarias y consultas hospitalarias), cambios de médico, solicitud de segundas opiniones, citas, etc. Le siguen en frecuencia los relacionados con la información y por causas asistenciales.

**Gráfico 12**

**Motivo de las solicitudes y reclamaciones a la ODDUS.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por la Oficina para la Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS). Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

- Organización.
- Información
- Asistencial
- Otros
- Trato
- Hostelería/Habitabilidad/Confort

# ÁREA DE IMPACTO 3

**Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes.**

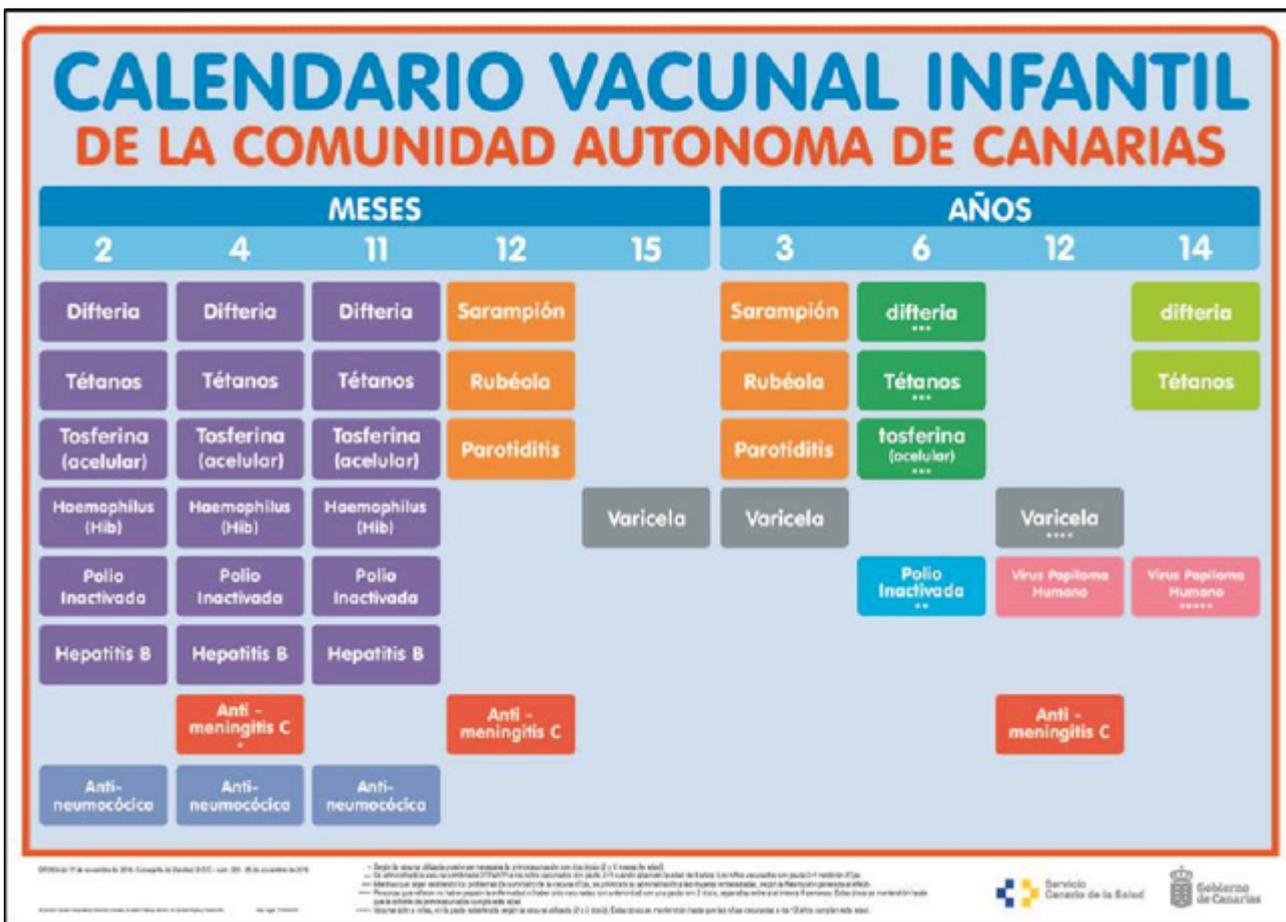
## 3.1. Mejora de la coordinación entre la DGSP y centros asistenciales.

En este epígrafe se han considerado las actividades preventivas coordinadas tanto por la DGSP como por la DGPPAA.

# 1- PROGRAMAS DE VACUNACIÓN.

## Vacunación infantil.

Para esta evaluación se ha considerado el Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias que se aprobó por Orden de la Consejería de Sanidad, de 17 de noviembre de 2016. En él se introdujeron modificaciones en la pauta de vacunación frente a Difteria/Tétanos/Tosferina, Polio, Haemophilus y Hepatitis B. Es el siguiente:



Fuente: Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del SCS.

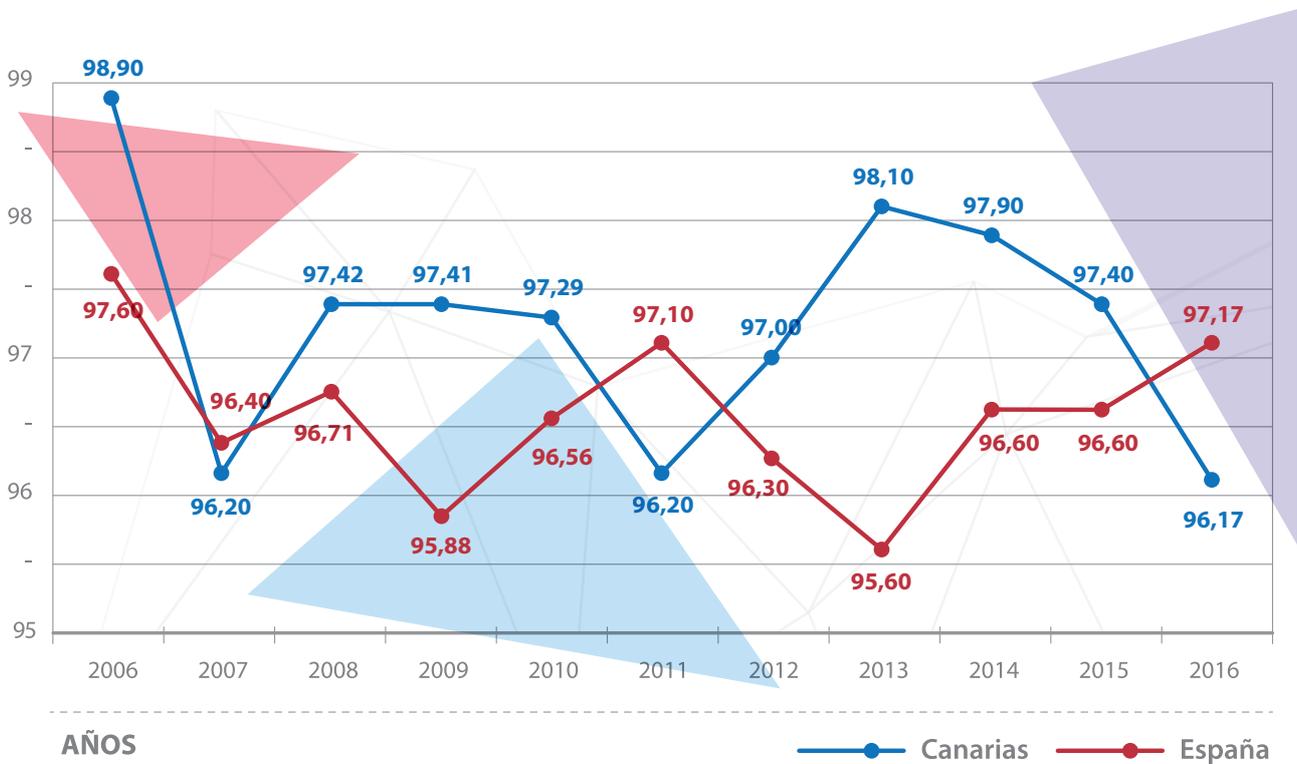
En el año 2016, la cobertura de vacunación infantil era del 96,2% para la primovacuna (2 meses a 1 año), que incluye: vacuna frente a la Poliomielitis (VPI: 3 dosis), Difteria-Tétanos y Tosferina acelular (DTPa: 3 dosis), Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae serotipo b (Hib: 3 dosis), Hepatitis B (HB: 3 dosis) y Antineumocócica Conjugada (VCN: 2 dosis). La cobertura para la vacunación de refuerzo (1 a 2 años) se situaba en el 93,3% (VPI, DTPa, Hib y vacuna frente al meningococo serogrupo C). Para la triple vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) nos encontramos coberturas del 95,1% para la primera dosis (12 meses) y del 93% para la segunda dosis (3-4 años).

En adolescentes las coberturas de vacunación son inferiores: 73% para la vacuna frente a Tétanos y Difteria de Adultos, 77,8% para Meningitis C y 85,3% para el virus del Papiloma Humano (VPH).

En los siguientes gráficos se muestra la evolución de las coberturas de vacunación de la poliomielitis (3 dosis) y de la triple vírica (2ª dosis) a lo largo del período 2006-2016; en ellos se observa que en la mayoría de años las coberturas en Canarias se mantienen en valores más altos que en el conjunto de comunidades autónomas, no obstante, en 2016 experimentan un descenso por debajo de la media nacional, situándose las coberturas en el 96,2% y en el 93,1%, respectivamente.

**Gráfico 13**

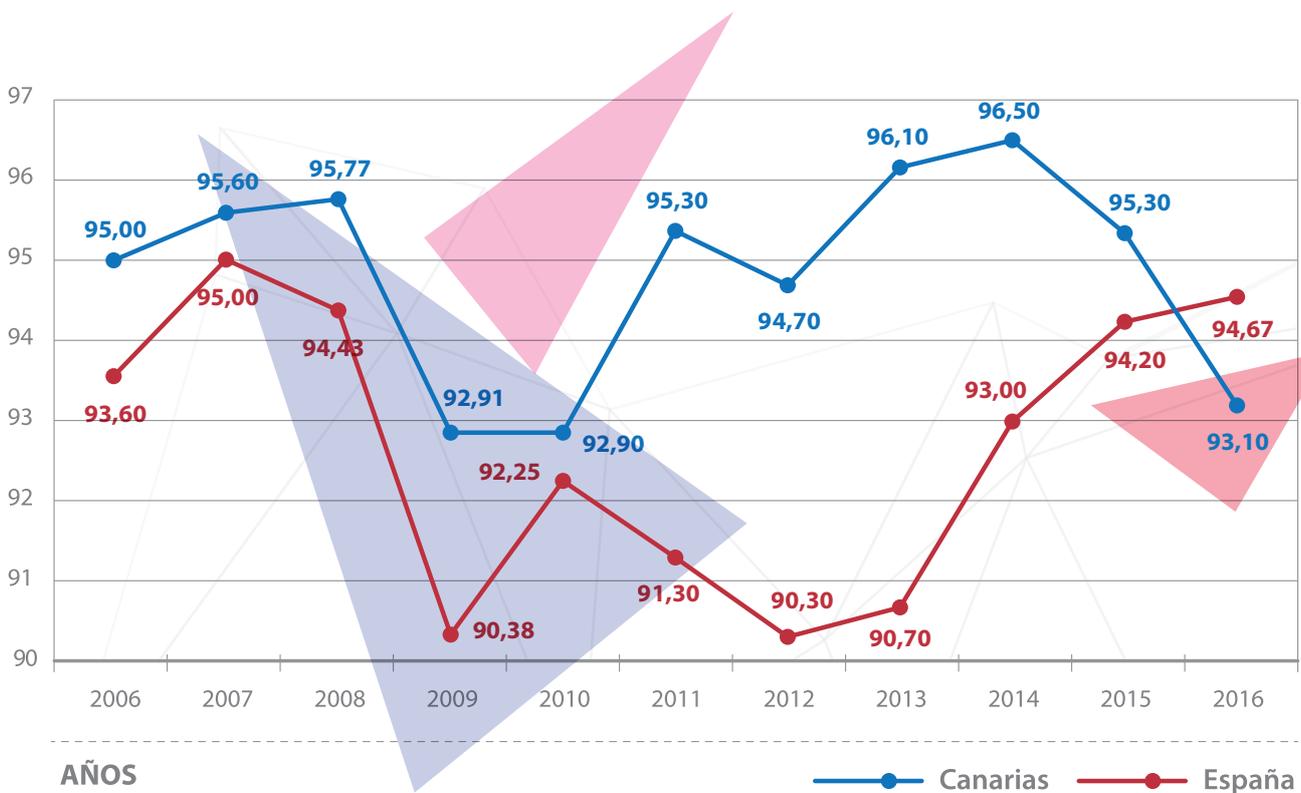
**Vacunación frente a la poliomielitis (primovacunación).**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

**Gráfico 14**

**Vacunación triple vírica (refuerzo).**

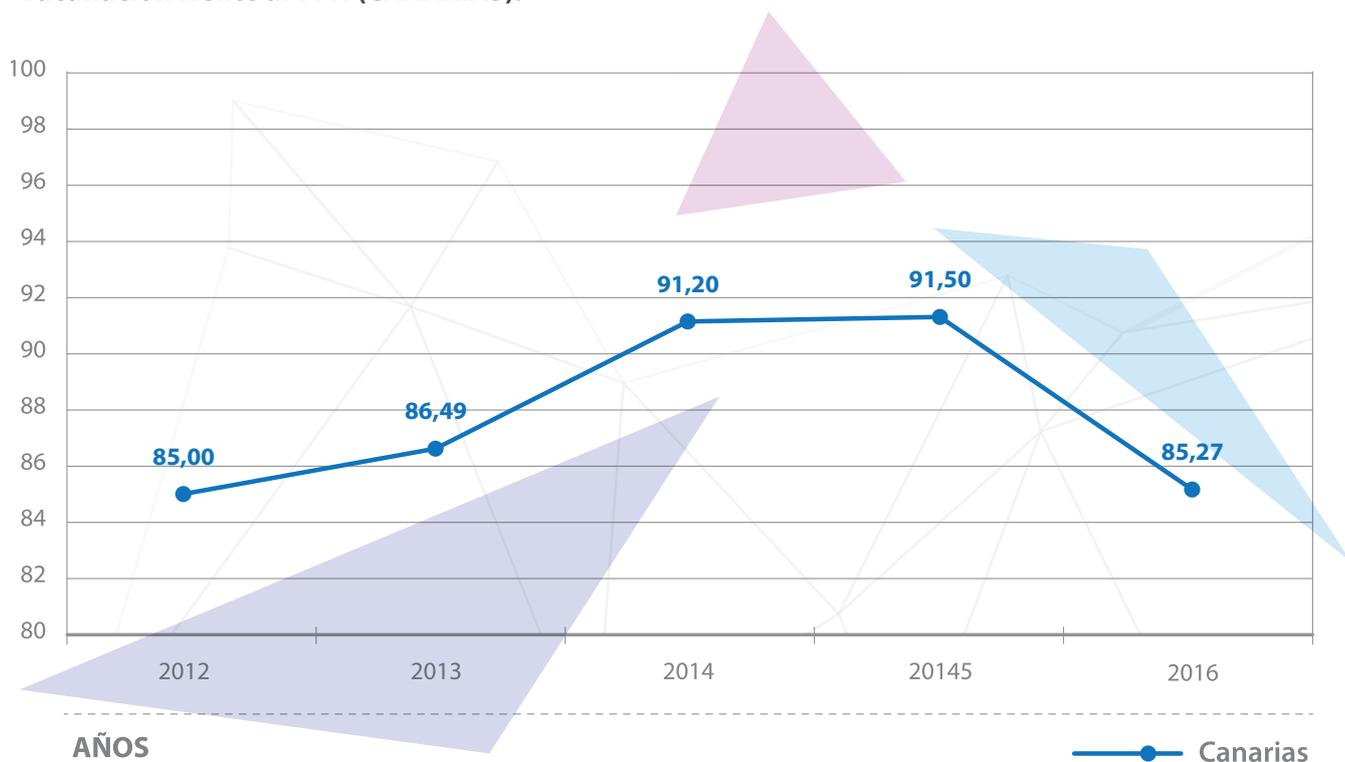


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

Por otra parte, en relación a la vacuna frente al VPH, en la Orden de 20 de febrero de 2015, por la que se aprueba el Calendario Vacunal Infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias, se adelanta la edad de vacunación de modo que pasa a administrarse a los 12 años siguiendo las recomendaciones de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. La cobertura ha ido aumentando hasta el año 2014 para mantenerse en el año 2015 y disminuir luego en el año 2016, hasta situarse en el 85,3%.

Gráfico 15

Vacunación frente al VPH (CANARIAS).



Fuente: Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del SCS.

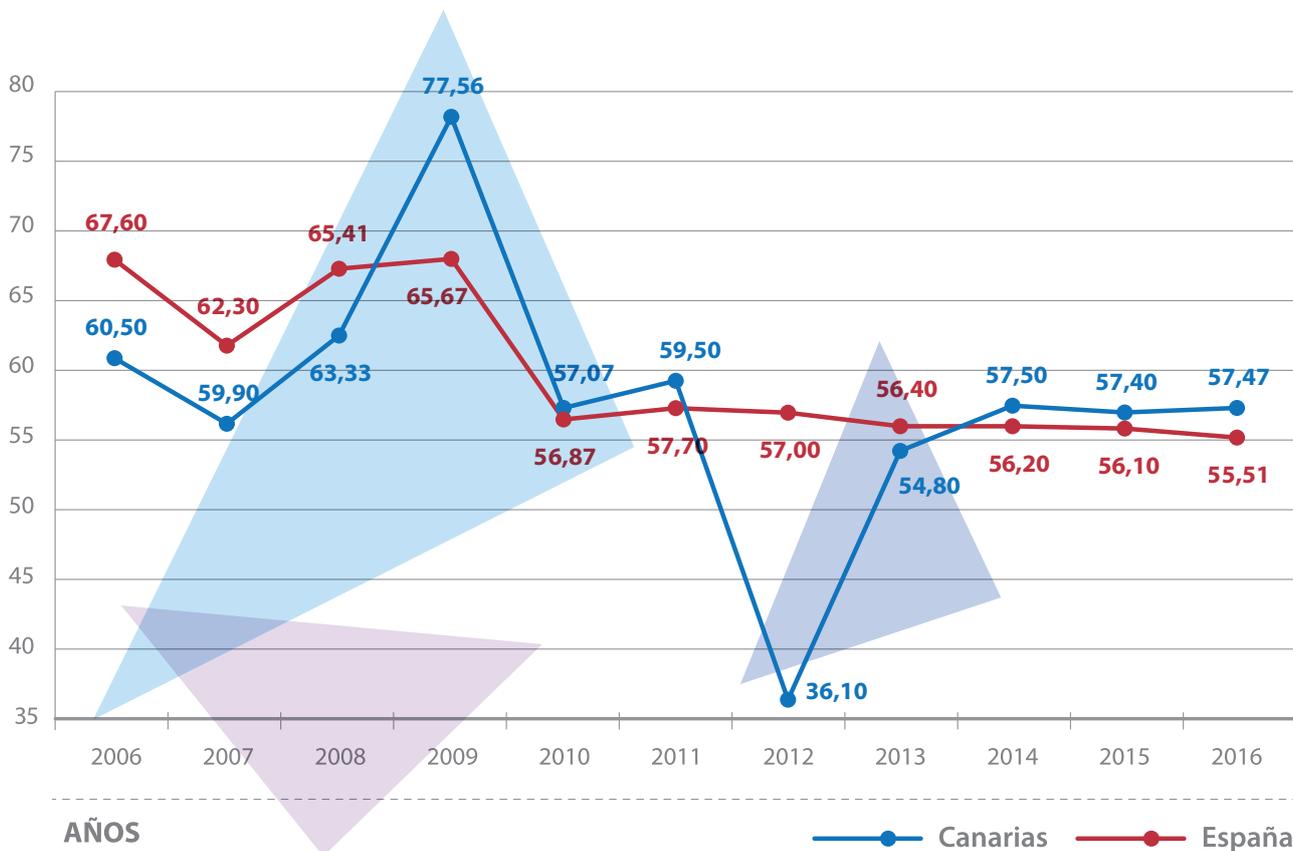
Vacunación del adulto.

Las políticas vacunales se han ido extendiendo a la población adulta con el objetivo de complementar el programa de vacunación infantil, reforzando el impacto de las vacunas en el control de determinadas enfermedades transmisibles. En la Orden de 20 de febrero de 2015 se aprueba el Calendario Vacunal Sistemático del Adulto de la Comunidad Autónoma Canaria, en el que se incorpora la vacunación con dTpa (Vacuna combinada contra **Difteria-Tétanos-Tosferina**) en mujeres embarazadas (entre la semana 28 y la 36). También se implementa la vacunación con vacuna **antineumocócica** conjugada frente a 13 serotipos a adultos con un determinado perfil de riesgo, junto a la vacunación frente al **VPH** a las mujeres que hayan sufrido un proceso excisional en el cuello del útero.

En relación a la vacunación contra la **gripe**, en la campaña 2016-2017 se alcanzó una cobertura vacunal del 57,5% en población de 65 y más años, muy similar a la de la temporada anterior. Si la comparamos con la media nacional se observa que en Canarias, desde el año 2009, la cobertura se mantiene en valores superiores, a excepción de la registrada en los años 2012 y 2013 produciéndose en ese año una caída que alcanzó el 36,1%. Por otra parte, señalar que en la última campaña 2016-2017 la cobertura en embarazadas mejoró ostensiblemente (5,4% a 14,9%) así como la cobertura entre el personal sanitario cuyo incremento fue de unos 2 puntos porcentuales (15,9% a 18%) respecto a la campaña anterior.

Gráfico 16

Vacunación frente a la gripe en población de 65 o más años.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

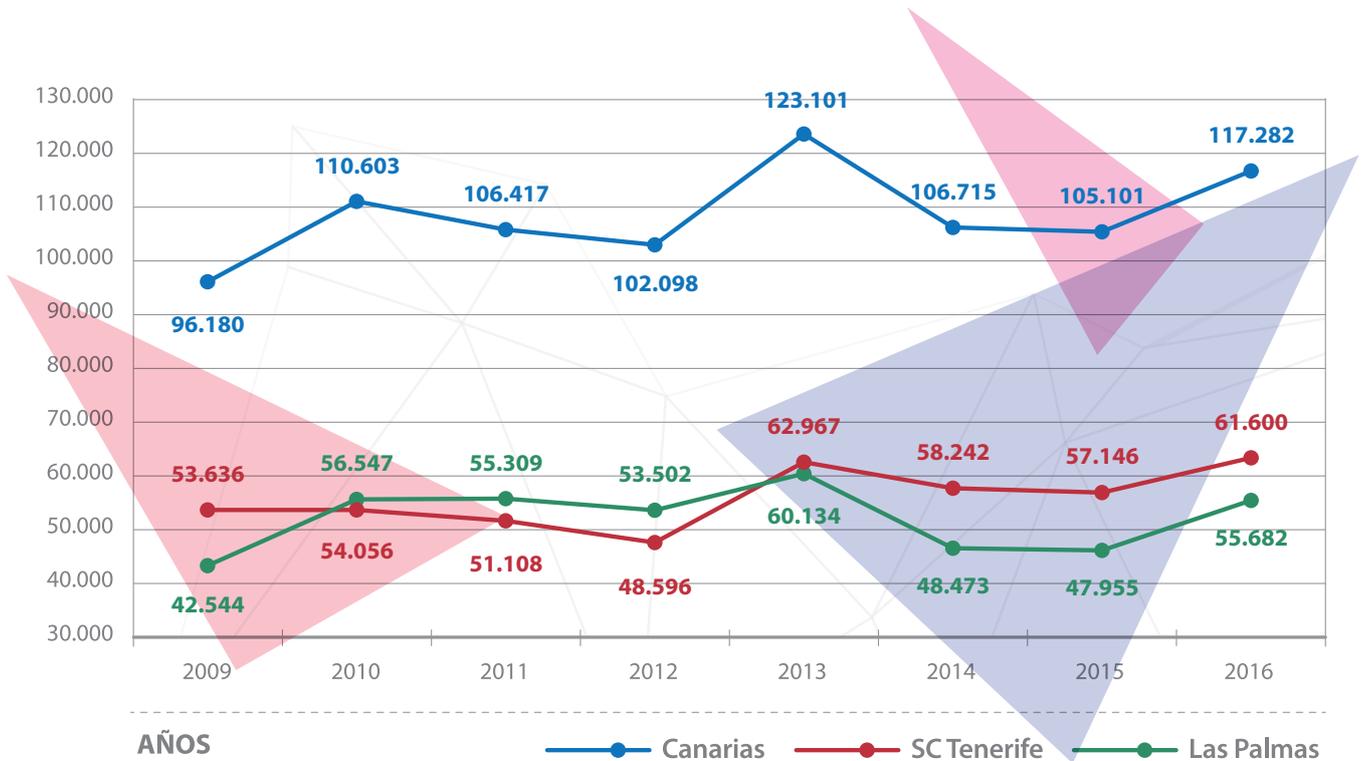
## 2- DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA Y COLON.

### Cribado de cáncer de mama.

El porcentaje de mujeres mayores de 20 años con mamografía realizada ha ido mejorando a lo largo de los años como se observa en los resultados de las sucesivas Encuestas de Salud realizadas en Canarias. Esta mejoría parece ser debida fundamentalmente a las actividades del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama en Canarias: según recoge la ESC15, la recepción de una carta o llamada del programa aparece como principal motivo para su realización (41,8%), seguido por la recomendación de su médico (31,1%) y por padecer algún problema, síntoma o enfermedad (16,7%). En el grupo de **mujeres de 50 a 69 años**, que constituye la población diana específica del cribado, el porcentaje que declara como motivo la captación por el programa se eleva al 57,3%. El número de mujeres citadas ha ido en ascenso pasando de 96.180 en el año 2009 a 117.282 en 2016.

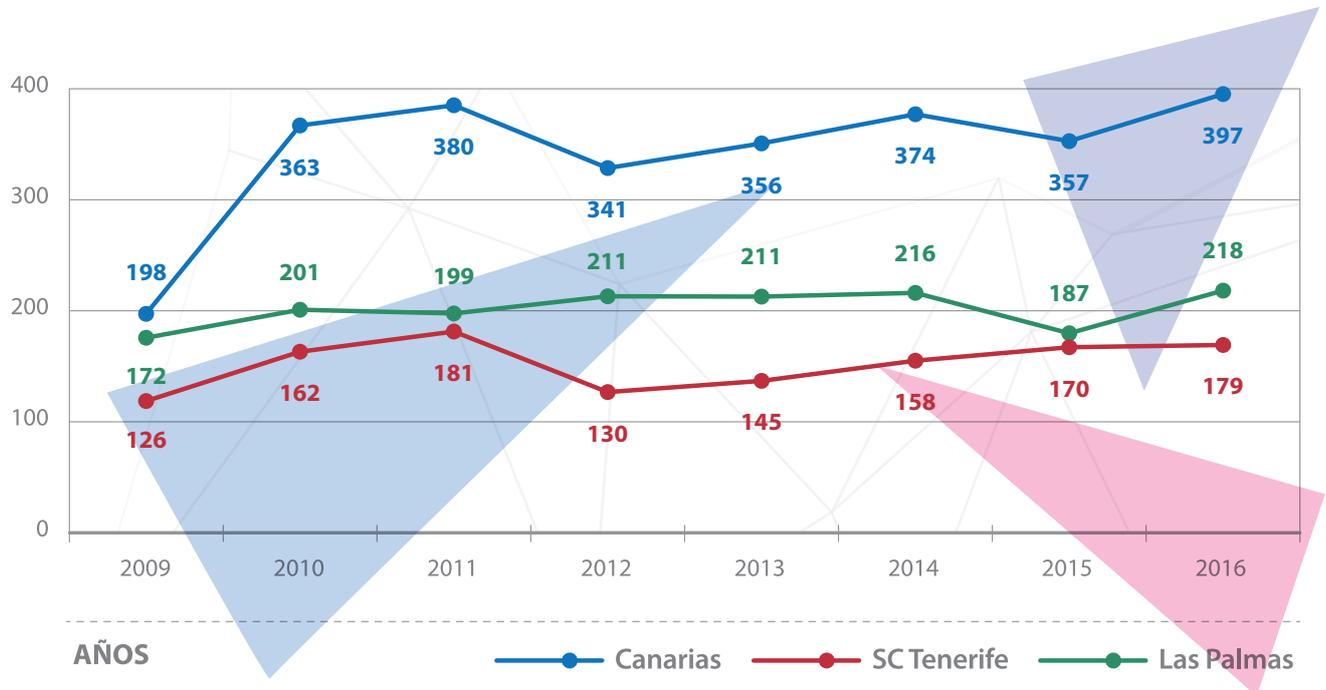
**Gráfico 17**

**Número de mujeres citadas para el cribado de cáncer de mama.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

La asistencia a las citas ha pasado del 62,3% de 2009 al 70,5% de 2016, y el porcentaje de mujeres que fueron derivadas al hospital para estudio tras realizarse la mamografía, del 2,82% al 3,78%. En el mismo periodo han sido detectados por el programa 2.766 casos de cáncer de mama, siendo el número de casos anuales los que se representan en el siguiente gráfico.

**Gráfico 18****Número de casos de cáncer de mama detectados por el programa de cribado.**

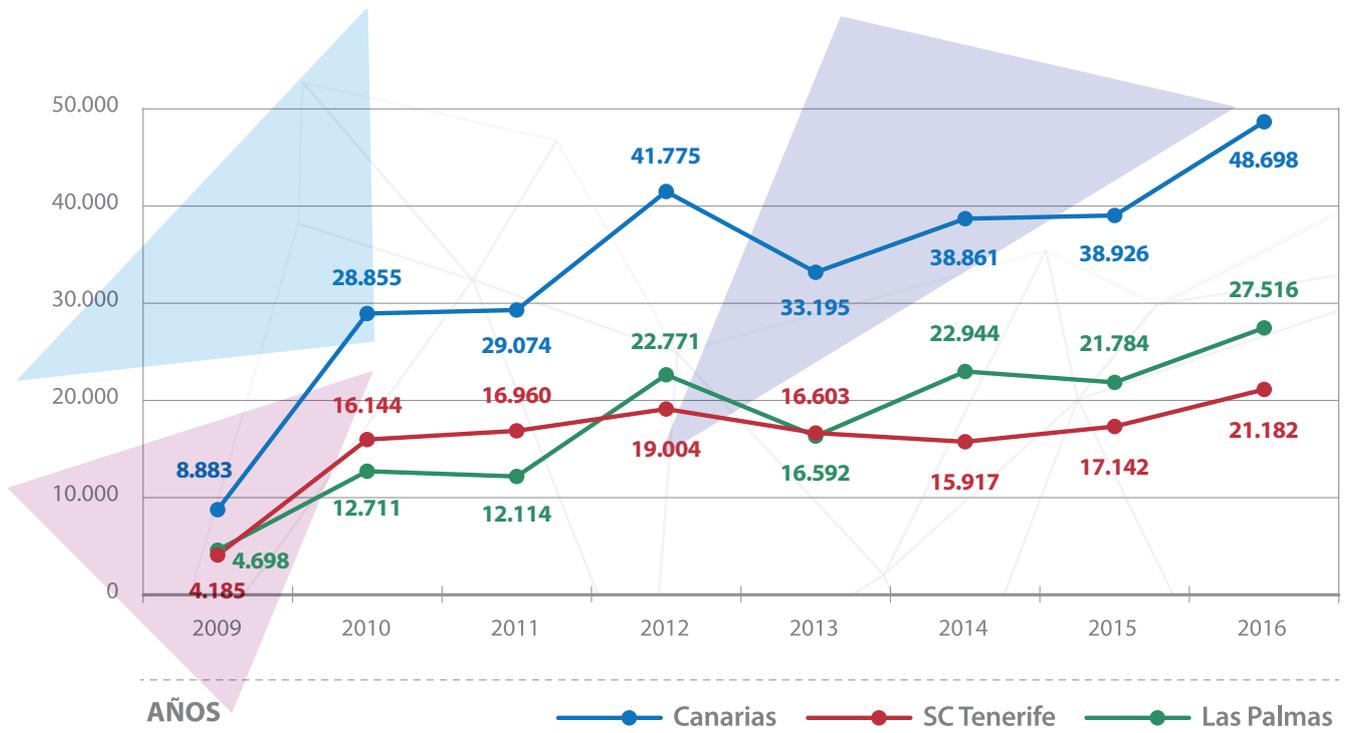
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

**Cribado de cáncer de colon.**

El programa se encuentra en fase de desarrollo. La población diana son las personas entre 50 y 69 años. En 2017 se alcanzó una cobertura de aproximadamente un tercio de la población diana. El número de personas citadas para el cribado ha evolucionado como se muestra en el gráfico, oscilando entre las 8.883 de 2009 y las 48.698 de 2016.

**Gráfico 19**

**Número de personas citadas para el cribado de cáncer de colon.**

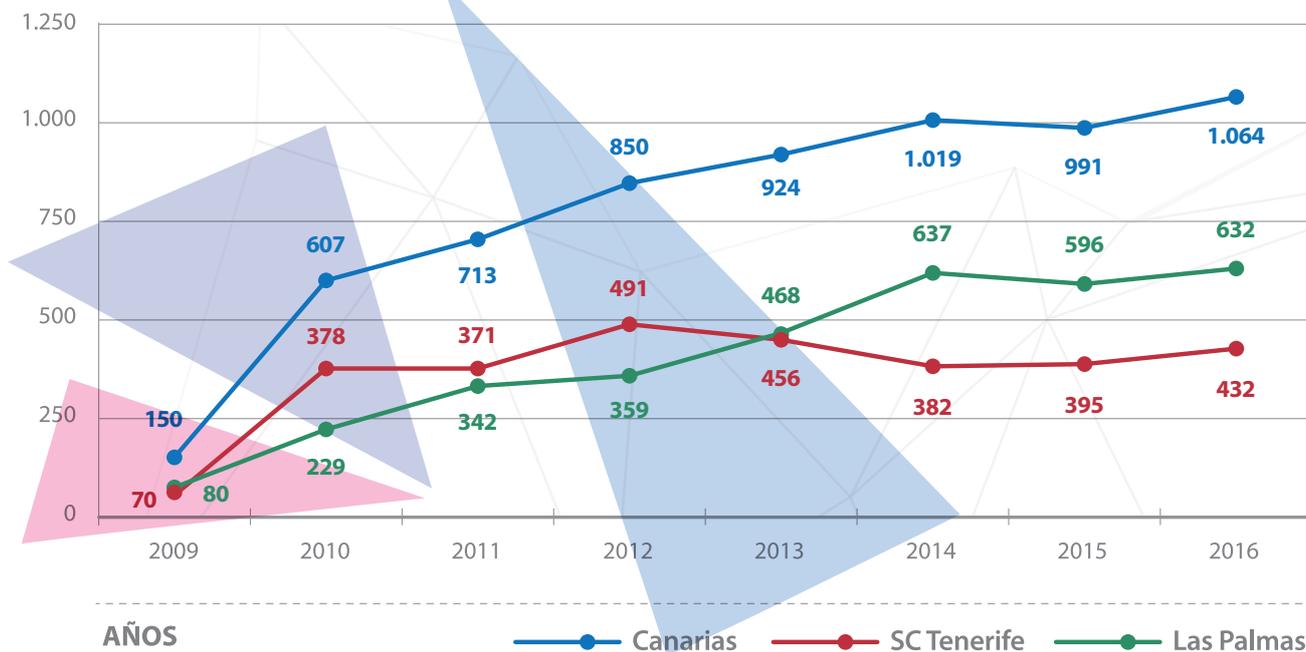


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

El porcentaje de asistencia a las citas ha sido variable a lo largo de los años, partiendo de un 27,3% en 2009 hasta situarse en el 44,5% en 2016. Un total de 6.318 personas han sido derivadas al hospital para estudio mediante colonoscopia, situándose el promedio del porcentaje de positivos en la prueba de cribado en el 5,2%. Hasta la fecha, se han detectado por el programa 304 casos de cáncer de colon.

Gráfico 20

## Número de personas con prueba de cribado de cáncer de colon positiva.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

### 3- RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Destaca la colaboración de todos los centros sanitarios del SCS en la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica, que incluye, entre otros: las notificaciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), la notificación de situaciones epidémicas y brotes o los sistemas específicos de vigilancia (para la gripe, sarampión rubéola, enfermedad invasora por neumococo, intoxicación por ciguatera, etc.). Se facilita la integración de esta red en la actividad asistencial, a través de la historia de salud electrónica DRAGO.

La incidencia anual de los casos de **enfermedades transmisibles** sometidas a vigilancia epidemiológica permite conocer el comportamiento de estas enfermedades y la efectividad de las actividades, programas y servicios puestos en marcha. En el año 2015 se consolidó en Canarias la adaptación, iniciada en 2014, del Sistema de EDO a los cambios introducidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, adecuándose a lo establecido por la normativa europea. En la actualidad, la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica contempla 63 EDO, de las que 60 son comunes a todas las CCAA y 3 son propias de Canarias: "Intoxicación Alimentaria por ciguatera", "Otros Procesos Diarreicos" y "Otras meningitis" (ORDEN de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias de 17 de agosto de 2015 publicada en el BOC núm. 166, de 26/08/2015).

**Enfermedades transmitidas por alimentos y agua.**

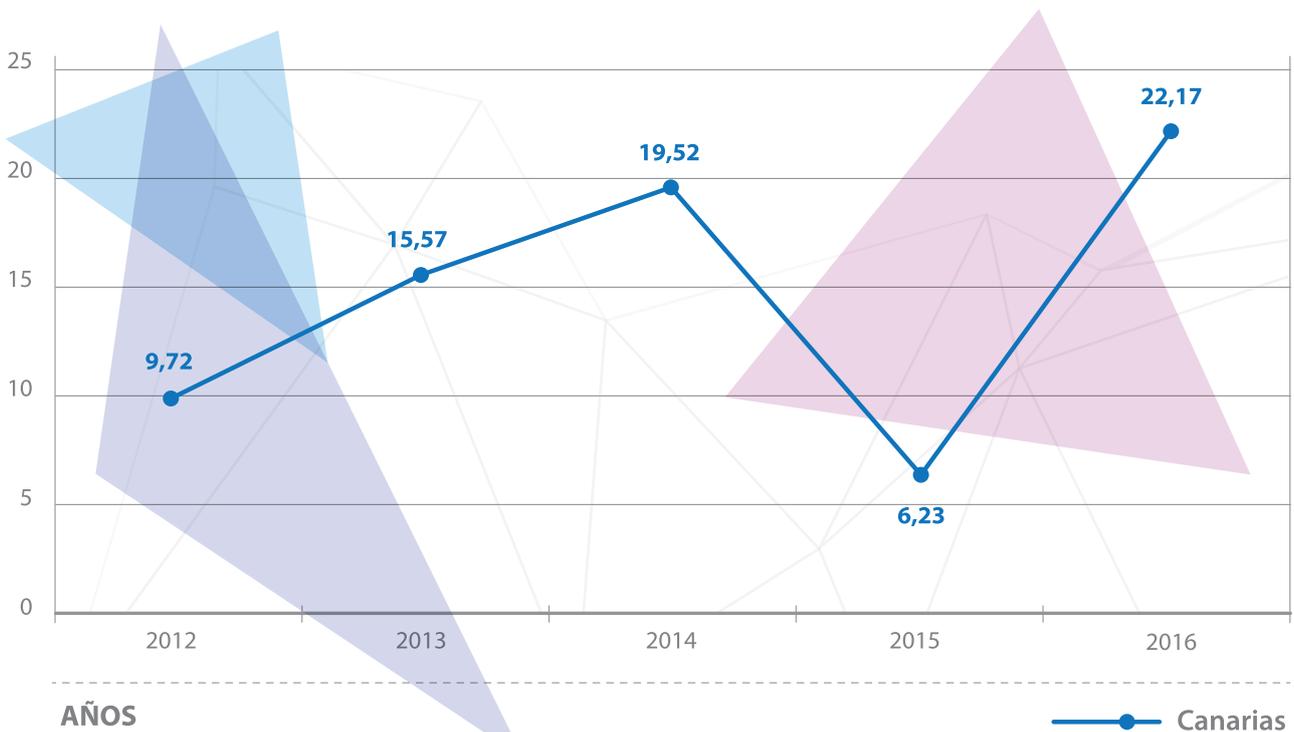
Las toxiinfecciones alimentarias constituyen la principal causa de brotes en Canarias tanto por la frecuencia de aparición como por la carga de enfermedad.

En los últimos 5 años la **tasa de incidencia de toxiinfecciones alimentarias** ha tenido una presentación irregular. En el periodo que va desde el año 2012 al 2014 se observa una primera elevación de la tasa, situándose en 2014 en 19,5 casos por 100.000 habitantes para luego descender a 6,2 casos por 100.000 y ascender de nuevo en 2016 hasta alcanzar los 22,2 casos por 100.000 habitantes.

En ese mismo periodo se notificaron 126 brotes alimentarios con 1.544 afectados produciéndose el 61,1% en el ámbito de la restauración colectiva e identificándose a la Salmonella como principal agente causal.

**Gráfico 21**

**Tasa de incidencia (por 100.000 hab.) de toxiinfecciones alimentarias.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Epidemiología –S.C.S.

En cuanto al número de brotes de **enfermedades asociadas a la contaminación del agua de consumo**, no se registró ningún brote entre los años 2012 y 2016 según los datos ofrecidos por el Servicio de Epidemiología de la DGSP del SCS.

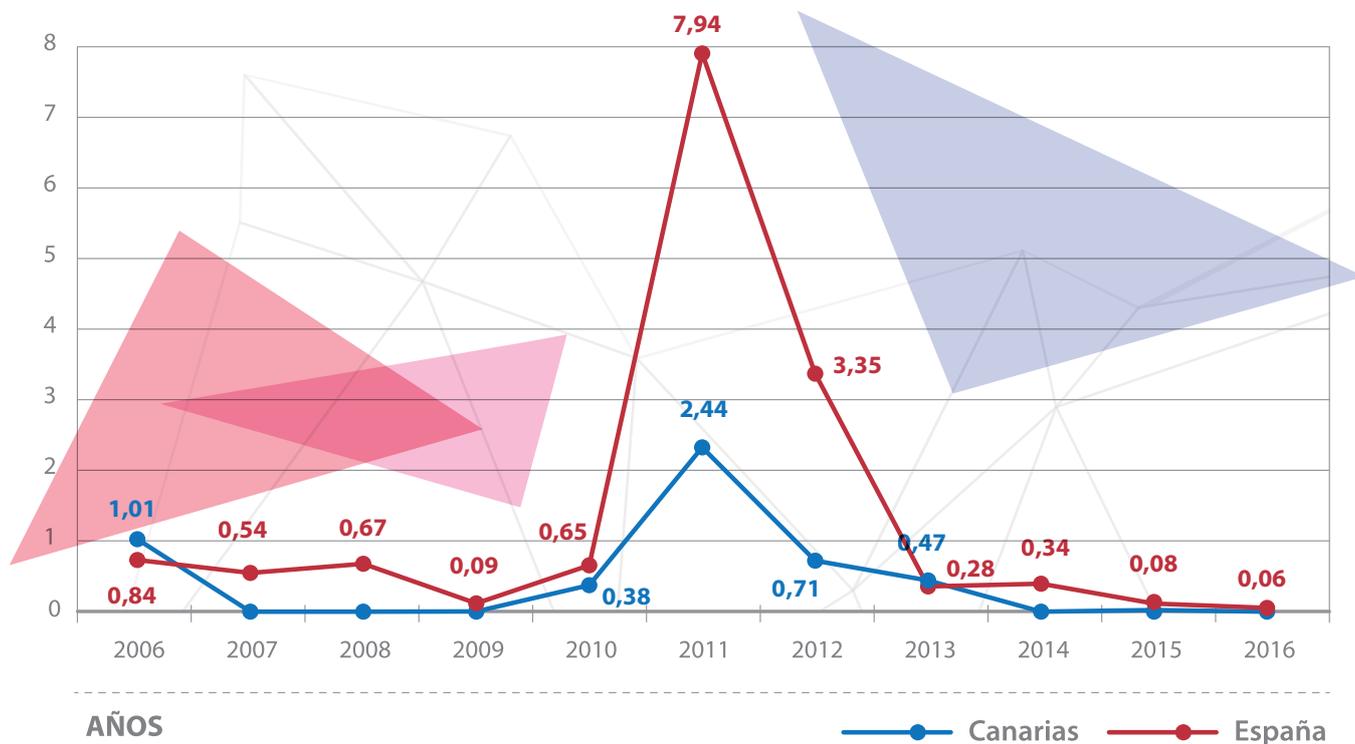
**Enfermedades prevenibles por vacunación.**

**Sarampión.**

En España, el Plan de Eliminación del Sarampión se inició en 2001 partiendo de elevadas coberturas de vacunación con triple vírica (>95% desde 1999), baja incidencia de enfermedad (<1 por 100.000 habitantes) y capacidad para establecer el sistema de vigilancia requerido. En Canarias, a partir del año 2007 la tasa de incidencia anual de sarampión se ha mantenido por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes, salvo en los años 2011 y 2012 en los que se registró la mayor onda epidémica de sarampión de los últimos años. En el periodo 2014-2016 no ha sido declarado ningún caso de sarampión en Canarias.

**Gráfico 22**

**Tasa de Incidencia x 100.000 de sarampión.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

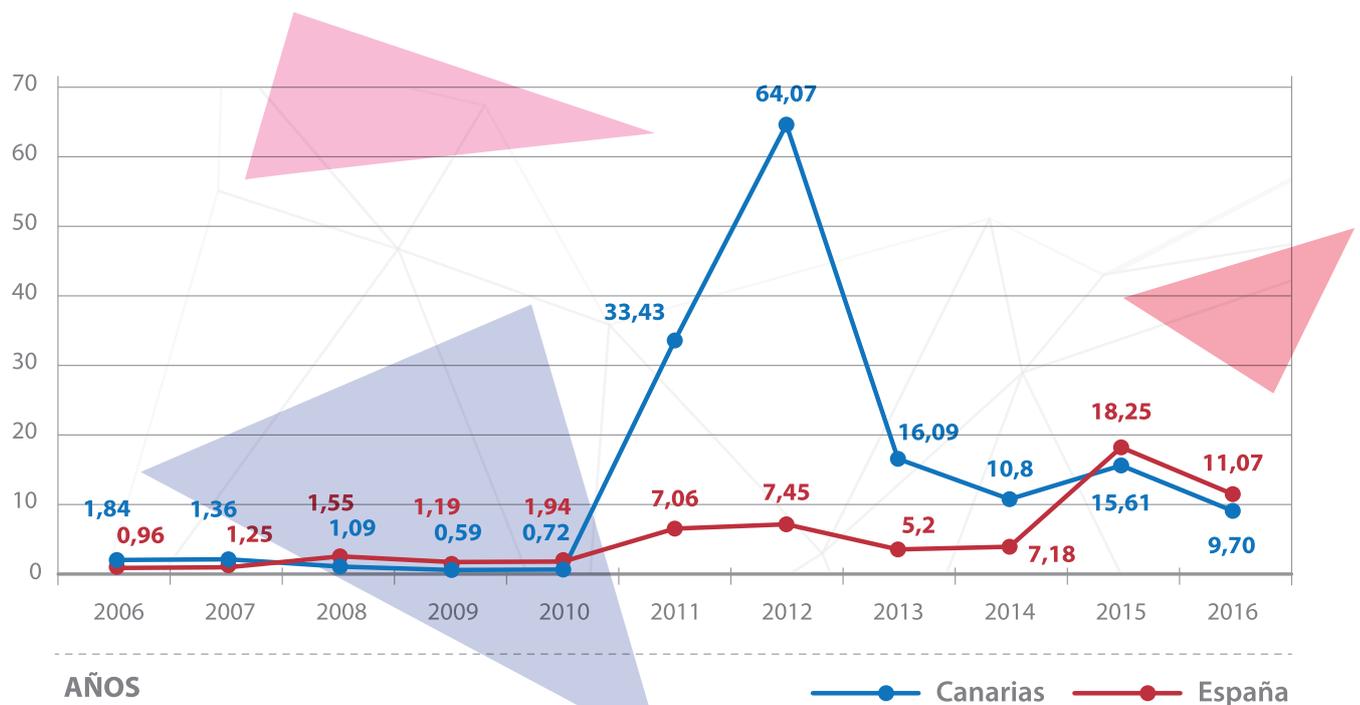
**Tosferina.**

A pesar de que las coberturas de vacunación son altas en España, se observan ciclos epidémicos de tosferina cada 3 a 5 años que afectan fundamentalmente a niños de 2-3 meses de edad que aún no han sido vacunados, motivo por el que en el año 2015 se aprueba la inclusión en el calendario vacunal del adulto de la vacunación frente a la tosferina en embarazadas a partir de las 28 semanas de gestación.

El comportamiento de la tasa de incidencia anual de tosferina ha cambiado a partir del año 2011, año en que se inicia una onda epidémica. A partir de 2013, la incidencia disminuye pero sin alcanzar los valores previos al año 2011, llegando a situarse en el año 2016 en 9,7 casos por 100.000 habitantes, por tanto, por debajo de 11,1 casos por 100.000 habitantes que fue la tasa media en todo el territorio nacional.

**Gráfico 23**

**Tasa de Incidencia x 100.000 de tosferina.**



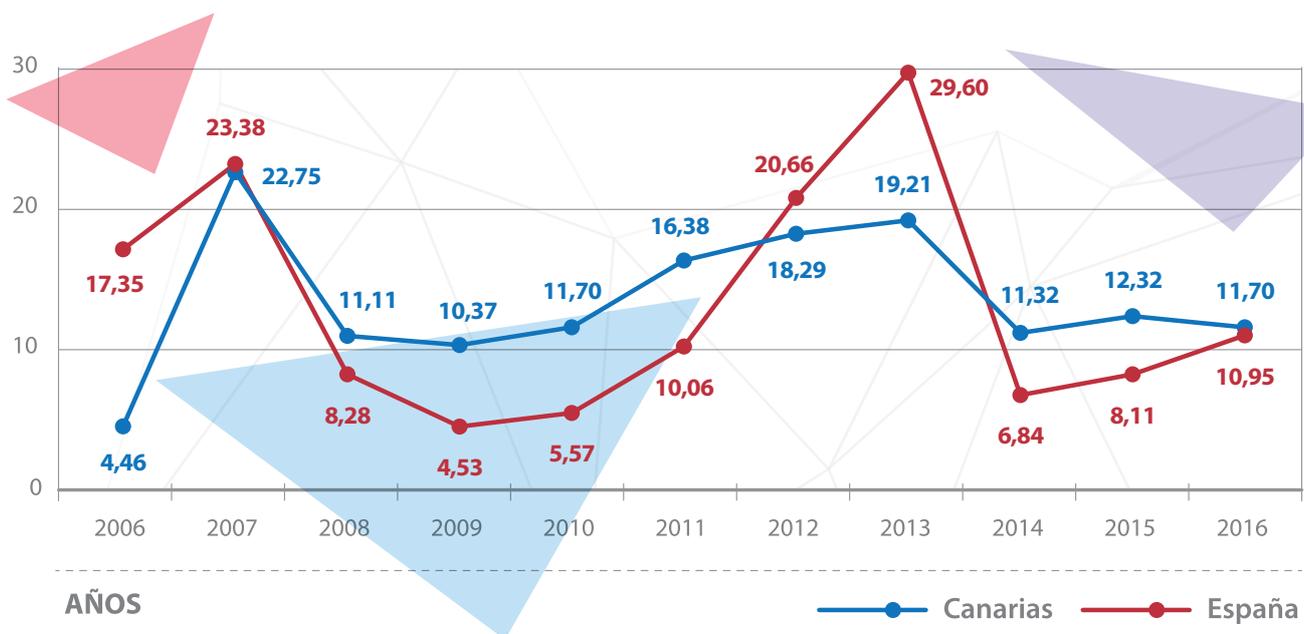
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

**Parotiditis.**

La parotiditis es una enfermedad estacional altamente epidémica que se presenta en ondas multianuales. En el período contemplado, de 2006 a 2016 se observa la aparición de una onda que finaliza en el año 2009 y la siguiente, que va de 2010 a 2014. Las altas coberturas vacunales han contribuido a que la incidencia anual de parotiditis se mantenga por debajo de los 25-30 casos por 100.000 habitantes. En los años 2015 y 2016, Canarias ha presentado tasas de incidencia de 12,3 y 11,7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, frente a los 8,1 y 11 casos por 100.000 habitantes de media para el conjunto de CCAA.

**Gráfico 24**

**Tasa de Incidencia x 100.000 de parotiditis.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

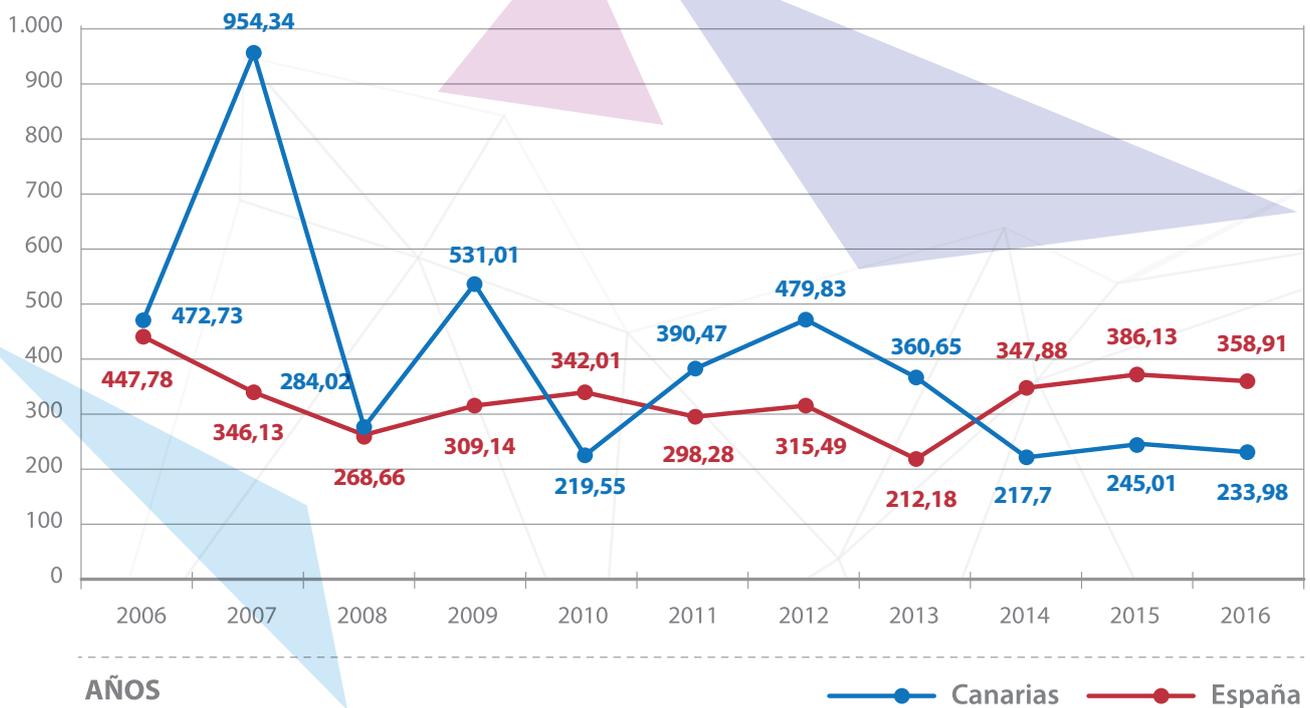
**Varicela.**

En España, la incidencia anual de varicela a partir de su introducción en el calendario vacunal presenta un cambio significativo en la tendencia. En el período de estudio (2006-2016) las ondas epidémicas no han afectado por igual ni al mismo tiempo a todas las comunidades autónomas. En Canarias se alcanzaron picos máximos de incidencia en 2007 (954,3), 2009 (531) y 2012 (479,8), reduciéndose posteriormente en los últimos años la tasa de incidencia a 245 por 100.000 (2015) y 234 por 100.000 habitantes (2016) lo que la sitúa por debajo de la tasa media nacional en esos años.

A partir de 2015 la vacunación frente a la varicela forma parte del Calendario Vacunal Infantil de Canarias con una dosis a los 15 meses de edad (nacidos a partir del 1 de enero de 2015), y una dosis de recuerdo a los tres años.

**Gráfico 25**

**Tasa de Incidencia x 100.000 de varicela.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

### Enfermedades de transmisión respiratoria.

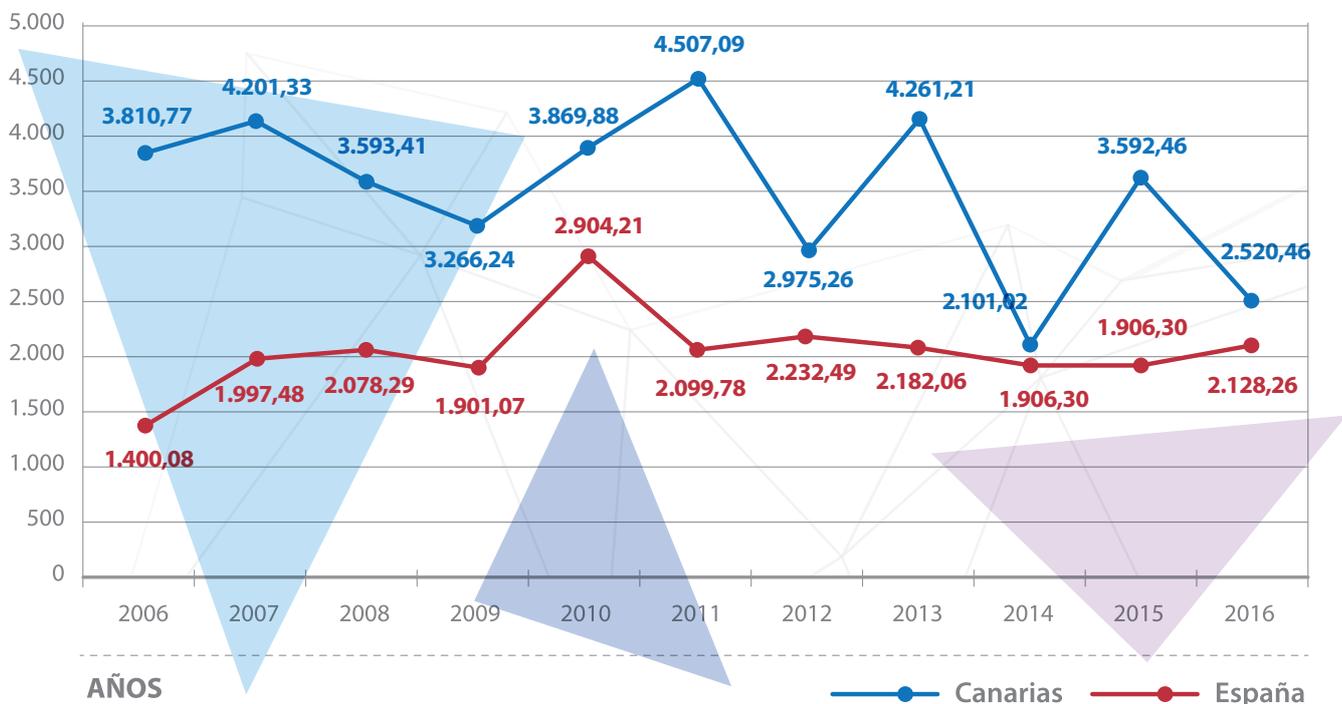
#### Gripe.

La gripe representa un importante problema de salud pública ya que las epidemias estacionales anuales se asocian a mayores tasas de hospitalización y de mortalidad, así como a una mayor demanda de recursos sanitarios. La vacunación de los grupos de alto riesgo constituye la medida de control más eficaz.

La incidencia de la gripe en Canarias se ha situado durante el periodo 2006-2016 por encima de la media nacional, en concreto, en 2015 la diferencia entre ambas fue de 1.686,2 casos por 100.000 y en 2016, de 392,2 casos por 100.000 habitantes. La gráfica de tendencia muestra la aparición de varios picos epidémicos, el primero, más acentuado en el año 2011, otro en 2013 y, finalmente, el último en 2015 (corresponden a los años de finalización de cada temporada). Sin embargo, la tasa de incidencia media ha presentado cifras más mantenidas en el tiempo con oscilaciones menos acentuadas que se han situado entre los 1.400,1 y los 2.128,3 casos por 100.000 habitantes en los extremos de la serie.

Gráfico 26

#### Tasa de Incidencia x 100.000 de gripe.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto de Salud Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

**Legionelosis.**

La legionelosis es una EDO sometida a vigilancia epidemiológica. Su relevancia, desde el punto de vista de la salud pública, radica en su frecuente aparición en forma de brotes (comunitarios y nosocomiales), su letalidad en personas de edad avanzada o con enfermedades subyacentes y en la posibilidad de ser prevenida mediante el control de dispositivos y sistemas que utilizan agua a determinada temperatura; además, por el impacto en la economía de comunidades autónomas con un importante sector turístico, como es el caso de Canarias. La DGSP y las Áreas de Salud del SCS desarrollan el programa de prevención de legionelosis en instalaciones de riesgo ambiental basado en inspecciones sanitarias de comprobación de las condiciones de las instalaciones.

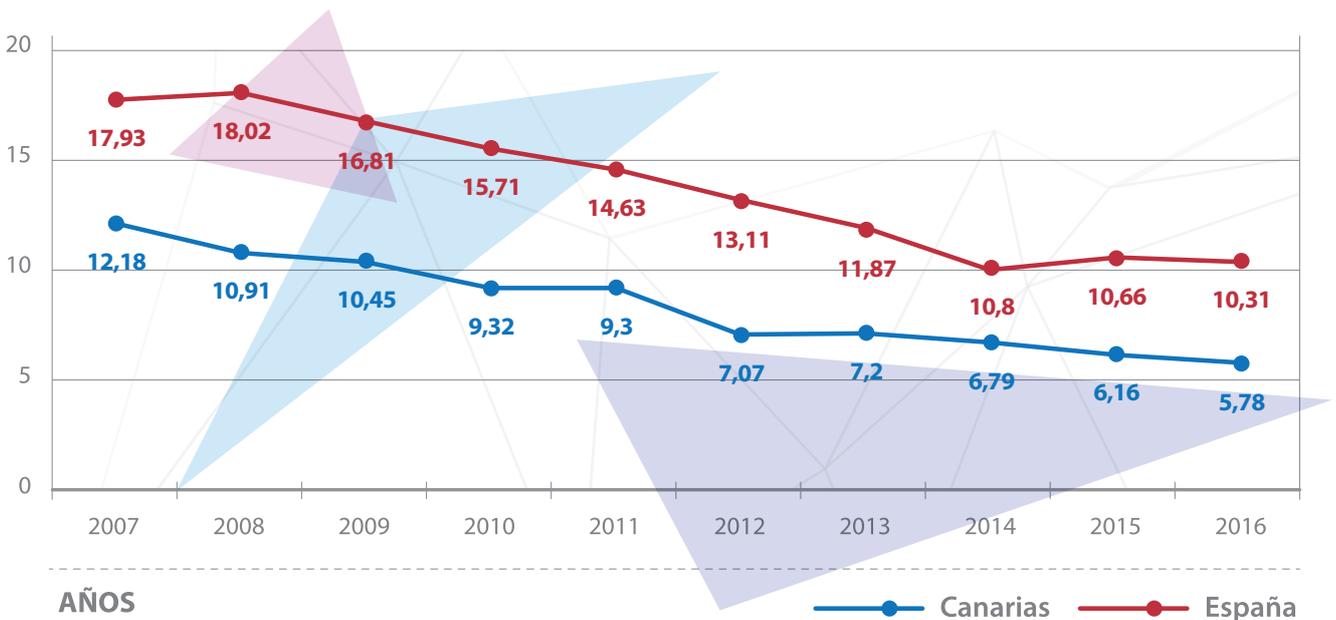
CANARIAS	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa de infección por Legionella por 100.000 habitantes	0,6	0,2	0,3	0,4	0,6

Fuente: Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del S.C.S.

**Tuberculosis.**

Durante los años 2015 y 2016 se notificaron un total de 153 y 125 casos nuevos de tuberculosis en Canarias respectivamente, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 6,2 y 5,8 casos por 100.000 habitantes. A lo largo del periodo 2007-2016 la incidencia de tuberculosis se ha mantenido siempre por debajo de la media española, que fue de 10,3 casos por 100.000 en 2016, y en ambos casos la tasa ha ido disminuyendo de forma continuada.

**Gráfico 27. Tasa de infección por tuberculosis x 100.000 habitantes.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Instituto de Salud Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

### Enfermedades de transmisión sexual y parenteral.

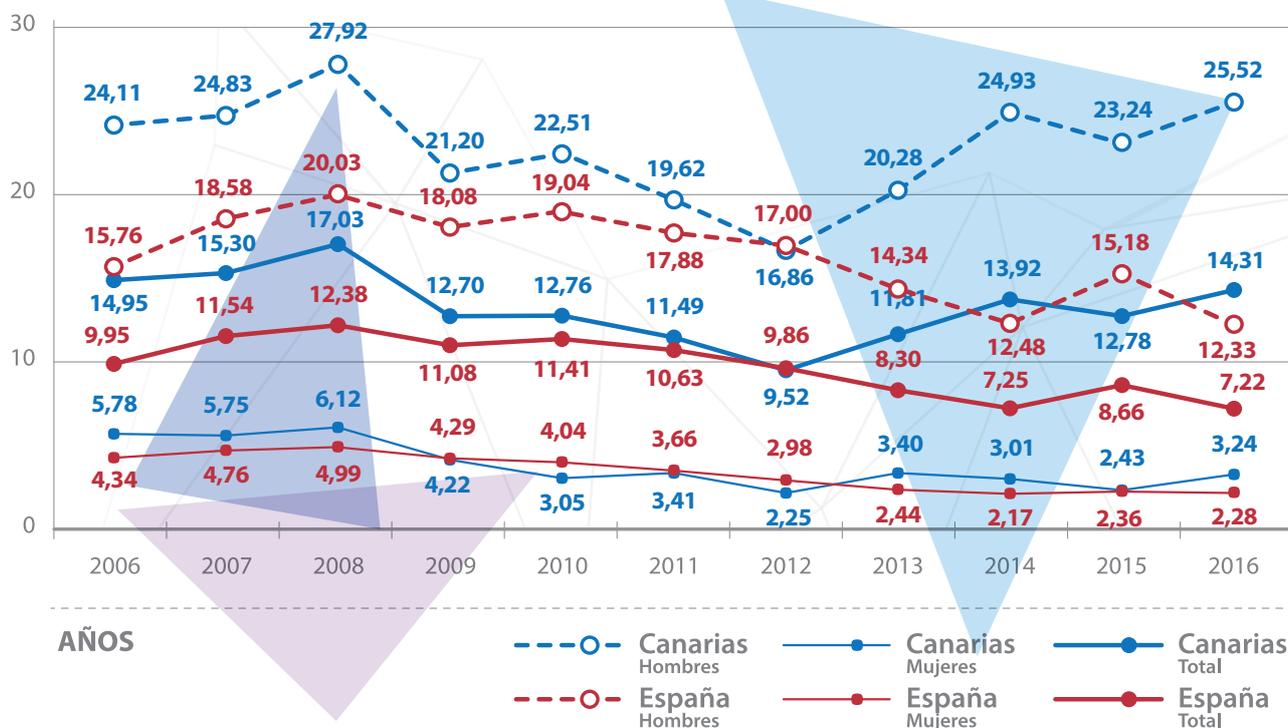
#### VIH.

La tasa de incidencia de nuevas infecciones por el VIH en el año 2016 en Canarias fue prácticamente el doble que la declarada a nivel nacional, situándose en 14,3 casos por cada 100.000 habitantes, superando por tanto en unos 7,1 nuevos casos a la tasa de incidencia media. Las diferencias entre ambas tasas habían desaparecido en 2012 pero, a partir de ese año, se produce un cambio en la tendencia a expensas del número de nuevos casos detectados en hombres de manera que se llegan a alcanzar tasas de incidencia similares a las de los años 2006 y 2007. Este comportamiento no se observa por igual en la tasa de incidencia media de España, que ha seguido disminuyendo paulatinamente en los últimos años. En ambos casos la incidencia en hombres supera de manera importante a la de las mujeres.

En Canarias, el principal mecanismo de transmisión en el total de casos es el sexual, fundamentalmente en la categoría de hombres que tiene sexo con hombres, seguido de la transmisión heterosexual y de los usuarios de drogas inyectadas.

Gráfico 28

Tasa de infección por VIH x 100.000 habitantes.



Fuente: Sistema de información sobre Nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). Secretaría del Plan Nacional Sobre Sida. MSSSI/Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

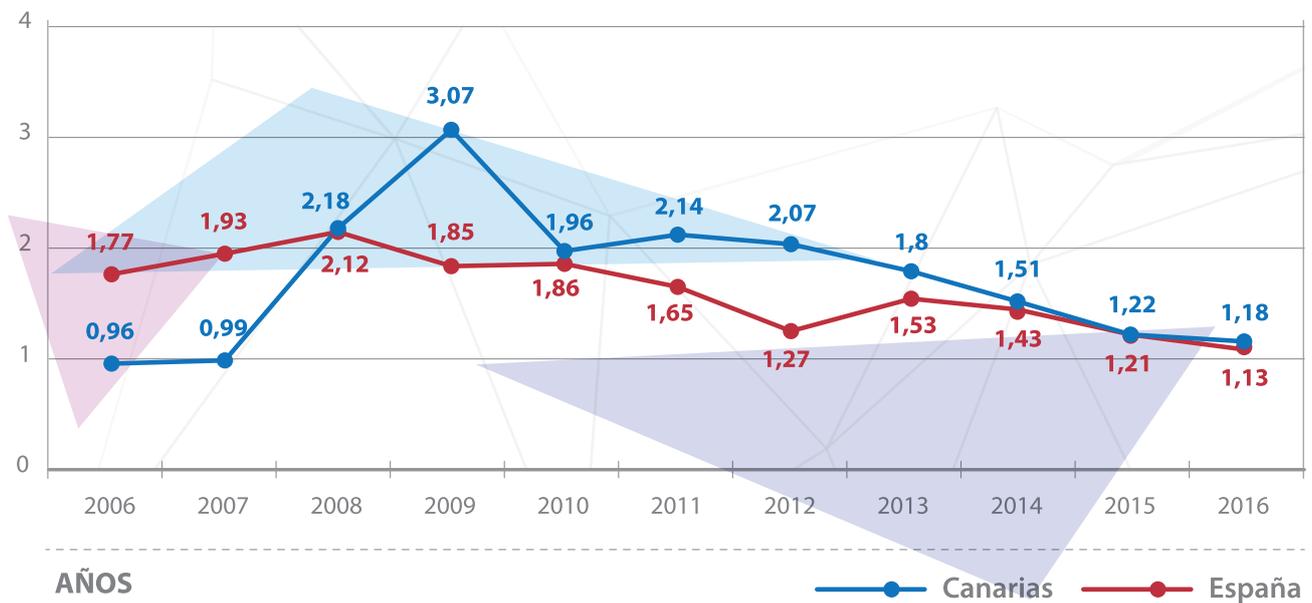
### Hepatitis B

La incidencia de hepatitis B ha ido disminuyendo progresivamente desde el año 2011, pasando de 2,1 casos a 1,2 casos por 100.000 habitantes en 2016, casi coincidente con la tasa de incidencia media (1,1). Por el sistema de EDO se notificaron en Canarias 37 casos en 2014, 28 en 2015 y 25 casos en 2016.

La vacuna frente a la hepatitis B forma parte del calendario de vacunación infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias desde el año 1999.

**Gráfico 29**

**Tasa de infección por Hepatitis B x 100.000 habitantes.**



Fuente: Sistema de información sobre Nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). Secretaría del Plan Nacional Sobre Sida. MSSSI/ Instituto Carlos III. Mº de Economía y Competitividad.

## 4. SALUD AMBIENTAL Y CALIDAD DEL AGUA.

### 4.1. Calidad atmosférica.

En coherencia con lo establecido en el I Plan de Salud de Canarias, aprobado por Decreto 3/1997 de 21 de enero, se encomienda al SCS que establezca un sistema de información dirigido a la población general, sobre el estado del ambiente atmosférico en los núcleos poblacionales de mayor riesgo.

El desarrollo experimentado en los países occidentales a lo largo de este siglo ha sido paralelo al deterioro de la calidad del aire. La contaminación atmosférica es uno de los problemas que se presentan en las grandes ciudades y procede principalmente de las emisiones a la atmósfera originadas por el parque de vehículos y las industrias.

La degradación del aire está ocasionando serias alteraciones sobre el ecosistema natural, contribuyendo al deterioro del medio biológico, físico, químico y por tanto a la salud humana.

Los efectos adversos que produce la inhalación de contaminantes atmosféricos han preocupado y preocupan actualmente a la Salud Pública. En los últimos 50 años se ha aportado evidencia directa de que la contaminación puede suponer un riesgo para las poblaciones y se ha demostrado la necesidad de la existencia de programas de control para proteger la salud, así como el desarrollo de distintos estándares de los niveles de inmisión en el ámbito internacional.

Los contaminantes emitidos llegan a un medio dinámico que es la atmósfera y según sean las condiciones meteorológicas pueden favorecer o no la dispersión y el transporte de los mismos.

Estas sustancias afectan finalmente a las personas, animales, al medio natural y a los materiales; sin embargo, la relación entre la calidad del aire en un momento determinado y la cantidad de contaminante emitido no es proporcional, sino que requiere un complejo sistema de análisis de la calidad del aire, que se realiza de forma continua en las redes de vigilancia.

La vigilancia de la calidad del aire se realiza midiendo los niveles de inmisión (la concentración media de los diferentes contaminantes atmosféricos presentes en el aire ambiente durante un tiempo determinado), y reflejan la calidad del aire que respira la población. En nuestro territorio son controlados por la **Red de Vigilancia y Control de la Contaminación Atmosférica de Canarias (RVCCAC)**. Esta red está constituida por todas las estaciones de medida que determinan las concentraciones de los principales contaminantes de cada zona.

En Canarias, el origen de la contaminación atmosférica deriva de los vehículos y los procesos industriales de obtención de energía, potabilización de agua de mar y fraccionamiento y separación de productos derivados del petróleo. Esta contaminación la podemos calificar como baja. Sin embargo, en las dos capitales es moderada-baja, siendo más elevada en las zonas de mayor presión de tráfico o industria.

## Efectos

Una de las consecuencias más comunes de la contaminación del aire es la reducción de la visibilidad, pero los efectos más importantes son los que la contaminación produce en la salud humana. La naturaleza de la respuesta pulmonar depende de la concentración de los contaminantes, duración de la exposición a estos, y volumen del aire inspirado. Los efectos más importantes sobre las personas son:

### - Dióxido de Azufre (SO<sub>2</sub>)

Es un gas irritante que, a concentraciones muy altas, se relaciona con broncoconstricción, especialmente en asmáticos, debido a la contracción de la musculatura lisa e irritación de ojos y garganta.

La principal fuente del dióxido de azufre proviene del consumo de combustibles y la mayor concentración la aporta la industria, que consume grandes cantidades.

### - Óxidos de Nitrógeno (NO<sub>X</sub>)

El dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), que es altamente reactivo y el más tóxico de los compuestos de nitrógeno, se ha relacionado con el estrechamiento de las vías aéreas en personas asmáticas y en población no asmática.

**- Ozono (O3)**

En las capas bajas de la atmósfera es un contaminante. El O3 se forma como consecuencia de la emisión de otros contaminantes primarios como los óxidos de nitrógeno y los hidrocarburos, emitidos principalmente por el tráfico rodado y por la actividad industrial.

Las concentraciones elevadas de O3 producen una inflamación de todo el tracto respiratorio produciendo irritación de ojos, nariz y garganta, tos y dolor de cabeza.

**- Monóxido de Carbono (CO)**

El CO es generado principalmente por la combustión incompleta de los combustibles en motores de automóviles y es un contaminante muy tóxico a concentraciones altas, eleva las concentraciones de carboxihemoglobina relacionándose con efectos adversos como dolor de cabeza y vómitos.

**- Partículas**

Las partículas pueden clasificarse en dos grandes grupos: las partículas primarias son aquellas emitidas directamente a la atmósfera por focos de emisión, naturales o antropogénicos concretos. Las partículas secundarias son aquellas cuyo origen radica en la conversión de gas a partícula a partir de un foco de emisión de contaminantes gaseosos.

En Canarias el mayor aporte de partículas es de origen natural, como resultado de la invasión episódica de partículas del desierto del Sahara y del Sahel.

Las partículas más finas tienden a depositarse en el alveolo, ya que no pueden ser filtradas por la mucosa de la nariz. En grupos sensibles de sujetos con enfermedades pulmonares crónicas, estos aumentos en las concentraciones de partículas exacerban sus enfermedades.

**- Inquemados**

Los hidrocarburos no quemados (que resultan de la combustión incompleta y de los procesos de refinación del petróleo), en combinación con los óxidos de nitrógeno y en presencia de la luz solar, dan lugar a la formación de oxidantes fotoquímicos. Los principales efectos en la salud son: irritación de ojos, nariz, garganta, dolor de cabeza y náuseas.

El metano, el hidrocarburo más simple, junto con el dióxido de carbono y los óxidos de nitrógeno, son los principales causantes del efecto invernadero.

**Indicadores de calidad atmosférica**

Para evaluar la calidad atmosférica los indicadores que se tienen en cuenta son los siguientes:

- Exposición a PM10 (media anual) y a PM2,5 (media anual)
- Número de superaciones anuales de las normativas PM10, NO2, O3 y SO2.

Todos los valores de los anteriores indicadores se obtienen en las siguientes estaciones:

- Gran Canaria: Estación Mercado Central. Las Palmas de Gran Canaria.
- Tenerife: Estación Tomé Cano. Santa Cruz de Tenerife.

- La Palma: Estación Las Balsas. San Andrés y Sauces.
- La Gomera: Estación Res Escolar. San Sebastián de La Gomera.
- El Hierro: Estación Echedo. Valverde.
- Lanzarote: Estación Ciudad Deportiva. Arrecife.
- Fuerteventura: Estación Casa Palacio. Puerto del Rosario.

### Exposición media anual a PM10 y PM2,5:

**Tabla 4.1.1: Tabla de exposición media anual a PM10 y PM2,5 ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) por islas (2012 – 2017).**

Isla	Parámetro	Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gran Canaria	PM <sub>10</sub>	Exposición media anual	28	27	33	30	25	34
	PM <sub>2,5</sub>		10	11	9	24	13	13
Tenerife	PM <sub>10</sub>		20	22	16	21	18	26
	PM <sub>2,5</sub>		-	-	-	-	-	-
La Palma	PM <sub>10</sub>		15	17	15	19	17	25
	PM <sub>2,5</sub>		-	-	-	-	-	-
La Gomera	PM <sub>10</sub>		-	1	21	-	22	-
	PM <sub>2,5</sub>		-	-	-	-	-	-
El Hierro	PM <sub>10</sub>		17	18	19	28	19	26
	PM <sub>2,5</sub>		-	-	-	-	-	-
Lanzarote	PM <sub>10</sub>		25	25	32	26	21	27
	PM <sub>2,5</sub>		4	5	7	5	5	9
Fuerteventura	PM <sub>10</sub>		18	26	27	31	27	39
	PM <sub>2,5</sub>		9	6	6	6	6	16

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública. • PM<sub>10</sub> (partículas con un diámetro aerodinámico inferior a 10 micras): El valor límite diario (VLD) para la protección de la salud humana (promedio de 24 horas) es de 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , que no debe superarse más de 35 ocasiones por cada año civil. El valor límite anual (VLA) para la protección de la salud humana es de 40  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . • PM<sub>2,5</sub> (partículas con un diámetro aerodinámico inferior a 2,5 micras): El valor límite anual (VLA) para la protección de la salud humana (promedio de 24 horas) es de 25  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

**Promedio anual de superaciones de PM10, NO2, SO2 y O3:**

Se observa una considerable variabilidad entre islas, siendo Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote las que presentan mayor número de superaciones anuales en las islas capitalinas y no capitalinas respectivamente.

**Tabla 4.1.2: Tabla de exposición media anual a PM10 y PM2,5 (µg/m³) por islas (2012 – 2017).**

Isla	Indicador (promedio anual de superaciones)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gran Canaria	PM <sub>10</sub>	18	22	27	17	8	40
	NO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	SO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	O <sub>3</sub>	0	0	0	0	0	0
Tenerife	PM <sub>10</sub>	14	8	5	7	8	26
	NO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	SO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	O <sub>3</sub>	0	0	0	0	0	0
La Palma	PM <sub>10</sub>	9	13	10	14	8	24
	NO <sub>2</sub>	-	-	-	-	-	-
	SO <sub>2</sub>	-	-	-	-	-	-
	O <sub>3</sub>	-	-	-	-	-	-
La Gomera	PM <sub>10</sub>	-	13	16	-	23	0
	NO <sub>2</sub>	-	0	0	-	0	0
	SO <sub>2</sub>	-	0	0	-	0	0
	O <sub>3</sub>	-	0	0	-	0	0
El Hierro	PM <sub>10</sub>	10	11	13	1	12	25
	NO <sub>2</sub>	-	-	-	-	-	-
	SO <sub>2</sub>	-	0	0	-	-	-
	O <sub>3</sub>	-	0	0	0	0	0
Lanzarote	PM <sub>10</sub>	25	1	24	25	9	27
	NO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	SO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	O <sub>3</sub>	0	0	0	0	0	0
Fuerteventura	PM <sub>10</sub>	29	21	16	38	13	55
	NO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	SO <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0
	O <sub>3</sub>	0	0	0	0	0	0

**Leyenda:**

- Óxido de nitrógeno:**  
 - Umbral de alerta a la población = 400 µg/m³ (3 horas seguidas)  
 - Valor objetivo para la protección a la salud = 40 µg/m³
- Dióxido de azufre:**  
 - Umbral de alerta a la población = 500 µg/m³ (Se considerará superado cuando durante tres horas consecutivas se exceda dicho valor cada hora, en lugares representativos de la calidad del aire en un área de, como mínimo, 100 km² o en una zona o aglomeración entera, tomando la superficie que sea menor)  
 - Valor objetivo para la protección a la salud: Nivel crítico = 20.0 µg/m³ (Año civil e invierno (del 1 de octubre al 31 de marzo)).
- Ozono:**  
 - Umbral de alerta a la población = 240 µg/m³ (Media horaria)  
 - Umbral de información a la población = 180 µg/m³ (Media horaria)  
 - Valor objetivo para la protección a la salud = 120.0 µg/m³ (Máximo de las medias octohorarias del día, que no deberá rebasarse en más de 25 días por cada año civil de promedio en un periodo de 3 años).

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública.

#### 4.2. Calidad del agua de consumo humano.

El control sanitario de la calidad del agua de consumo humano es un objetivo prioritario de la salud pública, ya que está íntimamente relacionada con el nivel de vida y sanitario de un país.

Las Directivas europeas y la legislación nacional están destinadas a garantizar que el agua de consumo pueda considerarse de buena calidad, es decir, salubre y limpia. Significa que no contiene microorganismos patógenos ni contaminantes a niveles capaces de afectar adversamente la salud de los consumidores. Canarias cuenta con abastecimientos de alta calidad y rigurosos sistemas de vigilancia y de control analítico, que permiten que el agua llegue en buenas condiciones a nuestros hogares y sea consumida con seguridad. Para ello, el agua se somete previamente a un tratamiento de potabilización y a diversos controles sanitarios.

La gestión del agua presenta gran complejidad, por lo que normalmente intervienen diversos agentes, como los municipios, las empresas abastecedoras, los laboratorios de control y las administraciones sanitarias. Todos ellos velan por que el suministro de agua de consumo humano sea de buena calidad, sin riesgos para la salud, fácilmente accesible y en la cantidad requerida.

#### Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación de “no apta para el consumo”.

INDICADOR	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Muestras totales de agua de consumo humano	-	-	82.660	94.886	99.934	140.963
Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación “no apta para el consumo” (%)	1,92	1,45	0,36	0,34	0,30	0,17
Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación “No apta para el consumo con riesgo para la salud” (%)	-	-	0,01	0,01	0	0

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública.

Agua no apta para el consumo: cuando no cumpla con los valores paramétricos especificados en las partes A, B y D del anexo I del RD 140/2003 o supere los valores consensuados de no aptitud para la parte C del Anexo I.

### 4.3. Calidad de aguas de baño.

La administración sanitaria vigila la calidad de las aguas de baño desde hace más de 20 años, dada la importante tradición de Canarias en el uso recreativo y para el ejercicio de deportes náuticos de las aguas marítimas. Las zonas de baño son utilizadas fundamentalmente en periodo estival, también por numerosos turistas.

Las aguas de baño se definen como cualquier elemento de aguas superficiales donde se prevea que puedan bañarse un número importante de personas o exista una actividad cercana relacionada directamente con el baño y en el que no exista una prohibición permanente de baño ni se haya formulado una recomendación permanente de abstenerse del mismo y donde no exista peligro objetivo para el público. En cada zona de baño existe al menos un punto de muestreo para la recogida periódica de una muestra de agua para el control de calidad.

El control sanitario se realiza durante la temporada de baño, que es el periodo durante el cual es previsible una afluencia importante de bañistas, teniendo en cuenta las costumbres locales y las condiciones meteorológicas. La temporada es designada en cada territorio por su Comunidad Autónoma, siendo el total de las de Canarias consideradas como de temporada larga. La unidad de información es la zona de aguas de baño, definida como área geográficamente delimitada de un término municipal compuesta por una playa y sus aguas de baño.

#### Porcentaje anual de muestras de agua de mar<sup>1</sup> (zonas de baño) con calificación “no apta para el baño”.

INDICADOR	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Porcentaje anual de muestras de agua de mar con calificación “no apta para el baño” <sup>3</sup>	0,47	0,64	0,25	0,29	0,49	0,82

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública.

1. Los resultados se refieren a muestras de agua de baño, no a zonas de baño completas, por lo que, si en un episodio de contaminación se detectan alteraciones en varios puntos de muestreo, se contabilizan todos ellos, teniendo en cuenta que la unidad de información de Náyade es el punto de muestreo.

2. Se ha estimado como muestra no apta para el baño aquellas en las que el recuento de Enterococos intestinales es superior a 200 UFC/100 ml, o de *Escherichia coli* >500 UFC/100 ml.

3. El porcentaje se refiere a muestras y no a episodios, esto es, cuando dentro de un mismo episodio se toman distintas muestras se contabilizan todas aquellas en las que se superan los límites según la nota anterior.

# ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II

**Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios.**

## **Objetivo estratégico**

Orientar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud, que trabaje en clave poblacional y compensando las inequidades del sistema teniendo en cuenta especialmente la dispersión territorial de la población.

## **Gasto sanitario.**

El desarrollo del PSC está vinculado al presupuesto de gasto anualmente aprobado para la Consejería de Sanidad y su posterior reflejo como financiación en los diferentes PGC y otros específicos de las Áreas de Salud, de Salud Pública y de los diferentes centros directivos.

## **Gasto público en salud como porcentaje del PIB.**

En el año 2016 el gasto sanitario público en Canarias supuso 2.792,74 millones de euros, representando el 6,6% del producto interior bruto (PIB). Con respecto al año anterior, el porcentaje del PIB decreció hasta situarse en el mismo valor de 2014. No obstante, este porcentaje se ha mantenido a lo largo de los años por encima del correspondiente a la media nacional.

INDICADOR		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	GSP	2.731,18	2.519,00	2.552,82	2.604,64	2.745,22	2.792,74
	% PIB	6,7%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,6%
España	GSP	68.057	64.078	61.728	61.919	65.565	*
	% PIB	6,4%	6,2%	6,0%	6,0%	6,1%	*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Estadística de Gasto Sanitario Público.  
 GSP: Gasto Sanitario Público Consolidado Total descontando transferencias entre agentes intersectoriales.  
 \* Datos no disponibles.

**Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido.**

Entre los años 2011 y 2012 Canarias registró un diferencial negativo del gasto sanitario público por habitante protegido. A partir de 2013 la situación se revierte alcanzándose en 2015 un gasto por habitante de 1.417,2€, lo que supuso un diferencial de 56,31€ por habitante respecto al gasto sanitario público de España.

	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	1.354,67	1.300,45	1.344,58	1.354,77	1.417,20
España	1.388,28	1.333,6	1.292,28	1.288,62	1.360,89

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSSSI.  
 SNS: Recoge el gasto sanitario del conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y de Ceuta y Melilla (Ingesa), así como el de las respectivas administraciones territoriales sanitarias. No se incluye el gasto en los servicios sanitarios prestados por el resto de los agentes de la Administración del Estado.  
 Habitante protegido: Hasta 2011 se usa el Padrón a 1 de enero menos los colectivos del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Desde 2012: Población incluida en la bases de datos de tarjeta sanitaria individual.

### Gasto sanitario en atención primaria.

El porcentaje del gasto sanitario en AP incluye los servicios sanitarios realizados por medicina de familia, pediatría, enfermería y por el resto de profesionales en ese nivel de atención sanitaria. Asimismo comprende el gasto efectuado en la formación de Médicos Internos Residentes.

En Canarias, el porcentaje fue aumentando hasta alcanzar un valor máximo en el año 2013, del 14,4%, para luego disminuir ligeramente hasta situarse en el 13,8% del gasto total en el año 2015. A nivel nacional este porcentaje que en un principio era superior al de Canarias va decreciendo de forma continua a lo largo del periodo hasta situarse en el 13,6% (variación en Canarias: 1,2; en España: - 0,9).

### Gráfico 30

#### Porcentaje del gasto sanitario en atención primaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSSSI.

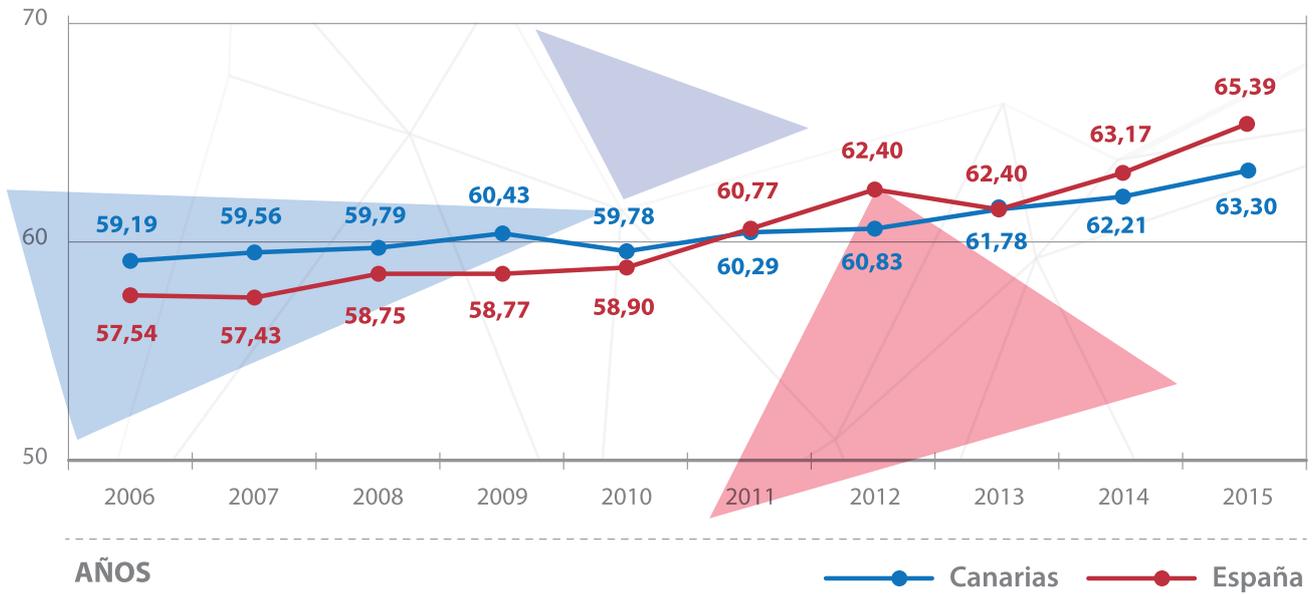
### Gasto sanitario en atención especializada.

Representa el porcentaje sobre el gasto total del gasto correspondiente a la asistencia prestada por médicos especialistas y demás personal sanitario y no sanitario en hospitales y centros de especialidades. Asimismo comprende los servicios concertados para la actividad propia de este nivel asistencial y la formación de Médicos Internos Residentes.

La tendencia ha sido creciente durante la década 2006 - 2015, tanto a nivel nacional como en Canarias, donde ha pasado del 57,5% en el año 2006 al 65,4% en 2015; en España este indicador se ha incrementado del 59,2% hasta situarse en el 63,3%. Por tanto, el aumento ha sido mayor en la comunidad autónoma que a nivel nacional.

**Gráfico 31**

**Porcentaje del gasto sanitario de los servicios de atención especializada.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSSSI.

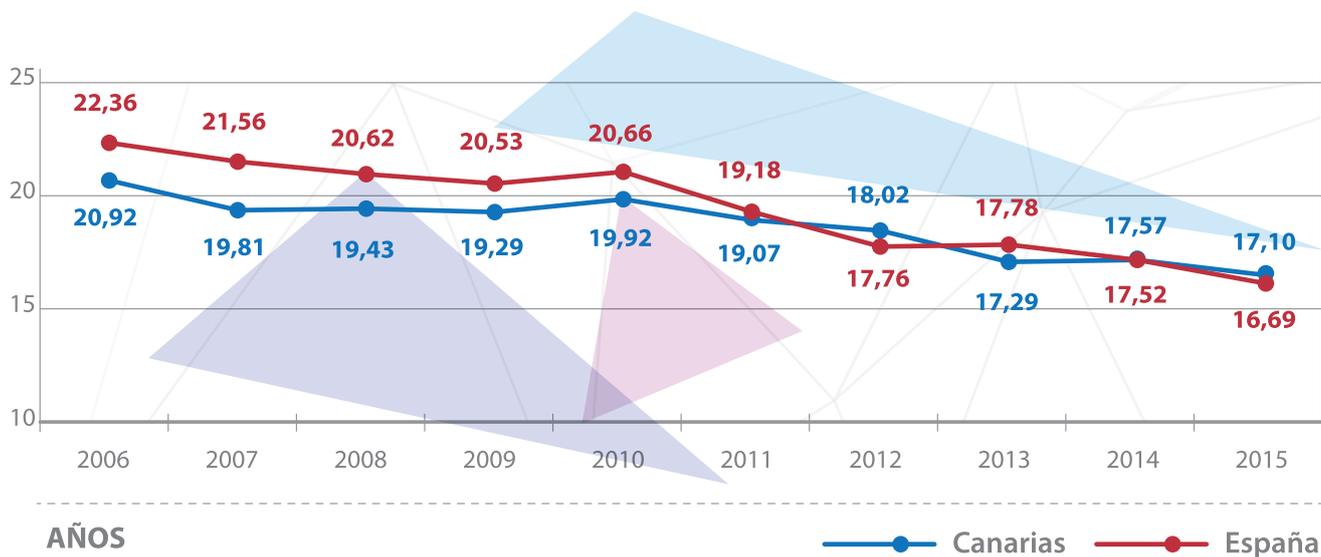
**Gasto sanitario en farmacia**

Este indicador recoge específicamente el gasto por las recetas médicas expedidas. No incluye el gasto de medicamentos o productos farmacéuticos que puedan dispensarse directamente en las instituciones sanitarias.

En Canarias el porcentaje correspondiente al gasto en farmacia ha ido disminuyendo paulatinamente hasta situarse en el año 2015 en el 17,1% del gasto total. Esta tendencia también se observa en el conjunto de comunidades autónomas siendo ambos valores muy similares a partir del año 2011.

Gráfico 32

## Porcentaje del gasto sanitario en farmacia.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSSSI.

Sin embargo, se sabe que el gasto farmacéutico se ha incrementado desde 2015 tanto en Canarias como en el resto de España, según datos de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Hacienda y Función Pública. Concretamente en:

- **Recetas facturadas por el Sistema Nacional de Salud:** en 2016 aumentó el gasto un 3,1% en Canarias frente al 2,2% de la media nacional; en 2017, los datos provisionales apuntan a un ascenso del 2,6% en Canarias frente al 0,8% de la media nacional.
- **Gasto farmacéutico hospitalario:** se define como el gasto derivado de medicamentos financiados con fondos públicos en los hospitales y centros de atención sanitaria y sociosanitaria del Sistema Nacional de Salud. Ha sufrido un aumento progresivo, concretamente en Canarias del 8,6% en 2015 (frente al 5,5% de la media de las Comunidades Autónomas) y del 4,3% en 2016 (frente al 7% de la media), incluyendo aquí el efecto de los fármacos para la hepatitis C. Los datos a noviembre de 2017 indican un incremento interanual del 9,8% en Canarias (frente al 6,2% de la media de las Comunidades Autónomas).
- **Gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación:** ha experimentado un aumento progresivo, en Canarias del 9,2% en 2015 (frente al 7,9% de la media de las Comunidades Autónomas) y del 0,2% en 2016 (frente al 5,4% de la media). Los datos a noviembre de 2017 indican un incremento interanual del 8% en Canarias (frente al 4,4% de la media de las Comunidades Autónomas).

# ÁREA DE IMPACTO 4

**Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial.**

## 4.1. MEJORAR EL MODELO DE GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

### 1. INDICADORES DE BIENESTAR A PARTIR DE LOS 65 AÑOS.

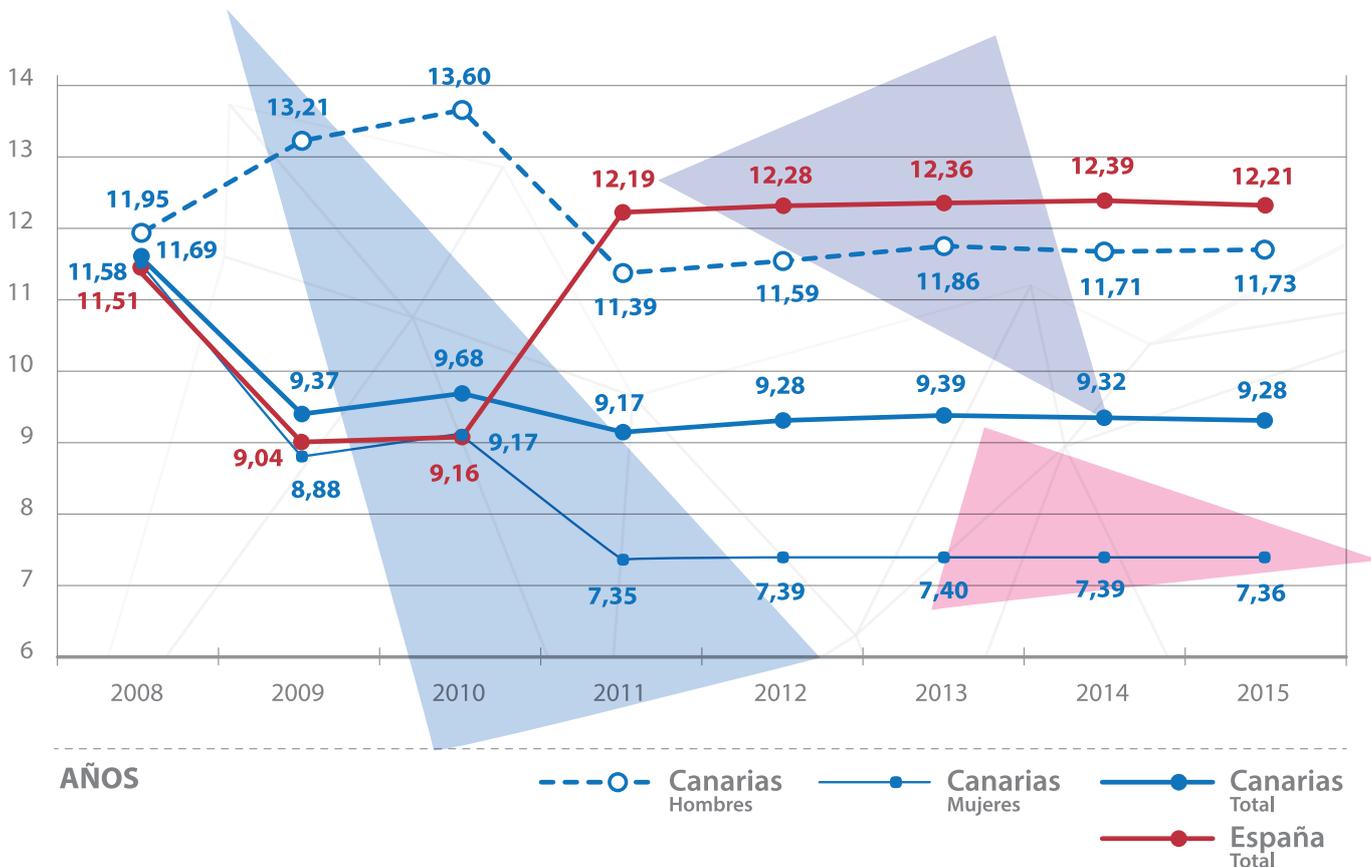
#### **Años de vida saludable a los 65 años.**

En los últimos años se observa que la expectativa de vida ha ido mejorando no sólo al nacimiento sino a partir de los 65 años. La esperanza de vida a los 65 años de la población canaria es de 20,6 años, siendo de 22,3 años para las mujeres y de 18,8 años para los hombres (INE, 2016), por lo que en Canarias cabría esperar un horizonte de vida a los 65 años que en las mujeres sería de 3,5 años más de media que el de los hombres si se mantuviera el mismo patrón de mortalidad.

A pesar de que la esperanza de vida es un buen indicador del estado de salud, no aporta información acerca de la calidad de vida y si ésta se desarrolla con buena salud o, por el contrario, con alguna discapacidad o dependencia. Por tanto, habría que considerar la esperanza de vida en buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad) que se ve influenciada por la presencia de enfermedades crónicas, de problemas mentales y de discapacidad física. En el año 2015, en Canarias el número de años de vida saludable a los 65 años era de 9,3, existiendo una brecha de género, al ser superior en los hombres (11,7 años) en comparación a las mujeres (7,4 años). Este indicador está muy por debajo de los 12,2 años de promedio de vida saludable a los 65 años en España (12,6 en hombres y 11,9 en mujeres). Por lo que aunque las mujeres viven más años que los hombres, lo hacen a expensas de años de vida en peores condiciones de salud.

**Gráfico 33**

**Años de vida saludable a los 65 años.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. "Movimiento natural de la población. INE. Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE. Tablas de mortalidad elaboración propia MSSSI. Encuesta Nacional de Salud. INE y MSSSI".

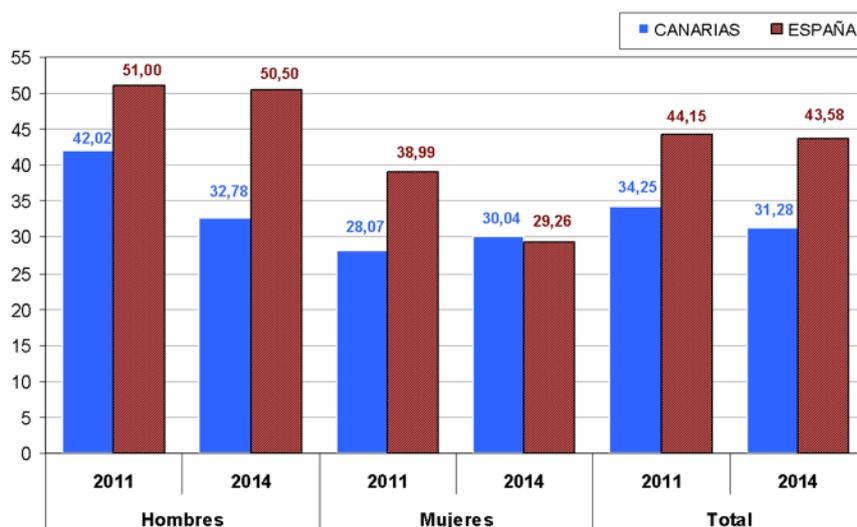
**Porcentaje de personas de 65 y más años con valoración positiva de su estado de salud.**

En 2014, aproximadamente una de cada tres personas de más de 65 años en Canarias valoró positivamente su estado de salud, el 32,8% de hombres y el 30% de mujeres. En el año 2011 los hombres valoraban más favorablemente su estado de salud que las mujeres pero esta diferencia se ha ido reduciendo hasta alcanzar valores similares. A nivel nacional, el porcentaje de personas de este grupo de edad que valora su salud como buena y muy buena es de forma generalizada más elevado, si bien en el caso de las mujeres el porcentaje descendió en 2014 hasta el 29,3% siendo prácticamente igual al de Canarias (30%).

**Gráfico 34**

**Porcentaje de personas de 65 o más años con valoración positiva (buena y muy buena) de su estado de salud.**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. "Encuesta Nacional de Salud, y Encuesta Europea de Salud en España. MSSSI/INE.



## 2. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD MÁS PREVALENTES.

Aparte de los problemas de salud mental y la diabetes, que se exponen en las Líneas de Actuación 4.9 y 4.11 respectivamente, destacamos a continuación la hipertensión arterial y las enfermedades respiratorias crónicas.

### Hipertensión arterial.

En la Encuesta de Salud de Canarias se observa un incremento en el porcentaje de personas de 16 o más años que declaran tener la tensión alta en los últimos doce meses. Este porcentaje pasa del 15,3% en 2004, al 19,5% en 2009, para finalmente situarse en el 18,7% en 2015.

Con respecto a España, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 y 2011 para personas de 16 y más años, los resultados son los siguientes:

	2006	2011	2014
Canarias	20,1	21,6	
España	18,9	18,7	18,4(*)

(\*)Encuesta Europea de Salud, 2014. MSSSI / INE.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI (Para España los datos de la Encuesta Nacional de Salud y para Canarias de la Encuesta de Salud de Canarias, 2015, 2009 y 2004).

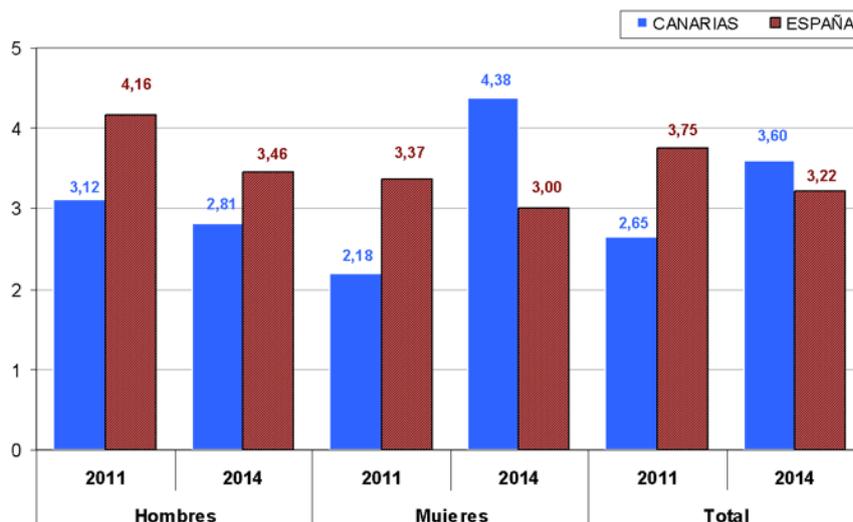
### Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Entre los años 2011 y 2014 la prevalencia declarada de EPOC en población adulta ha ido aumentando en Canarias y disminuyendo en toda España hasta alcanzar en ambos casos valores muy similares, 3,6% y 3,2%, respectivamente. Esto se explica por el aumento importante de la prevalencia declarada por las mujeres canarias en los últimos años llegando a duplicarse entre 2011 y 2014 al pasar del 2,2% al 4,4%. Sin embargo, en los hombres ha descendido ligeramente pasando del 3,1% al 2,8%. Esta tendencia no se corresponde a la observada a nivel nacional.

**Gráfico 35**

#### Prevalencia declarada de EPOC en población adulta.

Fuente:Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Encuesta Nacional de Salud, 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2014, INE/MSSSI.



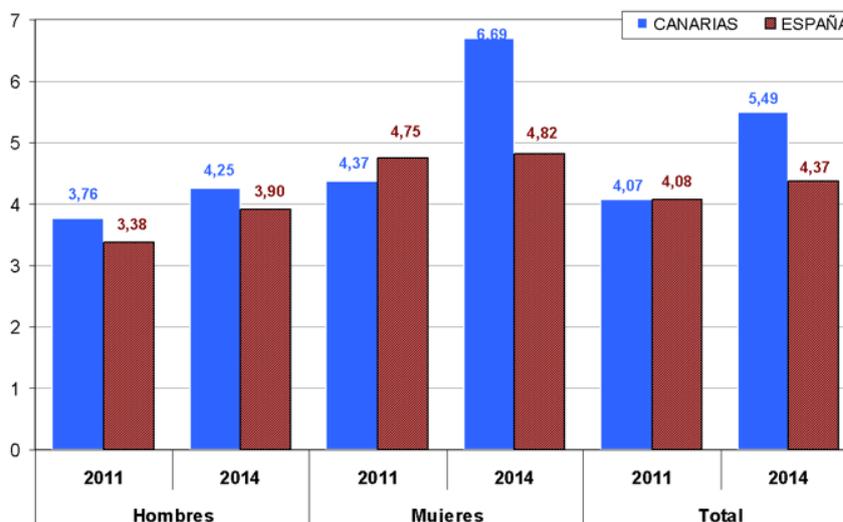
### Asma.

En el año 2014, el 5,5% de la población adulta de Canarias declaraba presentar asma, el 4,3% de los hombres y el 6,7% de las mujeres. En el mismo año, la prevalencia total declarada en España fue del 4,4%, el 3,9% en hombres y el 4,8% en mujeres. Además se observa que esta prevalencia ha aumentado 1,4 puntos respecto a la declarada por la población canaria encuestada en el año 2011, mientras que la prevalencia en España se ha mantenido prácticamente igual incrementándose tan solo 3 décimas en el mismo periodo de tiempo.

**Gráfico 36**

#### Prevalencia declarada de asma en población adulta.

Fuente:Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Encuesta Nacional de Salud, 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2014, INE/MSSSI.



## 4.3. MORTALIDAD

Los siguientes apartados nos permiten valorar directa o indirectamente la calidad de la asistencia sanitaria prestada.

### 1. Mortalidad

Canarias presenta una de las tasas brutas de mortalidad más bajas, de 710,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes en 2015 (676,5 en 2014). No obstante, al ajustar la tasa de mortalidad debida a todas las causas por edad, pasa a situarse en los puestos más altos con 480,6 defunciones por 100.000 habitantes (sólo superada por Andalucía, Ceuta y Melilla) mientras que la tasa de mortalidad ajustada de España es de 447,8 defunciones por 100.0000 (Informe "Patrones de mortalidad en España", 2014).

De las 15.035 defunciones por las principales causas acontecidas en el año 2016, el 29,1% (4.368) fueron debidas a cáncer, el 28,2% (4.242) a enfermedades del sistema circulatorio en su conjunto, 5,6% (844) a infarto agudo de miocardio, 5,3% (804) a enfermedades cerebrovasculares, 3,2% (486) a insuficiencia cardiaca, 3,3% (490) a diabetes mellitus y 3,4% a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (514).

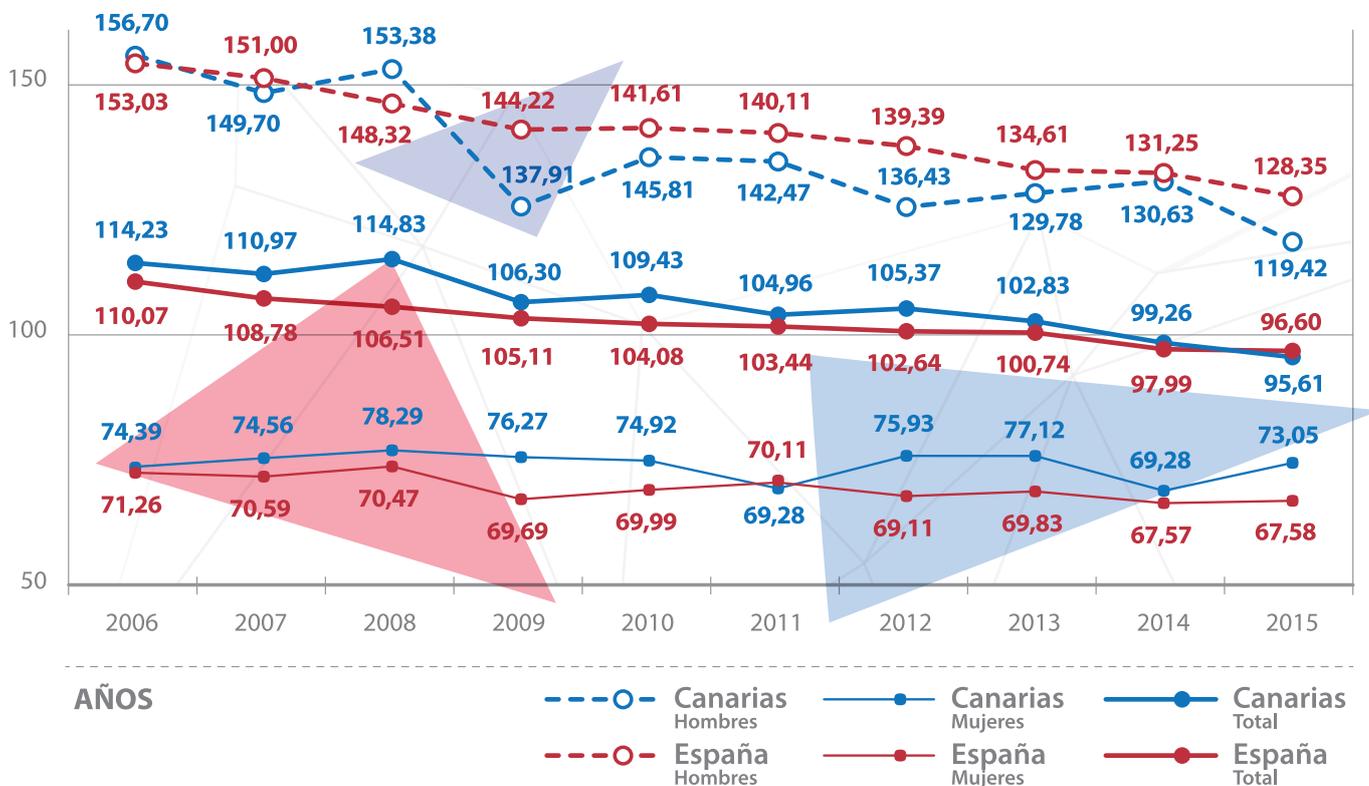
#### Mortalidad prematura

La mortalidad prematura se calcula a partir del número de defunciones anuales antes de la edad promedio de muerte en una población determinada que se estima en los 75 años. A continuación se presenta la tendencia de la mortalidad prematura debida a las algunas de las causas de muerte más frecuentes: cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores.

En el año 2015 la mortalidad prematura por cáncer era prácticamente similar en Canarias que en el conjunto de comunidades autónomas. La tendencia ha sido decreciente en ambos casos con un porcentaje de disminución en el periodo 2006–2015 del 13,2% y del 16,3%, respectivamente. Existe una diferencia notable entre hombres y mujeres, con una tasa más desfavorable entre los primeros. No obstante, en los 10 años considerados la mortalidad prematura por cáncer en los hombres ha experimentado un descenso importante en relación a las mujeres, por lo que se han ido acortando las diferencias inicialmente observadas entre ambos.

Gráfico 37

Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab. Canarias/España.



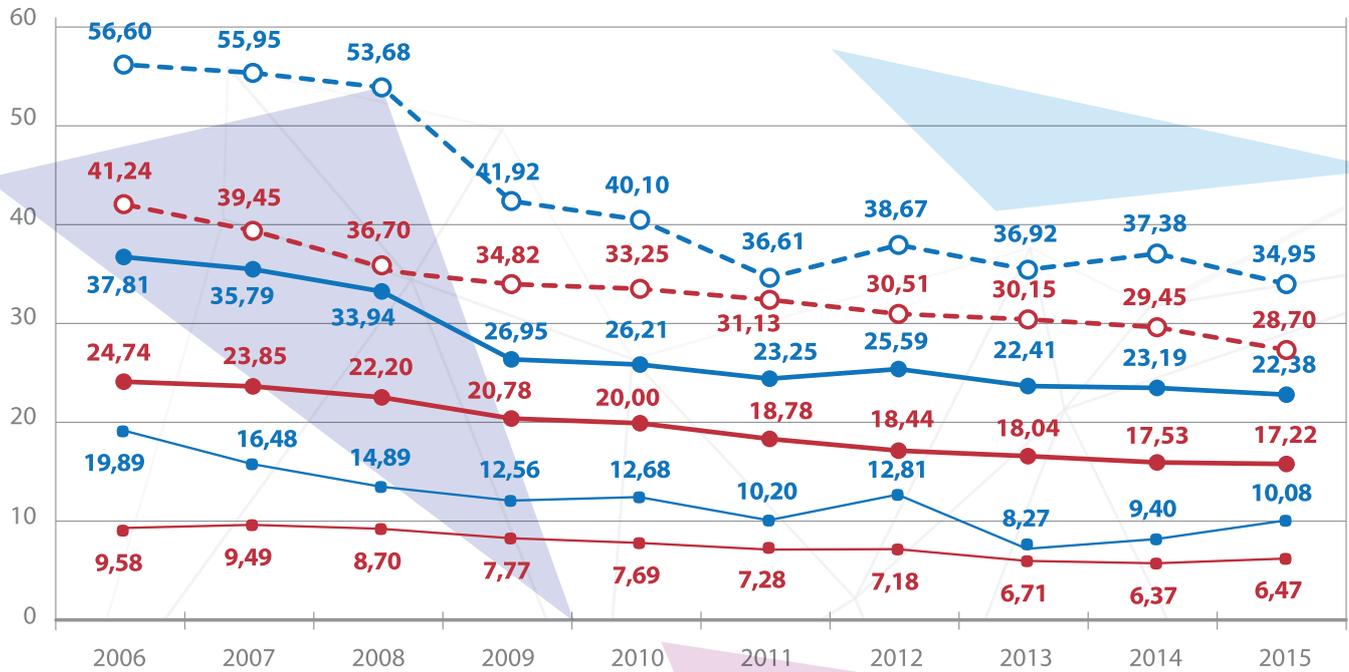
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Movimiento natural de la población. Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE

La **tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica**, ajustada por edad, ha ido descendiendo a lo largo de los últimos años pasando de las 37,8 defunciones por cada 100.000 habitantes de menos de 75 años en el año 2006, hasta las 22,4 defunciones por 100.000 en 2015. Esta es la tendencia también observada en España, cuyos valores se han mantenido siempre por debajo de los de Canarias, aunque a lo largo de los años la diferencia entre ambas tasas se ha ido reduciendo pasando de 13,1 a 5,2 defunciones por 100.000 habitantes.

La mortalidad prematura por cardiopatía isquémica es mucho más elevada entre los hombres, llegando a triplicar la tasa de las mujeres (en 2015: 35 y 10,1 por 100.000, respectivamente). Además la disminución de la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica total se ha debido fundamentalmente al descenso de las defunciones por esta causa entre los hombres, que se ha reducido en 21,6 por cada 100.000 entre 2006 y 2015, mientras que en las mujeres la disminución ha sido menos acentuada, de 9,8 defunciones por 100.000 en el mismo periodo.

Gráfico 38

Mortalidad prematura (< 75 años) por cardiopatía isquémica ajustada por edad por 100.000 hab.



AÑOS

- Canarias Hombres
- Canarias Mujeres
- Canarias Total
- España Hombres
- España Mujeres
- España Total

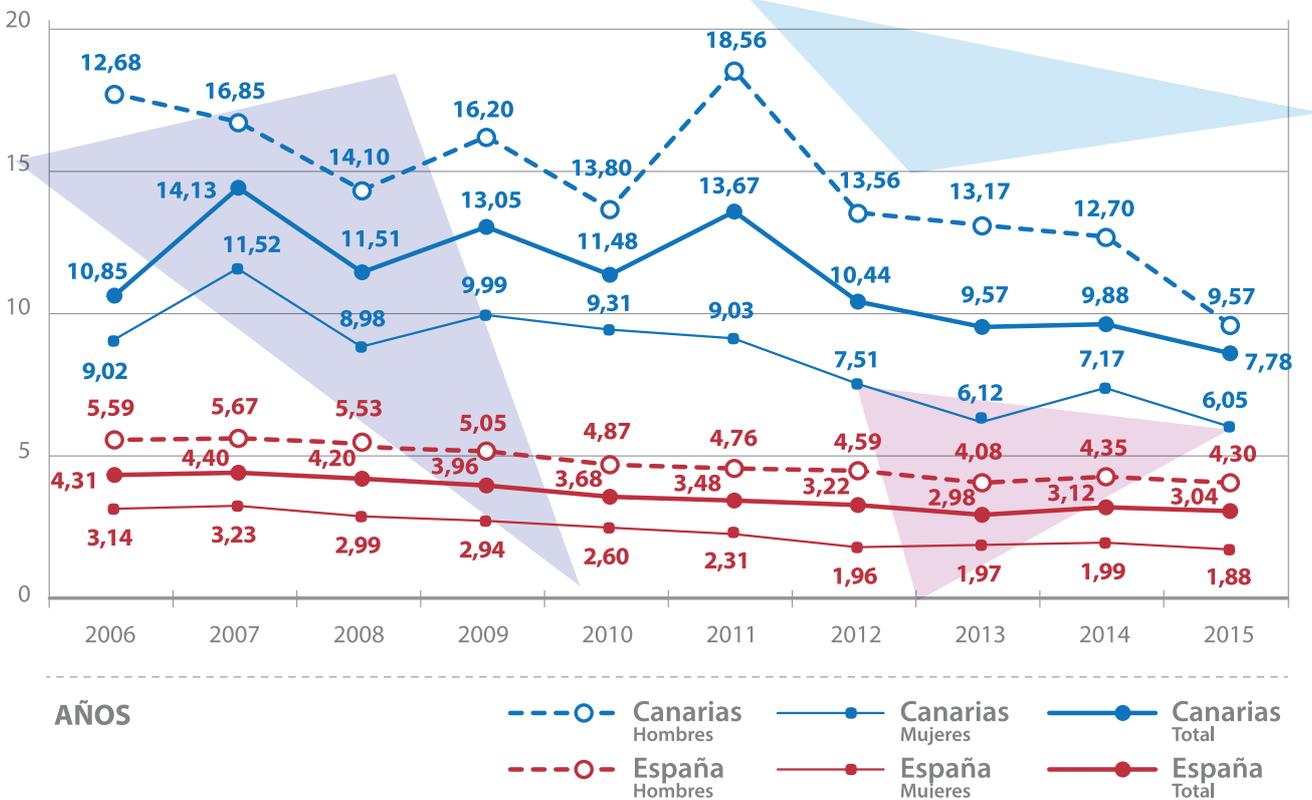
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCL. Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.  
 Movimiento natural de la población. INE.  
 Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE. Elaboración propia MSSSI.

En Canarias, la **mortalidad prematura por diabetes mellitus** ha ido descendiendo con los años. Entre 2006 y 2015, la tasa anual se ha situado entre un valor máximo de 14,1 defunciones en 2007 y un valor mínimo de 7,8 defunciones por 100.000 habitantes de menos de 75 años en 2015. En el último año, la tasa experimenta una caída importante fundamentalmente debida al marcado descenso de la tasa interanual 2015-2014 en los hombres. En toda la serie la tasa ha sido siempre muy superior a la media estatal, aunque las diferencias han ido disminuyendo con el tiempo representando en el último año 2,6 veces la tasa media estatal, que se situaba en 3 defunciones por 100.000 habitantes. En Canarias no sólo la mortalidad prematura por diabetes es mayor que en España sino que es 1,6 veces mayor en los hombres en relación a las mujeres (9,6 vs. 6,1 en 2015). Este predominio en hombres es más marcado (2,3 veces mayor que en mujeres) a nivel de la tasa ajustada del conjunto de comunidades autónomas (4,3 vs. 1,9 en 2015).

Las complicaciones vasculares son causa de mortalidad precoz en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de sufrir un infarto de miocardio o un ictus. Además, es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores. Ver más información [en este enlace](#).

Gráfico 39

Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab.

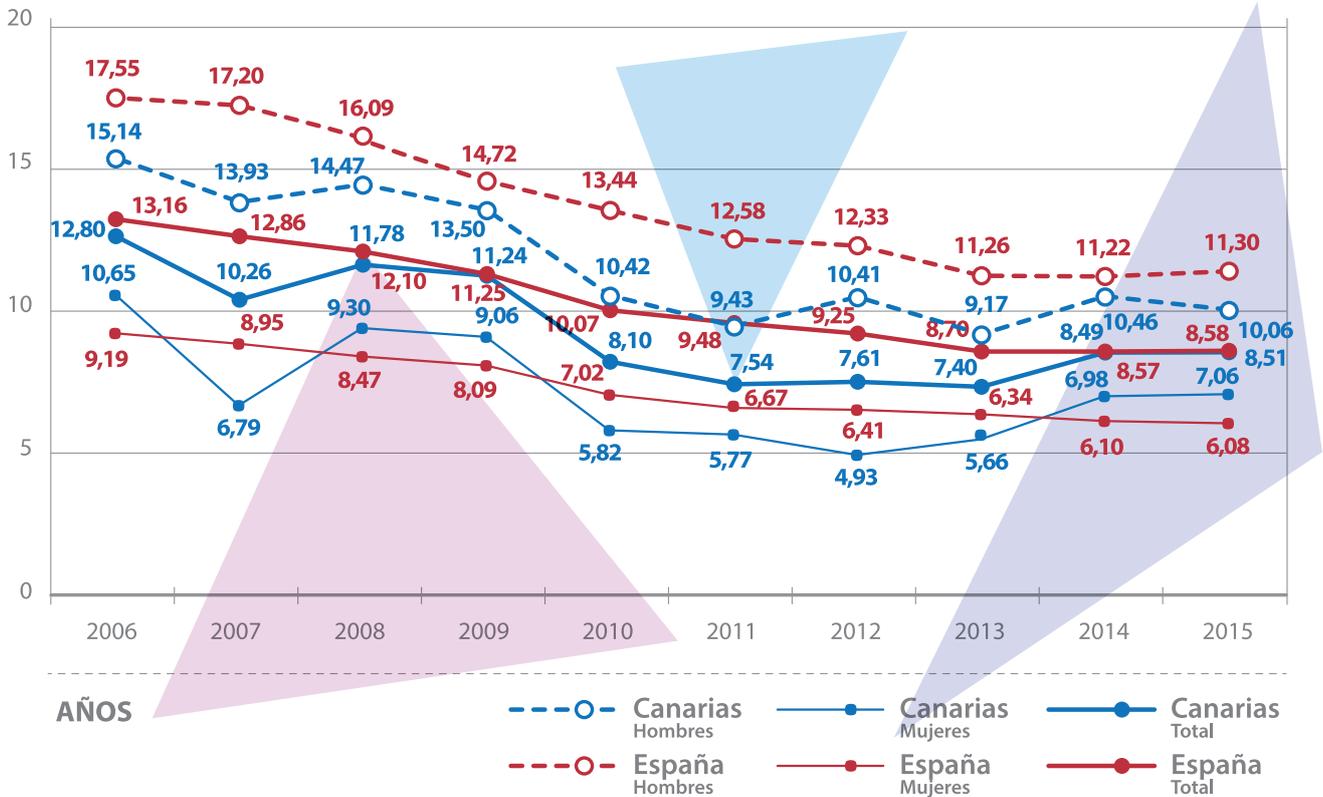


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Movimiento natural de la población. INE. Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE. Elaboración propia MSSSI.

La **mortalidad prematura debida a enfermedad cerebrovascular** ha descendido en Canarias desde 2006 hasta situarse en 7,4 defunciones por 100.000 en 2013, para luego sufrir un ligero incremento en el año 2014, alcanzando finalmente un valor de 8,5 defunciones por 100.000 habitantes de menos de 75 años, siendo prácticamente igual a la tasa de España (8,6 por 100.000). Existen diferencias por sexo en la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular en estas edades, siendo mayor en hombres con respecto a las mujeres: en el año 2015 en Canarias se producían, debido a esta causa, 10,1 defunciones por cada 100.000 hombres (España: 11,3 por 100.000) y 7,1 defunciones por cada 100.000 mujeres (España: 6,1 por 100.000).

Gráfico 40

Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab.

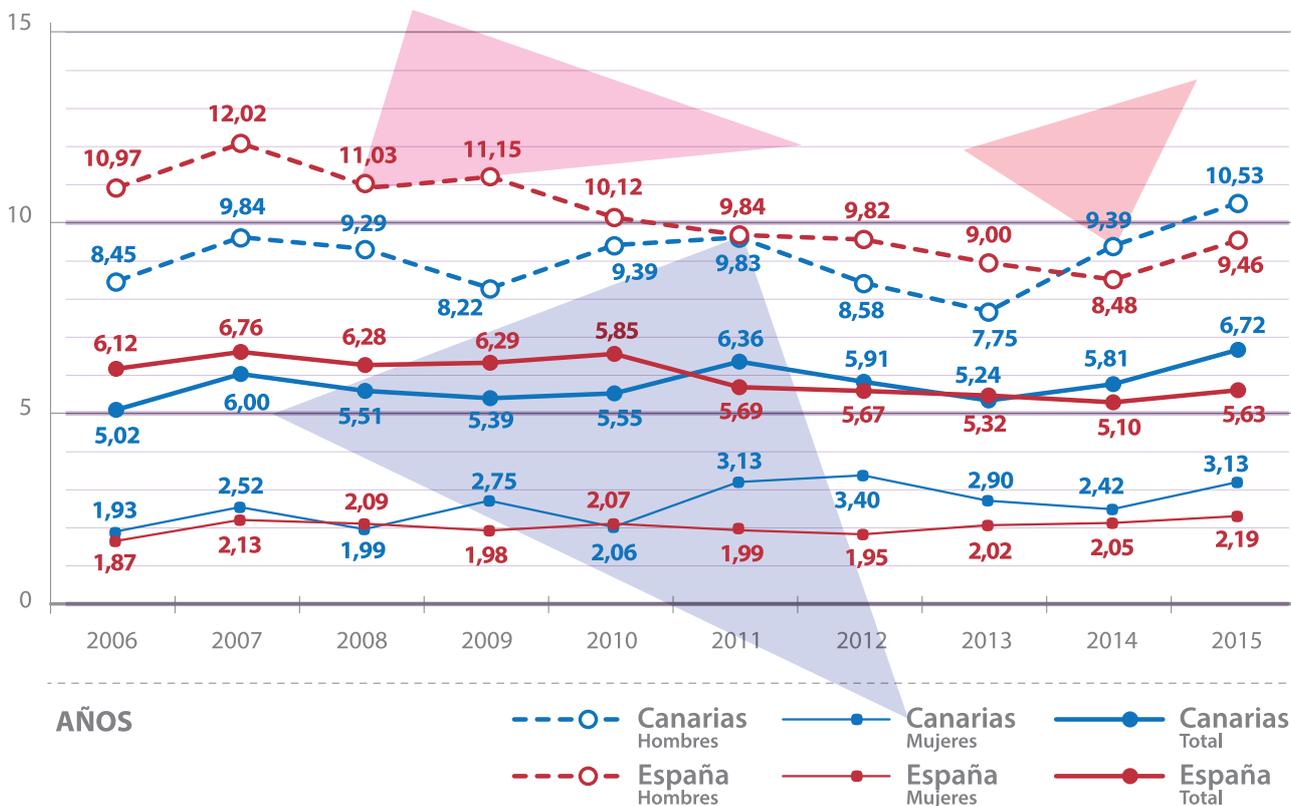


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Movimiento natural de la población. INE. Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE. Elaboración propia MSSSI.

Por último, en el análisis de la **mortalidad prematura** ajustada por edad se ha considerado también la debida a **enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores**. Se observa que en Canarias han fallecido por esta causa cada año entre 5 y 6,7 personas por cada 100.000 de menos de 75 años, según la tendencia del periodo 2006 – 2015. La tasa es mucho mayor en hombres (10,5 por 100.000) que en mujeres (3,1 por 100.000). En el caso de los hombres la tendencia de la tasa que empezó a decrecer a partir del año 2011, vuelve a elevarse en 2014, mientras que en las mujeres los cambios han sido menos acentuados (tras disminuir progresivamente desde 2012, experimenta un ligero incremento en 2015). Hay pocas diferencias con respecto a la media nacional total y por sexos.

Gráfico 41

Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 hab.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Movimiento natural de la población. INE. Estimaciones intercensales de población y Cifras de Población. INE. Elaboración propia MSSSI.

## 2. ESTANCIA MEDIA Y REINGRESOS HOSPITALARIOS.

### Estancia media.

Una baja estancia media está vinculada a una práctica clínica resolutoria sustentada en la adecuación de uso de los recursos sanitarios así como a cuidados clínicos efectivos con menos complicaciones y efectos adversos. En 2015, la estancia media en los hospitales de agudos de utilización pública de Canarias era de 8,46 días, superior a la media española de 6,85 días.

Debido a la dependencia de este indicador de la patología atendida en cada hospital, se analiza la estancia media ajustada por la casuística (EMAC) que calcula la estancia promedio que tendrían los hospitales si atendieran con la estancia media que presentan en cada uno de los GRD (grupo relacionado por el diag-

nóstico) a los pacientes del estándar (altas del conjunto del SNS), es decir, el universo de comparación. En la década 2006 – 2015, la EMAC de los hospitales públicos de Canarias ha disminuido hasta situarse en 6,45 días en 2015, siendo, por tanto, superior a los 5,84 días de estancia media ajustada de los hospitales del territorio nacional. A pesar de que se partía de una diferencia en la duración de la estancia de 0,77 días en 2006, y que la situación de los hospitales canarios ha sido más desfavorable que la media nacional a lo largo del periodo, las diferencias se han ido reduciendo hasta ser de 0,61 días.

**Estancia media ajustada por casuística.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,00	6,99	6,78	6,74	6,62	6,65	6,68	6,49	6,45	6,45
España	6,23	6,24	6,17	6,04	6,01	5,89	5,75	5,68	5,77	5,84

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, Registro de altas de hospitalización (CMBD). MSSSI.

**Reingresos.**

La tasa de reingresos mide la proporción de ingresos inesperados o urgentes de pacientes en los treinta días siguientes tras haber sido dados de alta en el mismo hospital. Este porcentaje ha ido aumentando en los últimos diez años tanto en Canarias como a nivel nacional, hasta alcanzar el 6,6% y el 8% del total de altas en 2015, respectivamente. El incremento entre los años extremos de la serie ha sido de un 24,5% en el caso de Canarias y de un 12,7% en España. La diferencia de la situación de partida entre ambas tasas a favor de los hospitales canarios se mantiene a lo largo del periodo (diferencia en 2006 de 1,7 y en 2015, de 1,3 puntos porcentuales).

**Gráfico 42. Porcentaje global de reingresos.**

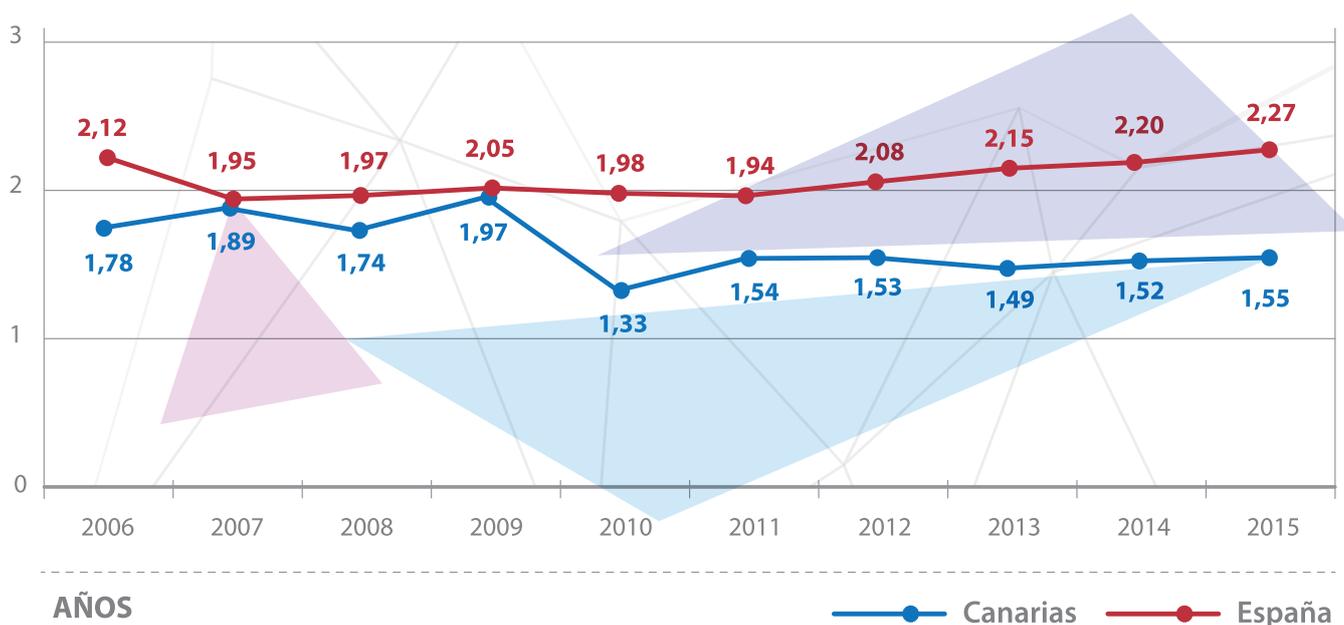


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

A lo largo de la década 2006 - 2015 la **tasa de reingresos urgentes tras cirugía programada** (en los treinta días siguientes tras el alta) ha sido siempre inferior en los hospitales canarios del SCS en comparación a la correspondiente al conjunto de hospitales del SNS (hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio). El último dato de 2015 sitúa este porcentaje en el 1,6 por cada 100 altas lo que representa 0,7 puntos menos en relación a la media nacional que alcanza el 2,3 por cada 100.

Gráfico 43

### Porcentaje global de reingresos tras cirugía programada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Registro de altas de hospitalización (CMBD). Modelo de Indicadores para el Análisis de la Hospitalización en el SNS (iCMBD)- MSSSI.

## 3. TASA DE CESÁREAS.

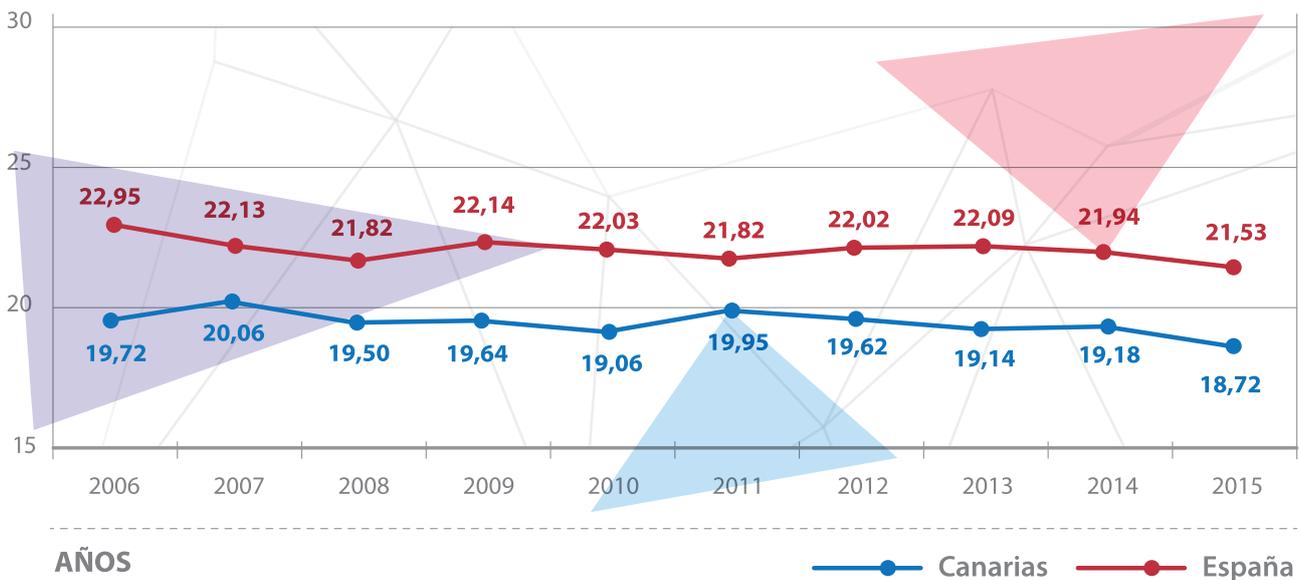
La tasa de cesáreas es un indicador de buena práctica que guarda una relación inversa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto. La cesárea es una técnica eficaz que, si está justificada desde el punto de vista médico, previene la morbilidad materna y perinatal. Desde 1985, se ha considerado que la tasa ideal de cesáreas debería oscilar entre el 10% y el 15%; no obstante en la última revisión realizada por la OMS en 2014 se concluye que "debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada" y que a nivel de población, las tasas superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.

En Canarias, aproximadamente 1 de cada 5 partos tiene lugar por cesárea. Existen diferencias en función de la dependencia del hospital, siendo el porcentaje mucho más bajo en los hospitales públicos y hospitales concertados por el SCS respecto a los hospitales privados (2006: 19,7% vs. 26,8%; 2015: 18,7% vs. 32,4%. Fuente: INCLASNS).

Durante el periodo 2006 – 2015, la tasa de cesáreas en los hospitales públicos de Canarias se ha mantenido en un rango de valores que ha oscilado entre un 19,7% en 2006 y un 18,7% en 2015. En todos los años ha sido inferior a la tasa media nacional, cuya evolución se ha mantenido bastante estable pero con una disminución entre los extremos de la serie del 1,5% (23% en 2006 y 21,5% en 2015).

**Gráfico 44**

**Tasa de cesáreas.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

## 4. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión realizado anualmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, que está diseñado para conocer el grado de satisfacción de la ciudadanía con los servicios sanitarios públicos.

Su realización periódica refleja la evolución de la opinión de los usuarios que han utilizado los servicios en el año que se analiza. La escala de respuesta utilizada abarca desde el valor 1 (totalmente insatisfactorio) hasta 10 (totalmente satisfactorio).

En el periodo 2011–2016, la valoración de los ciudadanos de Canarias sobre el modo en que funciona el sistema sanitario público, ha sido discretamente inferior a la media nacional en todos los años representados:

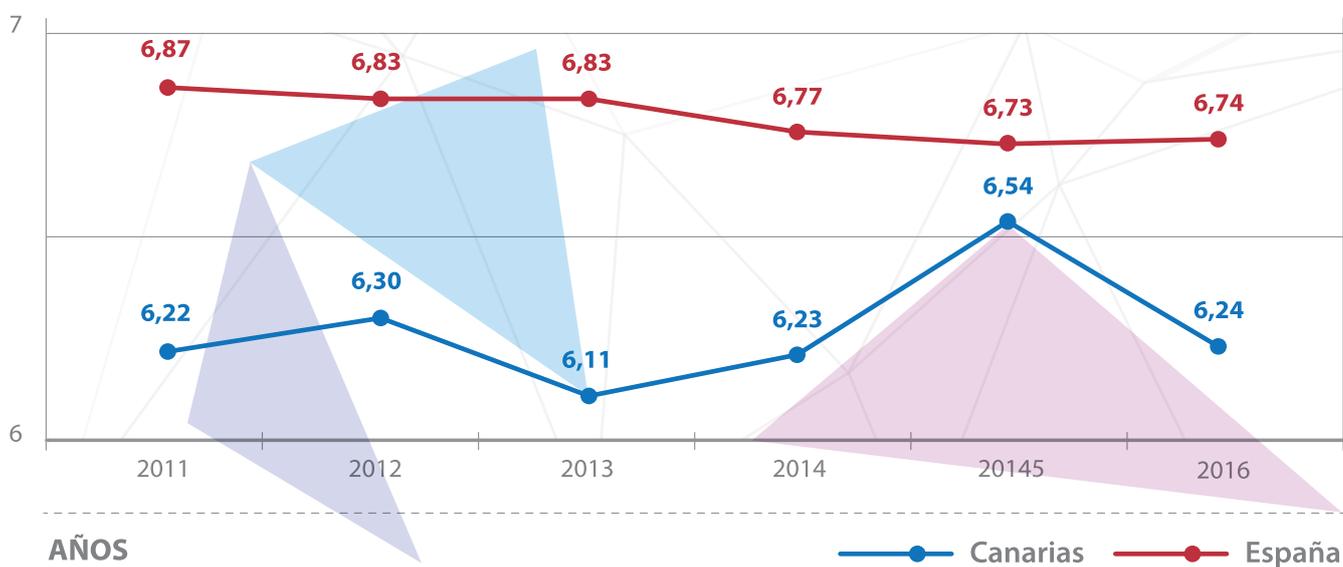
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	5,96	5,85	5,70	5,55	5,80	5,99
España	6,59	6,57	6,41	6,31	6,38	6,55

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. "Barómetro Sanitario. MSSSI (y CIS).

En el periodo 2011–2016, las medias de las valoraciones otorgadas a la atención recibida en las consultas de AE en centros del SCS se han mantenido alrededor del 6 (mínimo: 6,1; máximo: 6,5), por tanto, inferiores a los valores medios observados a nivel nacional que están próximos al 7 (mínimo: 6,7; máximo: 6,9).

#### Gráfico 45

**Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con la atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos).**

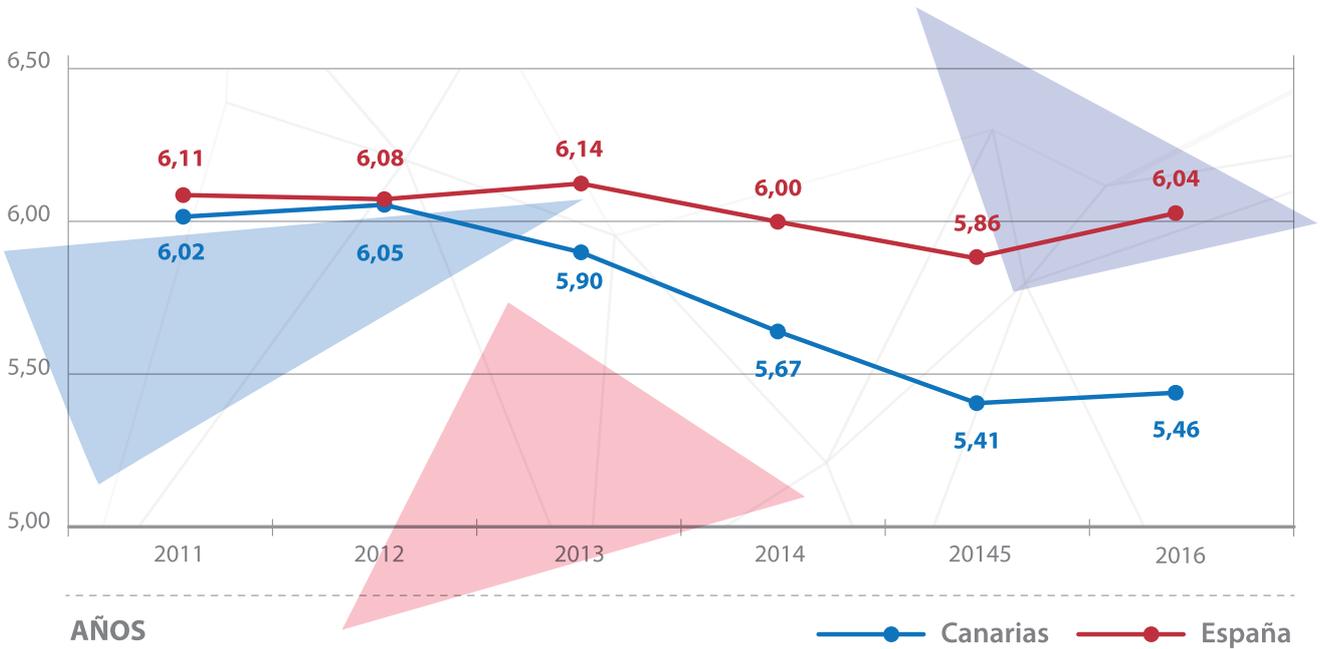


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en los barómetros sanitarios 2011-2016.

En el mismo periodo analizado, la atención recibida en los servicios de urgencias hospitalarios es la que recibe una peor valoración siendo las puntuaciones no sólo inferiores sino con una tendencia decreciente situándose entre el 6 de 2011 y el 5,5 de 2016. Las puntuaciones medias del conjunto de Comunidades Autónomas son algo superiores aunque siempre próximas a los 6 puntos.

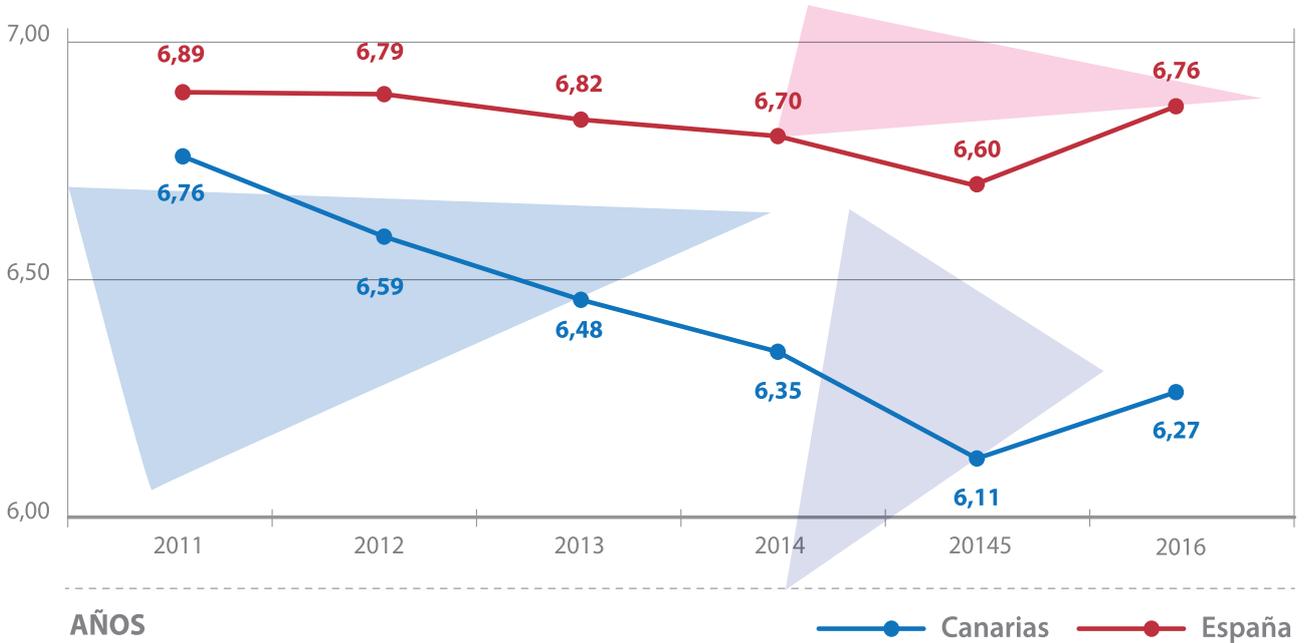
**Gráfico 46**

**Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con atención recibida en Urgencias de hospitales públicos.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en los barómetros sanitarios 2011-2016.

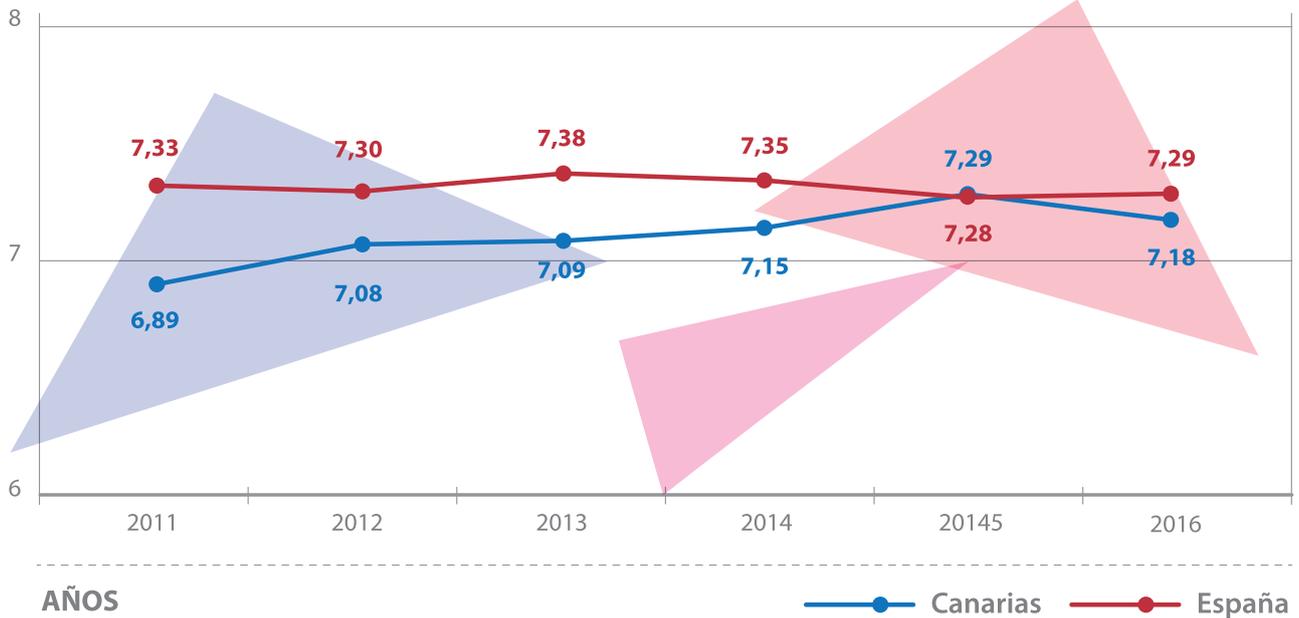
Por otra parte, la atención recibida durante el ingreso y la asistencia en hospitales públicos canarios fue valorada con 6,3 puntos en el año 2016, disminuyendo en 5 décimas respecto a la opinión que le concedían los usuarios en 2011, de 6,8 puntos. Partiendo de una valoración similar a la media nacional, con el transcurso de los años se han ido ampliando las diferencias entre ambas.

**Gráfico 47****Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con atención recibida en ingreso y asistencia en hospitales públicos.**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en los barómetros sanitarios 2011-2016.

En Canarias la valoración de la ciudadanía sobre las consultas de AP (medicina de familia y pediatría) en centros de salud ha ido mejorando ligeramente, a lo largo de los años, hasta alcanzar en el año 2016 una puntuación de 7,2. En ese mismo año la valoración media nacional fue del 7,3. Destacar que en la serie temporal 2012-2016 los resultados se han situado siempre por encima de 7.

**Gráfico 48. Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con atención primaria.**



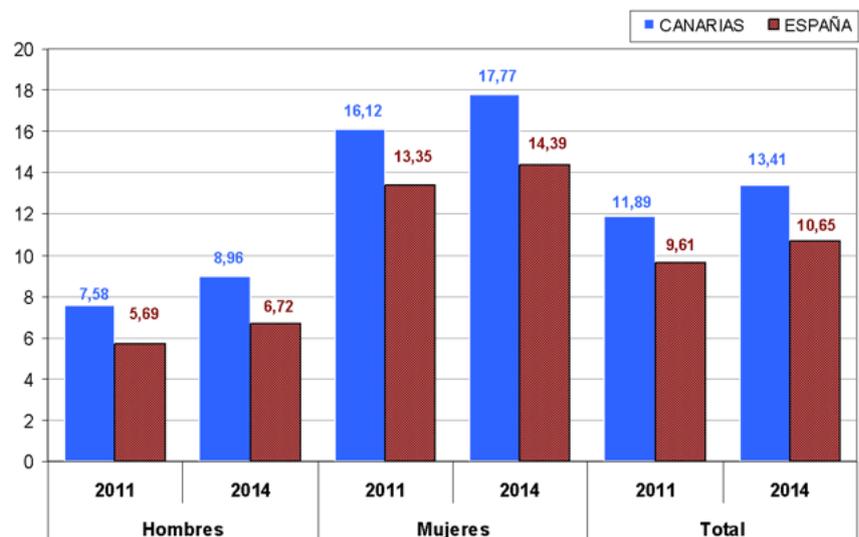
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en los barómetros sanitarios 2011-2016.

## 4.9. ELABORAR E IMPLANTAR UN PLAN DE SALUD MENTAL

En el año 2014, el 13,4% de la población canaria declaraba padecer algún trastorno mental, el 17,8% de las mujeres y el 9% de los hombres. Estas prevalencias son más altas que las declaradas en el año 2011, tanto la referente a población general como la correspondiente a hombres y mujeres. Al compararlas con las prevalencias obtenidas para toda España se observa que son superiores en ambos años y para ambos sexos, llegando incluso a superar, en el año 2014, los 3 puntos porcentuales de diferencia en el caso de las mujeres.

**Gráfico 49**

**Prevalencia de trastornos mentales en población adulta.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI. Encuesta Nacional de Salud, 2006 y 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2009 y 2014, INE/MSSSI).

### Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas y sedantes.

En Canarias el consumo de sustancias hipnóticas y sedantes expresado en dosis diarias definidas por mil habitantes y día (DHD) está por encima de la media del país y esa diferencia se mantiene a lo largo de los años. La tendencia ha sido creciente y en el año 2016 la DHD de estas sustancias en Canarias era de 42,5 mientras que en España era de 30,2.

	2012	2013	2014	2015	2016
Canarias	36,56	38,66	40,51	41,33	42,48
España	27,63	28,35	29,37	29,65	30,22

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. "Barómetro Sanitario. MSSSI (y CIS).

El consumo es más elevado en mujeres y aumenta con la edad, alcanzado en el año 2016 en mayores de 65 años un valor total de 295,1, siendo en mujeres de 365,5 y en hombres de 204,5:

	TOTAL	Mujeres	Hombres
Dosis Habitante Día (DHD) de benzodiazepinas en > de 65 años	295,10	365,47	204,51
Dosis Habitante Día (DHD) de benzodiazepinas en < 65 años	83,14	99,27	67,20

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales - Servicio Uso racional del Medicamento y Control de la Prescripción.

## 4.11. ELABORAR E IMPLANTAR UN PLAN CANARIO DE ATENCIÓN A LA DIABETES

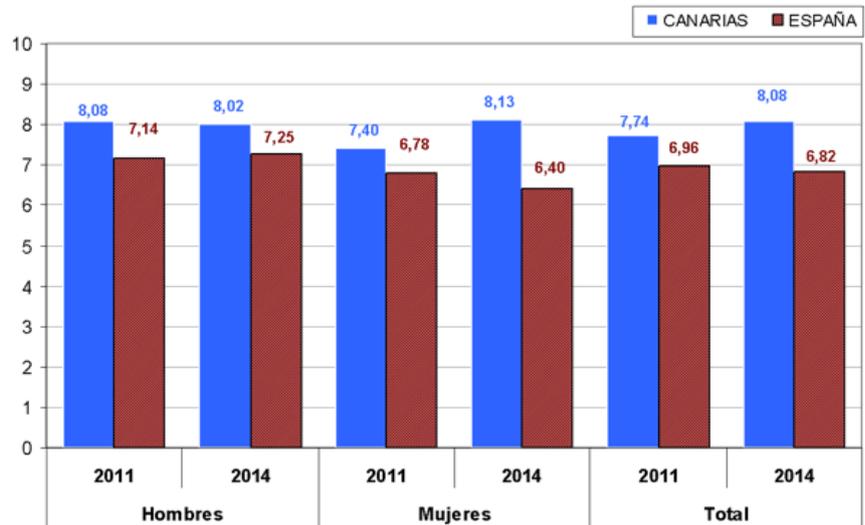
En el año 2014, el 8,1% de la población canaria de 15 y más años declaraba padecer diabetes. Esta prevalencia ha aumentado ligeramente a lo largo de los años, fundamentalmente a expensas del porcentaje declarado por las mujeres, en las que ha pasado del 7,4% en el año 2011 al 8,1% en el año 2014. En cambio, en los hombres prácticamente no ha variado manteniéndose en valores próximos al 8% en ambos años.

Por el contrario, la situación de la prevalencia declarada total de España es diferente. Los valores son inferiores, 7% en 2011 y 6,8% en 2014, descendiendo entre esos años en las mujeres y manteniéndose prácticamente estable en los hombres.

**Gráfico 50**

**Prevalencia de diabetes mellitus en población adulta (> 14 años) por 100 habitantes.**

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Encuesta Nacional de Salud 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España 2014, INE/MSSSI.*

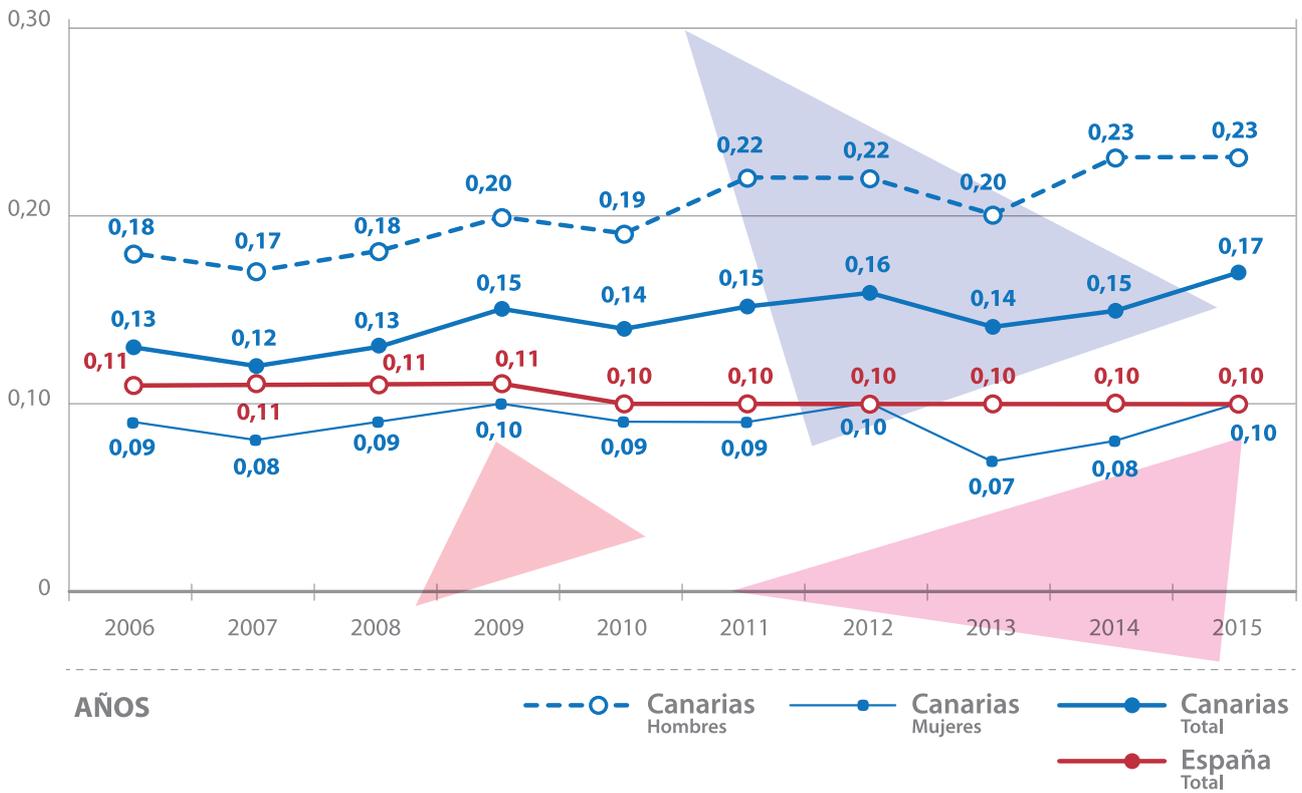


En la ESC15, el 9% de la población de 16 y más años declaró padecer diabetes (8,7% de los hombres y 9,3% de las mujeres). Los resultados muestran que existe un gradiente con la edad; a partir de los 65 años, aproximadamente 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 4 mujeres declaran tener diabetes. También se observa un gradiente social en función de la ocupación, siendo la frecuencia declarada de diabetes mayor a medida que disminuye el nivel de cualificación en la ocupación de la persona de referencia del hogar.

Entre las complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus tipo 2 se encuentra la arteriopatía crónica, que constituye la primera causa de amputación no traumática de extremidades inferiores. En Canarias la tasa de **amputaciones de miembro inferior** en pacientes diabéticos es superior a la tasa media de España, situándose en el año 2015 en un 0,17% y un 0,10% respectivamente. Hay diferencias en función del sexo, siendo la tasa superior en hombres (2,3 veces más amputaciones) con respecto a las mujeres. Entre los años 2006 y 2015 se observa un ligero incremento de la tasa media de amputaciones debida fundamentalmente al aumento de la incidencia en hombres ya que en mujeres se mantiene prácticamente similar.

**Gráfico 51**

**Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS, MSSSI.

# ÁREA DE IMPACTO 5

**Potenciar una Atención Primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.**

**Población media por profesional de medicina de familia.**

	2014	2015	2016	2017
Canarias	1.422	1.444	1.457	1.473

Fuente: Data Warehouse del Sistema de Información de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

**Población media por profesional de pediatría.**

	2014	2015	2016	2017
Canarias	899	882	876	873

Fuente: Data Warehouse del Sistema de Información de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

**Población media por profesional de enfermería.**

	2014	2015	2016	2017
Canarias	1.625	1.637	1.632	1.645

Fuente: Data Warehouse del Sistema de Información de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS.

# ÁREA DE IMPACTO 6

**Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la Atención Primaria.**

## SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Las **infecciones nosocomiales** son aquellas que han sido adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en período de incubación en el momento del ingreso del paciente. En Canarias se observa que la tasa de infecciones hospitalarias decrece 0,04 puntos, pasando de 1,55 en 2011 a 1,51 en 2015. El descenso ha sido paulatino a partir de 2012, año en que la tasa experimenta una subida situándose en 1,74 por cada 100 altas. En España la disminución entre los años extremos ha sido de 0,08 puntos, siendo la tasa en 2015 de 1,18 por cada 100 altas, por tanto, inferior a la de la comunidad autónoma.

**Gráfico 52**

**Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias.**



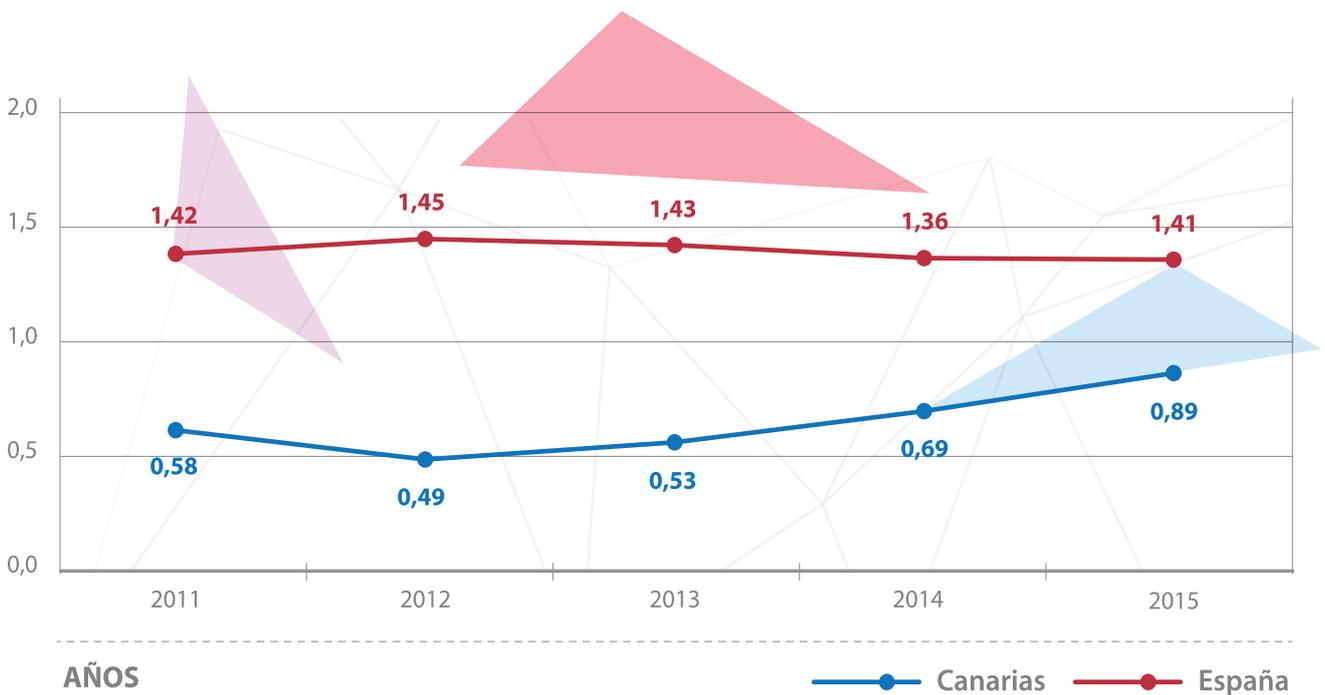
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

La **tasa de úlceras por presión** constituye uno de los indicadores con los que se mide la calidad de los cuidados de enfermería, estando por tanto, relacionada con las complicaciones durante la hospitalización fundamentalmente en pacientes postrados y con déficit nutricional. Está asociada a una mayor morbimortalidad en los pacientes, a una prolongación de la estancia hospitalaria, un incremento de los costes y un aumento de la carga de trabajo para los profesionales de enfermería. La prevención constituye la herramienta fundamental para disminuir su incidencia: identificación de pacientes de riesgo, cambios posturales, higiene e hidratación de la piel, adecuado aporte nutricional, protección de zonas de riesgo, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión, monitorización de indicadores epidemiológicos como la incidencia y la prevalencia, entre otras medidas.

En España esta tasa ha tenido una evolución bastante regular en el periodo considerado, con valores en un rango comprendido entre un valor máximo de 1,45 por cada 1.000 altas en 2012 y un 1,41 por cada 1.000 altas en el último año. Sin embargo, en Canarias la tasa anual ha estado siempre por debajo de estos valores que han seguido una tendencia creciente hasta situarse en el año 2015 en 0,89 por cada 1.000 altas.

**Gráfico 53**

**Tasa de úlceras por presión por cada 1.000 altas hospitalarias.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud



