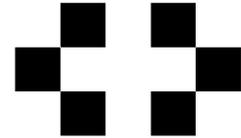




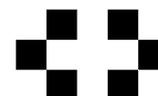
GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



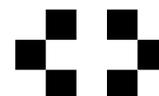
Servicio
Canario de Salud

PLAN DE SALUD DE CANARIAS
2004-2008

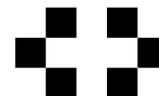
“MAS SALUD Y MEJORES SERVICIOS”



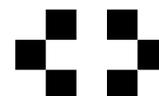
BASES PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS	7
1. EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS Y LAS TENDENCIAS EN SALUD DE LA COMUNIDAD CANARIA.....	8
1.1 LAS GRANDES AMENAZAS	8
1.2. EL PAPEL DEL PLAN DE SALUD.....	9
2. UN NUEVO PLAN DE SALUD REVISADO A PARTIR DE LA EXPERIENCIA REGIONAL, ESTATAL E INTERNACIONAL	11
3. IMPORTANCIA DEL PLAN DE SALUD PARA REFORZAR LA CONVERGENCIA DE OBJETIVOS Y EL COMPROMISO POLÍTICO.....	14
4. PRINCIPALES RETOS DEL PLAN DE SALUD	16
5. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN CANARIAS Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN.....	19
5.1. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	20
5.2. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	21
5.3. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	22
6. PROPUESTAS PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD	24
6.1. ASPECTOS GENERALES	24
6.2. EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.....	25
6.3. LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS	25
6.4. LA EQUIDAD EN EL NUEVO PLAN DE SALUD	27
6.5. LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD.....	27
6.6. LA EVALUACIÓN ECONÓMICA	28
6.7. IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE SALUD	29
6.8. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS.....	30
7. INCORPORANDO EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA	31
7.1. INTRODUCCIÓN	31
7.2. PRESENTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS RANKINGS O "LEAGUE TABLES".....	33
7.3. ESTRUCTURA DE LA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS COSTE-EFECTIVIDAD EN EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008.....	39
7.4. CONCLUSIONES	41
LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS	43



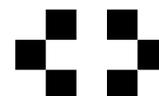
8. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	44
8.1. MORTALIDAD.....	46
8.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	49
8.3. HIPERLIPOPROTEINEMIA	50
8.4. OTROS FACTORES DE RIESGO.....	52
8.5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	52
8.6. COSTES SOCIOECONÓMICOS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	53
9. CÁNCER	55
9.1. INCIDENCIA	55
9.2. MORTALIDAD.....	62
9.3. DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER	64
9.4. COSTES SOCIOECONÓMICOS DE LAS NEOPLASIAS	66
10. DIABETES MELLITUS.....	67
10.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	67
10.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	70
10.3. IMPACTO ECONÓMICO.....	72
11. SALUD MENTAL.....	75
11.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	75
11.2. GRUPOS DE RIESGO: NIÑOS, ADOLESCENTES Y MAYORES	78
11.3. ENFERMEDAD MENTAL Y LUGAR DE TRABAJO	79
11.4. GASTO FARMACÉUTICO	79
11.5. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y ACTIVIDAD.....	79
11.6. ESTRATEGIAS ACTUALES Y SU PROYECCIÓN DE FUTURO.....	87
11.7.- IMPACTO ECONÓMICO.....	92
12. SEGURIDAD LABORAL	93
12.1. CONCEPTO, INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN RECIENTE	93
12.2. GRAVEDAD DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL	95
12.3. SINIESTRALIDAD LABORAL SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD.....	96
12.4. COMPARACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS	97
12.5. TIPOLOGÍA Y NATURALEZA DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL	98
12.6. ENFERMEDADES PROFESIONALES.....	100
12.7. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO.....	101
12.8. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO	108
13. PERSONAS MAYORES	110



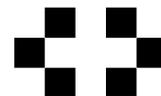
13.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	110
13.2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.....	112
13.3. CAPACIDAD FUNCIONAL	114
13.4. HÁBITOS DE VIDA QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD.....	115
13.5. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	116
13.6. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	116
13.7. VALORACIÓN DE LA SALUD FÍSICA	117
13.8. VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL	118
13.9. IMPACTO ECONÓMICO.....	119
PLAN DE SALUD 2004-2008: MÁS SALUD, MEJORES SERVICIOS	120
14. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008	121
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD 2004-2008	124
15. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	125
INTRODUCCIÓN.....	125
OBJETIVOS GENERALES.....	125
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	125
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	132
16. CÁNCER	146
INTRODUCCIÓN.....	146
OBJETIVOS GENERALES.....	147
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	147
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	148
17. DIABETES MELLITUS.....	163
INTRODUCCIÓN.....	163
OBJETIVOS GENERALES.....	163
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	164
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	168
18. SALUD MENTAL.....	176
INTRODUCCIÓN.....	176
OBJETIVOS GENERALES.....	176
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	177



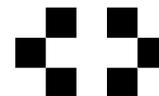
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	179
19. SEGURIDAD VIAL Y LABORAL.....	188
INTRODUCCIÓN.....	188
OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD VIAL.....	189
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	189
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	192
OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL.....	194
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	194
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	198
20. ENVEJECIMIENTO.....	200
INTRODUCCIÓN.....	200
OBJETIVOS GENERALES.....	201
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.....	201
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.....	203
21. CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008.....	212
21.1.- PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.....	212
21.2.- COOPERACIÓN INTERSECTORIAL.....	216
21.3.- PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	217
21.4.- FORMACIÓN.....	219
21.5.- LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	225
21.6.- INVESTIGACIÓN.....	226
21.7.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	229
21.8.- EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS.....	231
22. FICHA FINANCIERA.....	233
PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	234
PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CÁNCER.....	234
PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE DIABETES MELLITUS.....	236
PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE SALUD MENTAL.....	236
PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE ENVEJECIMIENTO.....	237
PRESUPUESTO PARA PLANTILLAS.....	238
RECURSOS NECESARIOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL PLAN.....	239
ANEXO.....	240



EXPERTOS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2004-2008.....	262
GRUPO DE TRABAJO SOBRE ACCIDENTES.....	263
GRUPO DE TRABAJO SOBRE CÁNCER.....	264
GRUPO DE TRABAJO SOBRE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	266
GRUPO DE TRABAJO SOBRE DIABETES.....	267
GRUPO DE TRABAJO SOBRE ENVEJECIMIENTO.....	268
GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL.....	269
GRUPO DE TRABAJO SOBRE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL.....	270
 EQUIPO DE DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN.....	 272
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 273



BASES PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS

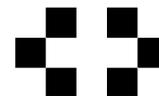


1. El Plan de Salud de Canarias y las tendencias en salud de la Comunidad Canaria

1.1 Las grandes amenazas

A pesar de los buenos niveles globales de salud de los que disfruta la población de Canarias, todavía existe un margen para continuar mejorando los resultados de salud en Canarias; tanto en lo concerniente a la cantidad como a la calidad de vida. El futuro inmediato nos obliga a ser aún más eficaces en la lucha contra los mayores asesinos que continúan amenazando y poniendo límites a la salud de nuestra población y que no son otros que los que afectan a la población de los países más desarrollados del planeta. Es por esto que el Gobierno de Canarias quiere concentrar sus esfuerzos en las actuaciones sobre la cardiopatía isquémica, el cáncer, la Diabetes Mellitus y los accidentes que, en conjunto, son responsables de más del 40% de las muertes en Canarias; junto a problemas de gran magnitud e impacto socio-sanitario como son la salud mental y el envejecimiento. Estos problemas de salud han de encontrar una respuesta efectiva, segura, costo-efectiva y de ejecución garantizada a lo largo del tiempo, hasta consolidar los cambios que hagan posible continuar creciendo, de manera firme, en niveles de salud en la década actual.

Las actuaciones llevadas a cabo hasta ahora por el Gobierno de Canarias frente a estas amenazas reales para la salud individual y colectiva se han producido tanto sobre las infraestructuras como sobre los procedimientos asistenciales; no obstante se requieren períodos de tiempo considerables para que las mejoras de los resultados de salud puedan ser perceptibles, dado que, en gran medida, los cambios esperados descansan sobre la modificación de los hábitos de vida de los ciudadanos. En algunos casos, sin embargo, tal como ocurre con la Diabetes Mellitus y la enfermedad cerebrovascular, dos de las enfermedades crónicas de mayor impacto socioeconómico en Canarias, empiezan a producirse mejoras en los resultados de supervivencia y mejoras de la calidad de vida relacionada con la salud.



1.2. El papel del Plan de Salud

El Plan de Salud de Canarias ha sido el instrumento de política sanitaria que nos ha permitido avanzar con coherencia, en un ambiente como el sanitario tan sujeto a tensiones procedentes tanto desde los sectores sociales y profesionales, como desde los medios de comunicación y sectores industriales. En esta nueva edición del Plan de Salud de Canarias vamos a concentrar nuestras actuaciones, a lo largo del periodo 2004-2008, sobre los problemas de salud de mayor impacto sobre la sociedad, asegurando, de esta manera, la consolidación hacia la mejora de los cambios en los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Canarias.

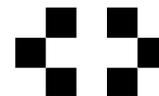
La propuesta del nuevo Plan de Salud responde, consecuentemente, a un enfoque pragmático en el que los problemas de salud que limitan en mayor grado las ganancias de salud de la población, serán abordados mediante actuaciones que hayan probado previamente su efectividad, seguridad y costo-efectividad.

Este nuevo Plan de Salud aborda de manera comprometida y transparente los posibles déficits de equidad entre islas y tiene en consideración, además de la búsqueda de la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Atención Especializada, la reducción de las diferencias de la calidad asistencial entre áreas de salud y dentro de cada área de salud.

El II Plan de Salud es, por lo tanto, un instrumento mucho más preciso que trata de aproximar a las necesidades de salud de mayor prioridad, las respuestas o actuaciones más costo-efectivas; distribuidas de tal modo que favorezcan la reducción de las desigualdades aún existentes en los niveles de salud en nuestra Comunidad.

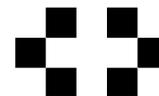
El coste de la enfermedad en Canarias es una línea de trabajo recientemente iniciada por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que junto con otras fuentes de información epidemiológicas (mortalidad, factores de riesgo, factores condicionantes y otros) nos informa sobre cuáles son los problemas de salud de mayor impacto en la Comunidad Canaria. La integración de esta diversidad de fuentes de información, nos obligan a concentrar nuestra atención sobre:

- Las **enfermedades cardiovasculares** y más concretamente sobre la cardiopatía isquémica, por ser ésta la causa más importante de morbilidad,



mortalidad y del gasto directo por atención sanitaria en nuestra Comunidad. Preocupa especialmente la tendencia estacionaria de los indicadores epidemiológicos disponibles, durante la última década.

- El **cáncer**, por ser la segunda causa global de mortalidad, en competencia estrecha con la anterior, y responsable, además de la mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos. Tres son los aspectos fundamentales en los que debemos seguir incidiendo: el diagnóstico precoz, la mejora de la eficacia de los servicios sanitarios diagnósticos y terapéuticos, y, la culminación de la oferta de los cuidados paliativos a las personas que lo necesitan.
- La **Diabetes Mellitus** se sitúa entre este reducido grupo de problemas de salud por su elevada prevalencia en Canarias y por el impacto sobre la cantidad y calidad de vida, además del intenso consumo de recursos sanitarios que conlleva. La preocupación aquí se centrará tanto sobre el diagnóstico temprano como sobre la necesidad de mejorar la efectividad terapéutica y el autocontrol.
- La **salud mental** continúa siendo una prioridad por varios motivos. Entre ellos se encuentra el marcado incremento de su incidencia y prevalencia, el importante impacto individual y social, además de las repercusiones de magnitud creciente sobre el gasto farmacéutico. Otra razón de importancia es la necesidad de culminar las infraestructuras de los llamados *recursos intermedios*, de carácter marcadamente sociosanitario para consolidar el proceso de reforma iniciado por el primer Plan de Salud de Canarias.
- El **envejecimiento** y sus consecuencias sobre los servicios sociales y sanitarios justifican su prioridad debido a la intensidad y rapidez del crecimiento de este grupo de población, que precisa de prestaciones diferentes tal como ocurre en las edades pediátricas.
- Los **accidentes** (tráfico y trabajo) constituyen la mayor causa de pérdida de productividad (mortalidad) e incapacidad permanente al afectar especialmente a sujetos en edades productivas; siendo, además, causa importante de años de vida potenciales perdidos y provocando un impacto social y económico de primer orden sobre la población.



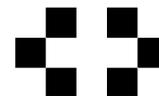
2. Un nuevo Plan de Salud revisado a partir de la experiencia regional, estatal e internacional

El Plan de Salud de Canarias 1997-2001 fue la experiencia de planificación sanitaria estratégica de mayor envergadura que se ha desarrollado en Canarias hasta la actualidad, sirviendo de instrumento central de la política sanitaria del Gobierno de Canarias, complementada por otras actuaciones orientadas a:

- La mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios mediante la descentralización y mejora continua de las infraestructuras en cada área de salud y del transporte sanitario.
- La mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias mediante programas específicos para reducir el tiempo y el número de las personas en listas de espera.
- La mejora de la respuesta a las necesidades de salud de carácter urgente.
- La mejora de la calidad asistencial.
- El desarrollo de los recursos humanos en el Servicio Canario de la Salud, en términos cuantitativos y cualitativos.
- El impulso a la aplicación de las tecnologías de la comunicación en el sector sanitario.
- El compromiso con una política de investigación centrada sobre las necesidades de salud de la población y sobre las necesidades de información del propio Servicio Canario de la Salud.

La política sanitaria durante los próximos años, canalizada por medio del nuevo Plan de Salud, mantiene la continuidad y coherencia con los planteamientos, objetivos y acciones del Plan anterior, garantizando de esta manera la aplicación en Canarias de las recomendaciones de política normativa generadas por la Organización Mundial de la Salud en su propuesta de Salud para todos en el siglo XXI. Por esta razón las grandes metas del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 siguen siendo las mismas, puesto que sigue siendo necesario:

- Prolongar la duración y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años), centrando las actuaciones sobre los problemas de mayor impacto en la



salud de la población. Reducir las desigualdades en la salud, garantizando la equidad y solidaridad y la asignación de recursos en el sistema sanitario.

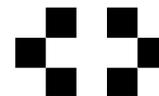
- Mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, buscando el máximo beneficio en salud para las inversiones realizadas por el Gobierno de Canarias.

El II Plan de Salud de Canarias es coherente con el Plan de Desarrollo de Canarias 2002-2006, a través de los contenidos expresados en su objetivo 5 sobre "mejora del grado de cobertura y de la calidad de los servicios públicos orientados a las personas", estrategia 5.1, "mejora de la calidad de los servicios y equipamientos colectivos y de bienestar social", así como con la línea de actuación 5.1.1, relativa a la consolidación del sistema sanitario.

Por otro lado el Plan debe de garantizar su efectividad mediante el compromiso de ejecución de sus objetivos, como condición necesaria para que tengan lugar los resultados de cambios esperados sobre la mejora de la salud de la población. Garantizar la efectividad del Plan como instrumento para la mejora de la salud, exige que se mejore la ejecución de cada una de las siguientes etapas o actividades clave:

- Determinar de manera más precisa las necesidades y prioridades de salud de la población.
- Seleccionar científicamente las intervenciones más efectivas y proponer que se financien las más equitativas (costo-efectivas).
- Asegurar la disponibilidad de los fondos presupuestarios que garanticen la ejecución.
- Seleccionar el ámbito territorial más apropiado de aplicación, con base en criterios de equidad y eficiencia.
- Financiar con fondos públicos sólo las fórmulas organizativas más eficientes que vayan a ser implantadas dentro de los servicios sanitarios.
- Intensificar el proceso de monitorización de su ejecución y de la evaluación de sus resultados.

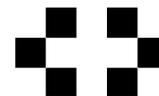
En relación con el primer Plan de Salud de Canarias, en éste se emprenden varias transiciones. Si bien en el primer Plan se llevó a cabo el abordaje de un



amplio número de problemas de salud de naturaleza diferente, forzando la coexistencia entre algunos de ellos que actuaban como causas o determinantes (drogas y conductas adictivas), con otros identificables como servicios (higiene alimentaria, sanidad ambiental, emergencias sanitarias) y, por último, con otros que claramente son consecuencias (enfermedades cardiovasculares, cáncer y Diabetes Mellitus, entre otras). La primera de estas transiciones consiste, por tanto, en que la selección de los problemas de salud prioritarios se ha llevado a cabo de manera más exigente, centrando la atención sobre los problemas de salud, en este caso las consecuencias, que limitan en mayor grado tanto la cantidad como la calidad de vida relacionada con la salud.

Otra transición producida es la que va desde un Plan de Salud en el que los objetivos fueron definidos normativamente, y las actuaciones a partir del consenso entre expertos, hasta un nuevo Plan en el que los objetivos y las actuaciones son definidos pragmática y científicamente.

La equidad en la orientación de los recursos públicos y la reducción de las desigualdades siguen siendo claves en la revisión del Plan de Salud.



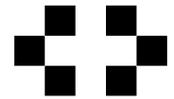
3. Importancia del Plan de Salud para reforzar la convergencia de objetivos y el compromiso político

El Plan de Salud de Canarias constituye un instrumento esencial para la política sanitaria del Gobierno, al orientar y especificar las directrices más relevantes que deben ser desarrolladas para mejorar la salud de la población. Así lo entendió en 1994 el Gobierno de Canarias, al incluir el Plan de Salud como uno de los elementos centrales de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. El carácter esencial del Plan de Salud cobra aún más relevancia por cuanto, hasta la actualidad, es el único instrumento público a través del cual el gobierno explica, a todos los sectores de población, las actuaciones previstas; a la vez que establece compromisos explícitos para llevar a cabo el mejor uso de los recursos públicos.

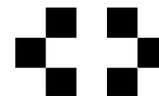
El Plan de Salud de Canarias, como eje de actuación del Gobierno de Canarias en materia sanitaria, buscará la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación sanitaria, y, en particular, con la planificación estratégica en el Servicio Canario de Salud. De esta manera se pretende crear un “verdadero tejido” a partir de la convergencia de las actuaciones previstas en el Plan de Salud y en el Plan Estratégico; que dé consistencia, coherencia y solidez a las políticas sanitarias a implantar. Esta es una condición necesaria para garantizar la coherencia de la política sanitaria, tanto en el discurso como en la acción y en la credibilidad tanto hacia el interior como hacia el exterior de la organización sanitaria.

El II Plan de Salud, como eje de actuación del Gobierno de Canarias en materia sanitaria, busca la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación sanitaria y, en particular, con la planificación estratégica del Servicio Canario de la Salud.

El nuevo Plan de Salud continúa afrontando el reto de la intersectorialidad, dado que propone medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, al querer propiciar mejoras de la salud estables en la comunidad. Para ello resulta básica e imprescindible la coordinación entre los diversos sectores implicados, y vital un claro compromiso por parte de todas las administraciones públicas. Somos conscientes de que la mayoría de los planes autonómicos de salud han obtenido pocos resultados a partir de la colaboración interinstitucional, pero no



es menos cierto que desde la acción sanitaria aislada no se consiguen los cambios requeridos para continuar impulsando la transición hacia una sociedad más sana. En nuestra Comunidad, a pesar de los resultados obtenidos inicialmente en la coordinación de acciones intersectoriales en salud promovidas desde el I Plan de Salud, hemos de intensificar los esfuerzos para que las políticas de salud sean una responsabilidad compartida por el conjunto de las administraciones públicas.



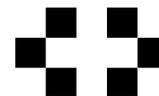
4. Principales retos del Plan de Salud

En un momento como el actual en el que la sanidad pública está sometida a tensiones, tanto internas como externas, sigue siendo necesario disponer de un instrumento rector de las decisiones de política sanitaria, en el que quede claro que el objetivo central es la *mejora de la salud de la población*. Tal como ha ocurrido en el resto de países desarrollados, la agudización de la confrontación entre el incremento de las demandas sociales y profesionales frente a un escenario financiero limitado, exige un entorno planificado que permita evitar o minimizar las decisiones inapropiadas (desde el punto de vista de la necesidad, eficiencia y equidad) y eludir asimismo la transición posterior hacia planteamientos *economicistas* o *racionadores*.

En otras comunidades autónomas españolas y otros países europeos en los que los planteamientos estaban más orientados a la contención de costes, se está apostando con más intensidad por incorporar fórmulas que, como los planes de salud, hacen posible conciliar las necesidades de salud individuales, en el presente, con las colectivas, a largo plazo. Complementariamente, los planes de salud han demostrado ser de ayuda para modular las presiones ejercidas desde grupos profesionales o sociales con intereses particulares.

Otro de los principales retos del nuevo Plan de Salud es propiciar una toma de decisiones transparente y explícita, liderada desde las políticas de Salud Pública, y producto del trabajo participativo de epidemiólogos, clínicos, evaluadores de tecnologías, economistas de la salud y planificadores, que haga posible que la toma de decisiones responda, por un lado, a las necesidades de salud de la población, y, por otro, a criterios equitativos de costo-efectividad. Afrontar el proceso de toma de decisiones de esta manera, permite (como hasta ahora) tanto liderar eficazmente la política sanitaria, como legitimar las decisiones adoptadas, con frecuencia difíciles y comprometidas, frente a la sociedad y a los profesionales sanitarios.

Otro de los retos del nuevo Plan de Salud es el de mejorar la transferencia de objetivos desde los Servicios Centrales hasta el nivel de toma de decisiones clínicas. Hasta ahora hemos concentrado nuestra actuación en el reforzamiento de las relaciones entre los Servicios Centrales y de gestión, transfiriendo escasas



responsabilidades al nivel clínico. Esta actitud ha de ser reorientada a partir de ahora, dado que los profesionales sanitarios constituyen el elemento más relevante para la eficiencia del sistema sanitario y, no podemos promover reformas sin que estas logren impregnar las conductas de los profesionales.

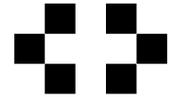
El nuevo Plan de Salud es un instrumento más eficaz, y además de mejorar su proyección hacia los niveles clínicos de toma de decisiones, hará posible que se lleve a cabo una *compra de servicios para la salud basada en el conocimiento*. Esta actividad requiere la concatenación de las tres actividades siguientes:

- Evaluación de las necesidades y prioridades en salud de la población.
- Identificación de intervenciones efectivas, seguras, coste-efectivas frente a los problemas de salud de mayor magnitud y que generen mayores desigualdades
- Compromiso constante y mantenido en el tiempo, tanto por parte del financiador como del comprador, con las prioridades de salud de la población.

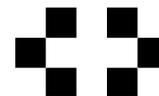
El reto para este nuevo Plan de Salud será mejorar la toma de decisiones sobre financiación con base en criterios de necesidades de salud y de prioridades que tengan en cuenta la costo-efectividad de las intervenciones, aspectos éstos que están expresados en el II Plan de Salud de Canarias.

Es necesario que el gestor ejerza de intermediario entre la institución y las necesidades de salud de la población de su entorno, contribuyendo a la traducción de los objetivos del Plan de Salud hacia la práctica clínica diaria. A su vez, en esa misma línea, es especialmente importante promover la orientación de los profesionales sanitarios (asistenciales y de salud pública) hacia la evaluación y hacia la obtención de resultados con un compromiso creciente con la eficiencia. El hecho de que el II Plan de Salud de Canarias utilice un lenguaje adaptado a estos profesionales y haya sido elaborado con una amplia participación profesional es un elemento facilitador de estas tareas.

Las tensiones habitualmente existentes en los sistemas sanitarios de financiación pública y cobertura universal, derivadas de la confrontación entre las demandas crecientes por un lado, y el carácter limitado de la financiación disponible, por otro, encuentran una oportunidad en el Plan de Salud para ser más



adecuadamente conducidas. Algunas de estas tensiones se han intensificado incluso en los últimos años, a pesar de que la financiación sanitaria, el gasto y las inversiones se han visto incrementadas en porcentajes superiores al 50%. En estas condiciones, el proceso de aprobación del Plan de Salud de Canarias podría desempeñar el papel de catalizador de un Pacto por la Salud en el que, a través de una amplia participación profesional, social, de partidos políticos y sindicatos, se consiguiera transformar la confrontación en convergencia de objetivos para la mejora de la salud de la población.

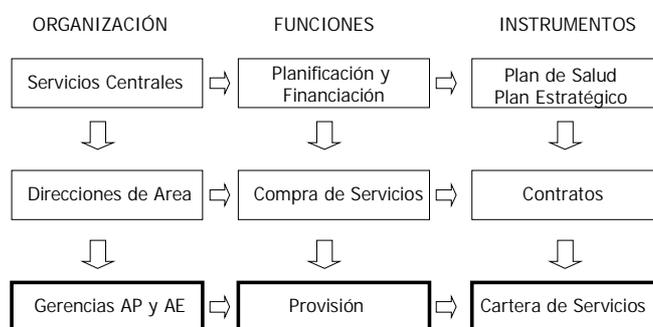


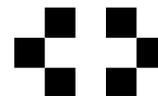
5. Aspectos organizativos de la Sanidad Pública en Canarias y su relación con la planificación

En Canarias, reproduciendo las tendencias de reforma sanitaria vigentes en buena parte de España y Europa, la Ley de Ordenación Sanitaria establece la creación de mercados internos mediante la separación de las siguientes funciones en tres niveles inicialmente distintos: planificación y financiación, situada en el nivel político-administrativo de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad del Servicio Canario de la Salud; compra de servicios y evaluación, en las áreas de salud; y por último, gestión y provisión, en las Gerencias de Atención Primaria y Direcciones-Gerencias de los Hospitales y Gerencias de Servicios Sanitarios.

Independientemente del desarrollo que haya alcanzado en nuestra Comunidad la interpretación de este aspecto particular de la norma, el proceso de transferencia de responsabilidades y financiación desde el nivel político-administrativo hasta el nivel clínico, al objeto de garantizar la respuesta planificada frente a las necesidades de salud de la población, se ha valido de los Programas de Gestión Convenida. El compromiso político con el Plan de Salud ha inspirado los contenidos de los distintos Programas de Gestión Convenida elaborados por el Servicio Canario de la Salud con sus propias instituciones.

ORGANIZACIÓN, FUNCIONES E INSTRUMENTOS DE POLÍTICA SANITARIA
GOBIERNO DE CANARIAS





El proceso de adaptación necesario para que los objetivos del Plan de Salud se incorporen apropiadamente tanto a los contratos como a la práctica clínica, debe contemplar la posibilidad de que el mismo Plan de Salud incluya propuestas sobre el tipo de servicios que se requieren, la forma más eficiente de organización y la cantidad y localización de los mismos en el territorio; todo ello a partir de la consideración de criterios de equidad y eficiencia.

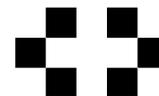
Esta cuestión no es nueva para el Plan de Salud de Canarias, dado que en su fase anterior de ejecución (1997-2001) ya se estableció la reorganización de los servicios asistenciales para los diabéticos y para los enfermos reumáticos. En cualquier caso, estas recomendaciones incluidas o anticipadas por el Plan de Salud, deberán consolidarse en la ejecución del Plan Estratégico del Servicio Canario de la Salud.

Estamos seguros de que, tal como ha ocurrido en otros países en los que implícita o explícitamente se han incorporado reformas del sistema sanitario, el esfuerzo y compromiso constante por llevar los objetivos de salud hasta la práctica clínica pondrá de manifiesto la necesidad de ir reordenando algunos aspectos de la organización asistencial.

5.1. El Plan de Salud y los servicios de Salud Pública

En las últimas décadas se ha producido un importante crecimiento de los servicios sanitarios asistenciales, al objeto de garantizar el acceso generalizado de la población a los servicios curativos, rehabilitadores o paliativos. Las redes de asistencia primaria y especializada, que aglutinan a la inmensa mayoría del personal sanitario, son percibidas y reconocidas por la población como los referentes para todos los aspectos relacionados con el cuidado de la salud. Sin embargo, para reorientar el sistema hacia políticas de salud de la población será necesario potenciar y transformar los servicios de Salud Pública, dado que la actual dotación de recursos es susceptible de ser mejorada.

El actual modelo de salud pública se centra fundamentalmente en aspectos relacionados con la protección de los ciudadanos frente a los riesgos medioambientales y, en particular, frente a las enfermedades infecto-contagiosas, que eran importantes causas de enfermedad y muerte hasta hace unas décadas.



La mayor parte de su actividad está y ha estado centrada sobre el control de los factores de riesgo de infecciones de las aguas y de los alimentos, al control de los brotes epidémicos o a las campañas de inmunización.

Sin embargo, a pesar de ser conscientes de que en la actualidad estos riesgos continúan estando presentes – en forma de enfermedades infecciosas emergentes, como el Síndrome Respiratorio Agudo – y, que, consecuentemente, requieren de sistemas de vigilancia oportunos, la nueva salud pública deberá reorientarse a los problemas que han emergido con fuerza extraordinaria desde hace años y que constituyen las prioridades que aborda el Plan de Salud 2004-2008.

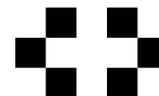
En este contexto, los servicios de Salud Pública habrán de contemplar las siguientes actividades:

- Análisis de las necesidades de salud y de sus determinantes.
- Desarrollo y evaluación de las políticas de salud.
- Protección de la salud.
- Prevención y promoción de la salud individual y colectiva.
- Promover la incorporación de los objetivos de salud pública en los Programas de Gestión Convenida.

Estas actividades deberán ser diseñadas de acuerdo al marco vigente actual, en el que existe una clara separación de funciones entre los servicios centrales, las áreas de salud y las gerencias asistenciales; por lo que será preciso que estas actividades encuentren espacio en los Programas de Gestión Convenida que el Servicio Canario de la Salud establece con las gerencias. Paralelamente, esta transición deberá conllevar un cambio en el proceso de asignación de recursos, caracterizado por la elaboración de presupuestos por programas y servicios prestados.

5.2. El Plan de Salud y los servicios de Atención Primaria

Tanto el enfoque del nuevo Plan de Salud, orientado decididamente hacia la búsqueda de la eficiencia de las actuaciones de los servicios sanitarios para la



mejora continua de la salud, como sus contenidos y actuaciones previstas, hacen de la Atención Primaria el ámbito de aplicación preferente de la mayor parte de dichos objetivos. A esto contribuye, además, la posición estratégica de los equipos de Atención Primaria como puerta de entrada del Sistema Canario de Salud. Además, la evaluación global del alcance de los objetivos del Plan de Salud 1997-2001 en el ámbito de la Atención Primaria de Salud muestra que existe una mejor aceptación y materialización de los objetivos del Plan de Salud en los contratos establecidos con las Gerencias de Atención Primaria.

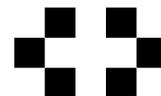
Para que el nivel de Atención Primaria mejore su respuesta como puerta de entrada al sistema y como protagonista de la ejecución del II Plan de Salud, es necesario insistir, como se ha hecho en los últimos años, en la incorporación de nuevos recursos humanos, trabajar constantemente en la formación continuada, evaluar su rendimiento (farmacia, solicitud de pruebas, índices de derivaciones) y sus resultados, y mantener los incentivos profesionales que constituyan un estímulo constante para la mejora.

5.3. El Plan de Salud y los servicios de Atención Especializada

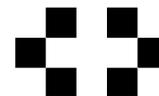
A través de la ejecución del Plan de Salud y del Plan Estratégico del Servicio Canario de la Salud es posible reactivar la transición de los hospitales hacia el nuevo papel a desempeñar en el seno del sistema sanitario. En este contexto habría que promover que los profesionales, a través de los compromisos adquiridos tras una negociación efectiva de los Programas de Gestión Convenida, tiendan a asumir una mayor corresponsabilidad con los objetivos de la política sanitaria del Gobierno.

Para ello, la financiación de los contratos con el hospital deberá contemplar, además de la cartera de servicios clásica del hospital, un componente de financiación que estimule el cumplimiento de los objetivos y programas asistenciales contemplados en el II Plan de Salud. En cualquier caso los avances deberán ser graduales pero constantes y siempre enmarcados por las directrices establecidas por el Plan de Salud y el Plan Estratégico.

En este contexto, cada año, el Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y más concretamente del Servicio Canario de la Salud,



determinará los programas y objetivos que, de acuerdo con el Plan de Salud y los objetivos estratégicos de la organización, sean de especial interés.

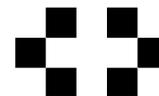


6. Propuestas para la revisión del Plan de Salud

6.1. Aspectos generales

A partir de la revisión de las tendencias sobre planificación a nivel internacional, y del análisis de las conclusiones de los debates que, sobre planificación sanitaria, se han llevado a cabo recientemente en España, y teniendo en cuenta, además, nuestra propia experiencia regional, el nuevo Plan de Salud 2004-2008 será:

- Preciso: centrando la atención y la asignación de recursos sobre un reducido número de problemas de salud, seleccionados a partir de criterios de importancia epidemiológica, vulnerabilidad, impacto socio-económico y factibilidad. Además se identifican con claridad las intervenciones disponibles cuya efectividad ha sido suficientemente demostrada.
- Específico: de tal manera que sea posible diferenciar lo que se espera de las políticas generales y de las actuaciones que corresponden a los servicios de Salud Pública o a los niveles clínicos.
- Orientado hacia los resultados: lo que ha exigido que los objetivos sean mensurables y que permitan la comparación de resultados.
- Clarificador sobre la prioridad de las intervenciones y consecuentemente de su financiación, en la medida que es posible asignar científicamente prioridades de actuación con base en criterios de necesidad, equidad y coste-efectividad, y que éstas se transformen en compromisos del Gobierno, legitimados por el Parlamento.
- Financiado en la ejecución de sus compromisos.
- Informados: Se necesitarán sistemas de información enfocados sobre cada uno de los problemas incluidos en el Plan para llevar a cabo una evaluación continua, eficaz y transparente.



6.2. El establecimiento de prioridades

El establecimiento de prioridades debe afrontar tres fases sucesivas, centrándose inicialmente sobre los problemas de salud, para posteriormente establecer los objetivos y luego las líneas de actuación.

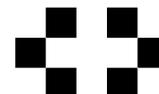
En nuestra Comunidad Autónoma la disponibilidad de información para afrontar con garantías este proceso es mayor hoy que en cualquier otro momento del pasado. Los problemas de salud prioritarios se identifican a partir del análisis del estado de salud, lo que requiere información epidemiológica, clínica y de consumo de recursos (socio-económica). Otros criterios que han de considerarse en la priorización de los problemas de salud son la vulnerabilidad del problema y la factibilidad y eficacia de las intervenciones. En particular el uso de información relativa a la ganancia de años de vida ajustada por calidad (AVACS o QALYS) es utilizada en el II Plan de Salud de Canarias, tal como previamente se llevó a cabo en Holanda, Suecia y Reino Unido.

Los problemas de salud que no reciban el máximo nivel de prioridad no implican que dejen de ser importantes y serán objeto de un proceso de planificación operativa (programa) específico, que hará posible trabajar por objetivos y recibir financiación para los mismos.

6.3. Los problemas de salud prioritarios

El nuevo Plan de Salud concentra la atención sobre aquellos problemas de salud que limitan en mayor grado la cantidad y la calidad de vida de los canarios, y sobre los que se puedan alcanzar ganancias de salud de mayor magnitud. De esta manera, además, se simplifica la gestión de la ejecución del Plan. Para ello la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias desarrolla, a través del II Plan de Salud, cinco programas de actuación que se centrarán en:

- *Cardiopatía isquémica*
- *Cáncer*
- *Salud mental*
- *Diabetes Mellitus*
- *Envejecimiento*



El II Plan de Salud, a pesar de apostar, en esta nueva etapa, por centrar la atención y la asignación prioritaria de recursos sobre un limitado número de problemas de salud, pretende ampliar el ámbito de la determinación de prioridades a otros objetivos que no son sanitarios en sentido estricto. Estas otras áreas de trabajo prioritarias se centrarán en cómo se llevarán a la práctica las mejoras en los servicios prioritarios antes citados.

Por último, se incluye un programa adicional que exige la actuación intersectorial para afrontar con garantías las consecuencias de la seguridad vial y laboral.

Tabla 1. Muertos, años de vida perdidos y costes económicos de los accidentes de tráfico, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento y enfermedades mentales en Canarias (1997, 1998)

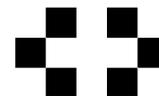
Problemas de salud	Muertos	AVP	AVPP	Costes directos* (mill. €)	Costes indirectos (mill. €)	Costes totales (mill. €)	Costes sanitarios /Gasto sanitario*	Costes totales/ PIB**
Accidentes de tráfico (1997)	181	8.031	5.744	195,69 ^a (69%)	44,04 (31%)	239,73	1,5 %	1,26 %
Diabetes (1998)	489	5.066	689	66,84 (78%)	14,77 (22%)	81,61	5,9 %	0,39 %
Cáncer (1998)	2.950	47.982	13.800	58,04 (28%)	135,68 (72%)	193,72	5,1 %	0,93 %
Enf. Cardio-vasculares (1998)	4.418	44.447	8.711	134,44 (48%)	111,68 (52%)	246,11	11,9 %	1,19 %
Trastornos mentales (1998)	409	7.496	4.199	55,71 (35%)	102,84 (65%)	158,55	4,9 %	0,76 %
Envejecimiento (1998)	8.636	65.903	-	261,62	-	261,62	23,1 %	1,26 %

AVP: Años de vida perdidos

* Costes sanitarios de los diferentes problemas de salud en porcentaje al gasto sanitario total en Canarias

** Costes totales, en porcentaje, en relación al Producto Interior Bruto (PIB)

^a Los costes directos incluyen: costes sanitarios, costes administrativos de las aseguradoras y costes de los daños materiales



6.4. La equidad en el nuevo Plan de Salud

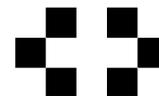
La equidad y en particular la reducción de desigualdades en los niveles de salud de la población, encontrarán un espacio relevante en el Plan de Salud. Otro aspecto a destacar, tiene que ver con el conflicto que supone combinar la búsqueda de la equidad y de la eficiencia en un territorio fraccionado, en el que además, la distribución de la población es heterogénea y concentra el 80% de la misma en únicamente dos islas. Esta dificultad nos debe forzar a desarrollar procedimientos, como las tecnologías de las comunicaciones, que han demostrado, merced a experiencias propias efectuadas por el Servicio Canario de la Salud, que es capaz de contribuir a equilibrar los principios de equidad y eficiencia.

En cualquier caso será necesario potenciar la investigación sobre niveles socioeconómicos y niveles de salud; al objeto de poder orientar de manera apropiada las intervenciones sanitarias hacia los sectores de mayor necesidad. Otras posibles diferencias de acceso relacionadas con el género o con la variabilidad de la práctica médica, serán minuciosamente investigadas al objeto de evitar su concurrencia.

6.5. Los objetivos del Plan de Salud

El reto del nuevo plan es el de alcanzar mayores cotas de efectividad en su objetivo fundamental de *mejorar la salud*. Para ello, el establecimiento de objetivos confiere una dirección al proceso de toma de decisiones, promueve la discusión sobre la magnitud del cambio que debe ser alcanzado, a la vez que hace posible el cálculo de los recursos necesarios y permite que se evalúen tanto el proceso como los resultados.

Se hizo preciso identificar y seleccionar el menor número de objetivos y actuaciones que aproximen los mejores resultados posibles en la línea de actuación llevada a cabo por otras organizaciones, tanto de carácter nacional como internacional, incluida la OMS, que disminuye de 38 a 21 el número de objetivos de Programa *Salud para Todos en el Siglo XXI* con respecto al programa anterior para el año 2000. Algunos argumentos complementarios que contribuyen a justificar esta decisión son:



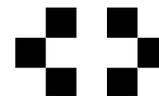
- Factibilidad de implementación tanto para la *ejecución* de los objetivos como para la evaluación de los resultados de los mismos.
- La evidencia científica demuestra que no son tantas las intervenciones que conllevan significativas ganancias en salud.
- En el I Plan de Salud 1997-2001 se incorporaron tanto los objetivos diana de resultados como aquellos otros pasos u objetivos intermedios de proceso destinados a hacer posible la consecución de los primeros, al objeto de establecer una secuencia de actuaciones que facilitaran el cumplimiento del objetivo diana.
- La factibilidad económica: para implementar los *objetivos* recogidos en el Plan se necesita asignar presupuestos en los Programas de Gestión Convenida para la contratación de los servicios requeridos.
- Factibilidad organizativa: al disminuir los objetivos se *hace* posible concentrar la atención y los recursos sobre los problemas prioritarios, centrándonos en las intervenciones que más progresos puedan lograr.

Los objetivos se formulan haciendo constar de forma explícita los siguientes puntos:

- la intervención que debe ser desarrollada, indicando el nivel que debe ser alcanzado
- el dato de partida y tendencia, y la fuente del dato
- período de ejecución
- financiación necesaria para su implementación
- organización o sector de la misma responsable de la implementación
- criterio de evaluación y organización encargada de la misma.

6.6. La evaluación económica

La evaluación económica cumple un doble papel en el II Plan de Salud de Canarias. En primer lugar, la incorporación de objetivos de salud se produce tras la constatación de la efectividad y coste-efectividad de los mismos. Adicionalmente,



las actuaciones contempladas por dicho Plan cuentan con una ficha financiera que prevé las inversiones necesarias para su financiación específica y ulterior incorporación a los Programas de Gestión Convenida.

6.7. Implantación del Plan de Salud

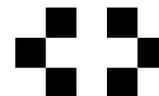
Un aspecto que se persigue es la necesidad de aumentar los niveles de ejecución con respecto a los objetivos que les corresponden a los diferentes responsables del Plan de Salud. A este respecto, algunas de las actuaciones que contribuyen a ello, son:

- Reducción del número de objetivos
- Selección de los objetivos con base en criterios de evidencia de efectividad y coste-efectividad
- Asignación de los objetivos a cada nivel asistencial (primaria, especializada, salud pública, y otros)
- Asignación de financiación específica

De este modo, el conjunto de acciones propuestas para orientar el nuevo Plan de Salud no sólo ayudan a la consecución de los objetivos sino también refuerza el modelo de gestión por objetivos.

Hasta la fecha no disponemos de otro instrumento que el contrato de gestión, para establecer relaciones contractuales entre financiador, comprador y proveedor; al objeto de canalizar las estrategias de salud que deban ejecutarse en el sector sanitario. Es por esto que hemos de centrar nuestros esfuerzos para mejorar el valor y utilidad del Programa de Gestión Convenida en la transferencia de la capacidad financiera y responsabilidad de provisión, en los aspectos relacionados con el Plan de Salud.

Además, los servicios centrales del Servicio Canario de la Salud deberán garantizar la integración entre la planificación estratégica y la función central de compra. Así, tanto el diseño como la formulación de los Programas de Gestión Convenida deberá de llevarse a cabo con la participación de la oficina de planificación.



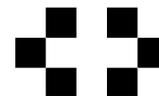
Con respecto a la readaptación de los contratos de gestión a las estrategias contenidas en el Plan de Salud, es necesario que se incluyan en los Programas de Gestión Convenida objetivos explícitos vinculados a los objetivos del Plan.

No todos los objetivos precisan ser de tipo cuantitativo, pudiendo incorporarse en los Programas de Gestión Convenida objetivos de tipo cualitativo. Independientemente del nivel asistencial con el que se suscriban dichos programas, el planificador / financiador deberá convertir o tratar a los servicios de educación para la salud y preventivos en prestaciones sanitarias.

6.8. Evaluación de los objetivos

Por último hemos de señalar la necesidad de mantener los procedimientos de evaluación en el Plan de Salud, tanto en lo relativo a los objetivos finales como a los pasos previos para conseguir los objetivos. Para ello es conveniente potenciar los sistemas de información que permitan monitorizar, de manera transparente para todos los sectores implicados, el grado de cumplimiento de los objetivos y su repercusión sobre los indicadores de la salud de la población.

Este proceso evaluativo nos permitirá monitorizar la dirección y la intensidad de avance, lo que hará posible actuar con antelación en caso de que se produzcan desviaciones del objetivo preestablecido.



7. Incorporando el análisis coste-efectividad en la planificación sanitaria

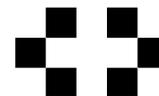
7.1. Introducción

A partir de los años setenta, el incremento continuo del gasto sanitario ha sido motivo de una creciente preocupación por parte de los Gobiernos. Las razones principales de este crecimiento son el envejecimiento de la población y el cuidado de los enfermos terminales; el incremento de las enfermedades crónicas y de la necesidad de cuidados que trae consigo; la variabilidad en la práctica clínica; las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios; el incremento de la cartera de servicios y la mayor accesibilidad a las prestaciones sanitarias.

Además, un aspecto específico que contribuye de una manera importante al gasto sanitario creciente es la introducción de nuevas tecnologías y medicamentos nuevos y caros, de cuyo uso puede no derivar una mejora en el resultado final del tratamiento. No basta con saber que una tecnología es segura, ni que consigue con precisión aquello para lo que se diseñó. La pregunta fundamental es si mejora el resultado terapéutico respecto a tecnologías previamente existentes.

En los últimos años se ha producido un crecimiento continuo e intenso del gasto sanitario público en Canarias, alcanzando el 5,8% del Producto Interior Bruto. Las mejoras de salud de la población, expresadas tanto en términos cuantitativos (esperanza de vida y mortalidad infantil) como cualitativos (esperanza de vida libre de incapacidad), han continuado produciéndose a un ritmo que se relaciona no sólo con la mejora progresiva de los niveles de vida de la población, sino también con las cuantiosas inversiones producidas recientemente en el sector sanitario, dado que estas últimas han estado centradas en la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios (infraestructuras y programas asistenciales) y en la calidad e intensidad de la oferta asistencial (incremento de los recursos humanos, de la utilización de medicamentos, consultas y cirugía, entre otros).

El Gobierno de Canarias estableció, por medio del I Plan, las prioridades de salud. Tras identificar las necesidades de salud de mayor magnitud en Canarias, el



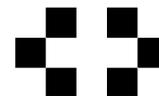
Gobierno se comprometía a la ejecución de una serie de actuaciones, acordadas por consenso entre expertos, para mejorar los niveles de salud de la población.

A lo largo de la ejecución del Plan de Salud de Canarias 1997-2001 se han puesto en marcha una serie de programas preventivos y asistenciales previstos por el propio plan, además de la inversión en infraestructuras y la mejora de la dotación en recursos humanos.

Este II Plan de Salud avanza en el proceso de establecimiento de prioridades, en varios aspectos. El primero de ellos consiste en la selección, como problemas de salud prioritarios, de aquellos que limitan en mayor medida el crecimiento de la esperanza de vida y de la calidad de vida al conjunto de la población. En segundo lugar, se han seleccionado las actuaciones sanitarias que han demostrado científicamente su efectividad para mejorar la situación de salud condicionada por estos problemas. Estas actuaciones han sido clasificadas en base a la validez científica de la investigación que ofrecen los resultados disponibles de la literatura científica. Posteriormente hemos procedido a ordenar estas actuaciones haciendo uso de análisis coste-efectividad. Este tipo de análisis incorpora y sintetiza los beneficios esperados, posibles daños y costes, de las diferentes alternativas de mejora de la salud, por lo que constituye una herramienta de inestimable valor para dar soporte a la toma de decisiones sobre asignación de recursos en política sanitaria en aquellas circunstancias caracterizadas por la limitación de recursos financieros para afrontar las demandas existentes.

El Plan de Salud de Canarias 2004-2008 incorpora el análisis coste-efectividad, a partir de los estudios científicos locales y de la actualización de los estudios científicos estatales e internacionales de la mayor calidad científica, para construir un *ranking de actuaciones prioritarias* (league table) para guiar la asignación de recursos sanitarios sobre los problemas de salud de mayor magnitud hasta el 2008.

Weinstein ha argumentado el camino teórico más correcto para determinar que una intervención representa una utilización apropiada de recursos sobre un presupuesto explícito restringido. Esto lleva consigo la elaboración de un listado ordenado de todas las posibles utilizaciones de recursos en términos de análisis incremental coste-efectividad y ordenar la lista situando las intervenciones más coste-efectivas al principio de la misma hasta que el presupuesto se agota. El orden



natural de este ejercicio se ha acuñado con el término *ranking coste-efectividad* (cost-effectiveness league table) para describir el proceso y es común en los analistas presentar los resultados de su propia evaluación en el contexto de un ranking ad hoc para poder comparar el coste-efectividad de la intervención bajo consideración con otras intervenciones coste-efectividad de la literatura.

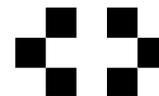
7.2. Presentación y utilización de los rankings o "league tables"

Normas de decisión para el análisis coste-efectividad

Hasta la fecha, el método más utilizado para el análisis económico ha sido el análisis coste-efectividad, donde los beneficios sanitarios de las intervenciones sanitarias se miden en unidades naturales. Aunque esta forma de análisis tiene una gran consistencia cuando una intervención sanitaria domina a una intervención alternativa (cuando es menos costosa y tiene una mayor efectividad), estos resultados son difíciles de interpretar cuando la intervención tiene mayor efectividad pero también un mayor coste.

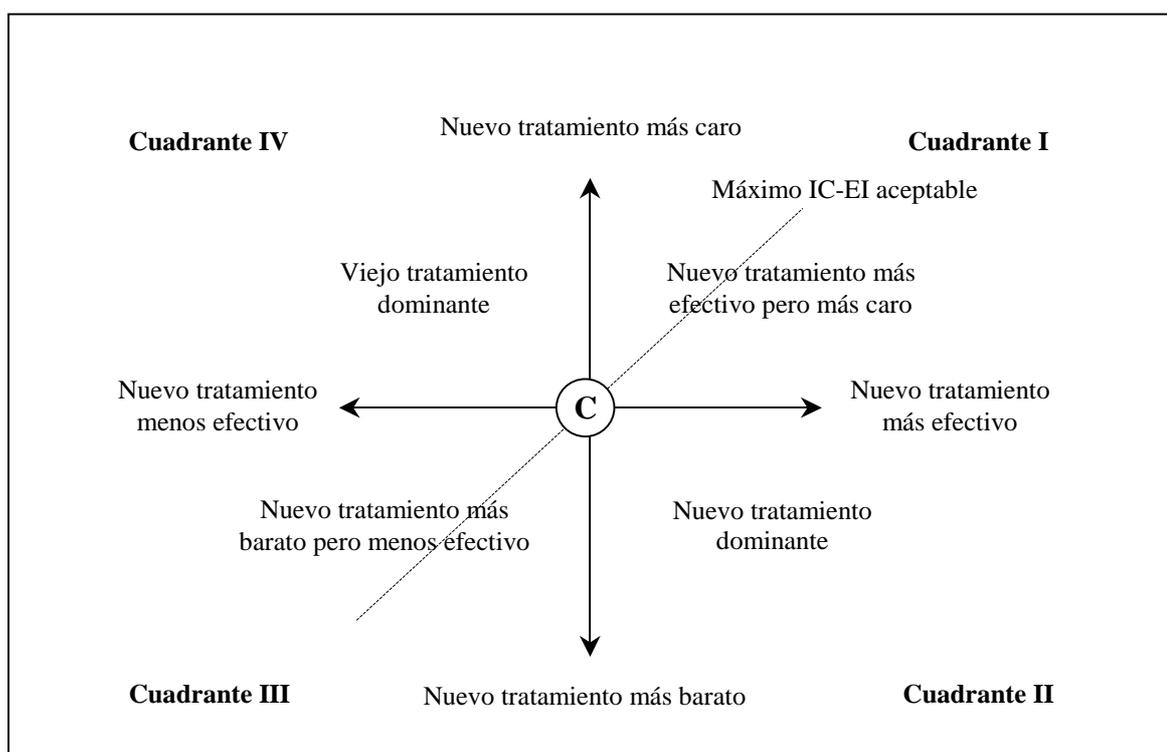
Para poder juzgar que el beneficio en salud tiene un coste adicional, los economistas utilizan la noción del coste de oportunidad, que se define como el valor de los recursos en la mejor alternativa utilizada. En este contexto de intervenciones sanitarias, los costes de oportunidad de utilizar recursos para financiar una intervención son los beneficios en salud que se pierden al no poder financiar otras intervenciones diferentes. Por lo tanto, con tantas intervenciones sanitarias demandando recursos sanitarios, es necesario comparar donde se ganan mayores beneficios en salud y donde se deben utilizar. Para esto se requiere una medida genérica de resultados en salud, que se pueda comparar entre diferentes problemas de salud. Tal vez el mejor resultado en salud conocido sea el año de vida ganado (AVG) y el año de vida ajustado por calidad (AVAC). Aunque otros mecanismos han sido sugeridos por la comunidad científica, todas estas medidas principalmente reconocen que mortalidad y morbilidad son características importantes de los estados de salud. Por lo tanto en esta metodología utilizamos el AVG y AVAC de una forma general para tratar de ajustar mortalidad y morbilidad.

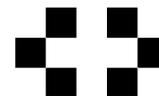
Algunos autores sugieren que el objetivo del análisis coste-efectividad es comparar los costes y efectos de un tratamiento con una alternativa relevante. Hay



cuatro situaciones que forman cuatro niveles para los resultados del análisis coste-efectividad. Los 4 niveles coste-efectividad se muestran en la figura 1. Hay que tener en cuenta que los niveles que ilustran la figura es incremental tal que el tratamiento comparador (el tratamiento control en este caso) es el origen en la figura y los ejes horizontal y vertical por lo tanto se vinculan al efecto y a las diferencias en costes respectivamente. Cuando una intervención es simultáneamente más barata y más efectiva que la otra (cuadrante II y IV sobre el nivel coste-efectividad), el tratamiento de elección esta claro ya que domina la intervención alternativa. Sin embargo, cuando una intervención tiene mayor efectividad y mayor coste (cuadrantes I y III sobre el nivel coste-efectividad), entonces la decisión no está clara. Por lo tanto, es necesario tomar una decisión acerca de si los costes adicionales del tratamiento más caro se justifican por la efectividad adicional asociada con el tratamiento. Para poder ayudar a tomar una decisión sobre dicho juicio, se puede calcular una relación coste-efectividad incremental la cual proporcionará un resumen del coste-efectividad de una intervención en relación a la otra.

Figura 1. Niveles coste-efectividad





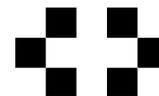
Interpretación de las League Tables o Rankings coste-efectividad

En los últimos años ha sido muy común comparar las intervenciones sanitarias en términos de su coste-efectividad relativa, expresada en coste por AVG o coste por AVAC. El primer ranking o *league table* sobre actuaciones sanitarias publicado en el Reino Unido lo elaboró Williams (1985), en los Estado Unidos las han publicado Torrance y Zipurky (1984) y Schulman et al. (1991). Las league tables o rankings llevan consigo dos motivaciones. Primero, los analistas que evalúan un tratamiento o programas sanitarios concretos suelen comparar sus resultados con otros estudios (en un contexto más amplio). Segundo, algunos analistas buscan ilustrar las decisiones sobre asignación de recursos sanitarios entre programas alternativos. La mayoría de las críticas a las *league tables* o rankings se dirigen a esta segunda motivación.

Para que la información de las *league table* o ranking tenga alguna utilidad para los responsables de tomar las decisiones, debe poderse confiar en que la metodología de los estudios originales esté estandarizada y sea homogénea entre sí. Drummond et al. (1993) han estudiado estos temas con referencia a la *league tables* o rankings y creen que son muy importantes varios componentes metodológicos: (1) la tasa de descuento; (2) el método de estimar las preferencias de estado de salud; (3) el rango de costes y consecuencias considerados y; (4) la elección del programa de comparación. No obstante, además de los retos metodológicos, diversos autores han argumentado que el segundo uso de las *league tables* o rankings (es decir, asignar recursos) es bastante complejo y tiene muchas dificultades.

Extrapolación de los resultados de evaluación económica

En las *league tables* o rankings los programas que se comparan provienen a menudo de entornos muy diversos. Ciertos datos científicos son ciertamente transferibles, por ejemplo el efecto clínico de que un paciente tome determinada medicina será similar probablemente, pero eso mismo podría no ser cierto en una misma operación llevada a cabo por cirujanos diferentes. Por lo tanto, la aplicabilidad de los resultados de las evaluaciones económicas de un entorno a otro, dentro de un país y entre países, ha generado amplio debate.



La creciente bibliografía sobre el tema y la rápida expansión de las tecnologías sanitarias a nivel internacional plantean la necesidad de efectuar, o al menos interpretar, las evaluaciones económicas también a nivel internacional. Más aun, muchas veces los ensayos clínicos controlados se llevan a cabo a nivel internacional para reclutar suficientes pacientes o satisfacer las necesidades de agencias médicas o reguladoras de un país que requieren disponer de pruebas de eficacia sobre su propia población de pacientes.

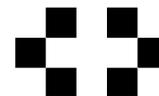
Existen diferentes razones para suponer que los datos económicos pueden ser fácilmente no transferibles desde el entorno en que se lleva a cabo el análisis a otros lugares distintos. Entre ellas están las diferencias de disponibilidad de los tratamientos alternativos y posibles diferencias en los patrones de práctica clínica, en los precios relativos y en los incentivos a los profesionales e instituciones sanitarias.

Factores que afectan al coste-efectividad

El coste-efectividad de un tratamiento varía según la característica de los pacientes; es decir: sus edades, estilos de vida e historial médico. Así pues, cuando se discute el coste-efectividad de los tratamientos y programas asistenciales es importante especificar la población de pacientes a quienes se aplica la intervención.

Así mismo, los países difieren en la gama de tratamientos e instalaciones sanitarias disponibles para sus poblaciones. Aunque la práctica clínica está en parte limitada por las alternativas disponibles, se sabe que también varía entre los médicos de una misma zona geográfica con esencialmente el mismo rango de opciones terapéuticas. En la medida en que la práctica médica es susceptible a variaciones entre países e incluso regiones, probablemente afectará al coste-efectividad relativo de cada tratamiento.

Además los niveles de precios varían entre los países. Desde el punto de vista de las valoraciones de coste-efectividad, sin embargo, la cuestión clave es saber si lo hacen los precios relativos de los recursos sanitarios. Es bien sabido que si entre países los precios relativos de los principales fármacos para una patología concreta difieren, también lo hará su coste-efectividad relativo.



¿Cómo podemos adaptar los resultados de un entorno a otro?

Cualquier análisis que intentase adaptar los resultados de una evaluación económica de un entorno a otro afrontaría una de las siguientes tres situaciones.

Primero, que durante los ensayos clínicos sólo se hubieran recogido datos clínicos y las evaluaciones económicas debieran producirse para más de un país o entorno. Aquí la única opción es realizar una modelización, combinando los datos clínicos con los costes (y posiblemente con los de calidad de vida) obtenidos de diversas fuentes.

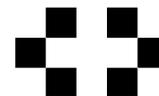
Segundo, que los datos económicos (por ejemplo, las cantidades de uso de recursos) se hayan recogido durante un ensayo clínico efectuado en un país, pero las evaluaciones económicas se quieren para otros entornos. Aquí se podría hacer un estudio de modelización utilizando sólo datos clínicos tal como se señaló anteriormente. Otra alternativa sería adaptar los datos de uso de recursos, hasta hacerlos relevantes para otro entorno.

Tercero, que los datos económicos se hubiesen recogido durante un ensayo clínico multinacional y se necesitasen evaluaciones económicas para todos los países participantes en el ensayo. Aquí el analista dispone de varias opciones para manejar dichos datos sobre uso de recursos. En primer lugar es posible agruparlos en un pool, como es común hacer con los datos clínicos, y luego asignarles un precio separado para cada país. En segundo lugar, como alternativa se pueden analizar por separado los datos sobre uso de recursos para los pacientes de cada país y luego asignarles precios por país. En este caso, los analistas podrían asimismo optar por calcular índices coste-efectividad por país, utilizando los resultados clínicos agrupados en, o los individuos de, cada país.

Cada situación presenta sus retos analíticos, y hoy por hoy existen muy pocos ejemplos publicados en la bibliografía.

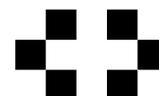
Análisis del umbral coste-efectividad

A pesar de la tendencia internacional respecto a la adopción del criterio de eficiencia como elemento de priorización por parte de los decisores sanitarios en el mundo son muy pocas las evaluaciones económicas completas en las que los autores establecen recomendaciones sobre la conveniencia o no de adoptar una



determinada tecnología sanitaria y no existe un criterio unánime a la hora de realizar tales recomendaciones. Así pues, el problema surge cuando tratamos de definir cuándo un beneficio extra *compensa* su coste adicional. En Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste-efectividad aceptable si el coste adicional de cada AVAC ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC. Aunque dichos límites se establecieron de una forma un tanto arbitraria, a partir de las recomendaciones de estudios de evaluación económica publicados se utilizan frecuentemente como referencia para decidir si una intervención es o no eficiente. Una reciente revisión de los estudios coste-utilidad (que expresan los resultados como coste por AVAC) publicados hasta 1997, en la que se evaluaron 228 artículos y 647 intervenciones, demostró que el 34% de los artículos seleccionados estableció explícitamente que sería aceptable un coste por AVAC inferior a 100.000 dólares con un valor mediano de 50.000 dólares por AVAC.

En España no existe un criterio similar que permita decidir sobre la aceptabilidad o no de una tecnología sanitaria en función de su coste-efectividad. Aunque el número de evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España está aumentando, aún son escasas las publicaciones en las que los autores discuten si su coste sería aceptable socialmente. En un estudio recientemente publicado, los autores después de realizar una revisión sistemática de la literatura publicada recomiendan todas las intervenciones con un coste inferior a los 30.000 €/AVG. A partir de esa cifra, el bajo número de estudios que incluían una recomendación impide establecer un criterio preciso: el único estudio con un coste-efectividad superior a los 120.000 € por AVG recomienda la no adopción. Entre los 30.000 € y los 120.000 € por AVG nos encontraríamos en una zona de incertidumbre. Aunque estos límites sean similares a los utilizados en otros países, debe tenerse en cuenta que en este trabajo los resultados se miden como coste por AVG y AVAC.



7.3. Estructura de la revisión de los estudios coste-efectividad en el Plan de Salud de Canarias 2004-2008

Proceso de selección de las diferentes intervenciones coste-efectividad para la realización de un ranking o league table en el Plan de Salud de Canarias

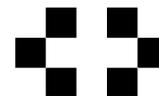
Para la incorporación de intervenciones sanitarias coste-efectividad al nuevo Plan de Salud de Canarias, se realizó una búsqueda bibliográfica de las evaluaciones económicas publicadas desde 1981 hasta 2002 en las siguientes bases de datos:

- Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>)
- CRD Databases (<http://agathe.york.ac.uk/wellcome.htm>). Centro de Revisión y Diseminación de Servicio Nacional de Salud. Centre for Health Economics, Universidad de York, Reino Unido.
- Health Economic Evaluations Database (HEED). Oficina de Economía de la Salud. OHE-IFPMA Database Ltd. Londres. Reino Unido.
- The Cochrane Library. 2002 Issue 2.

La estrategia de búsqueda en Medline se basó en la selección realizada por Briggs and Gray (1999) en el Reino Unido. La estrategia de búsqueda final se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Búsqueda electrónica de las bases de datos del Medline

Términos de la búsqueda en MEDLINE	Diabetes	Cáncer	Cardiopatía isquémica	Envejecimiento/ Salud Laboral /Accidentes	Total
(YEAR* OF LIFE) AND COST	193	919	332	1.641	3.085
LIFE-YEAR* AND COST	27	126	46	480	679
WELL YEAR* AND COST	0	2	0	2	4
HEALTHY YEAR AND COST	11	29	8	38	86
COST UTILITY	46	350	91	575	1.062
Total	277	1.426	477	2.736	4.916

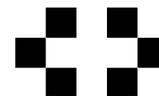


Se han seleccionado las evaluaciones económicas completas, es decir, aquellas que evaluaban al menos dos tecnologías alternativas, midiendo tanto los costes como los efectos resultantes de su aplicación. Posteriormente, se seleccionaron aquellos trabajos en los que el cociente coste-efectividad se expresaba como coste por AVG o coste por AVAC.

De cada uno de los artículos seleccionados se recogió información sobre la tecnología evaluada, el comparador utilizado, las características de los pacientes sobre los que se evaluaba la intervención, el resultado del análisis y la recomendación de los autores sobre la adopción de la tecnología evaluada. Con el fin de simplificar los resultados, cuando en los estudios se evaluaba la eficiencia de una intervención sobre distintos subgrupos de pacientes, se recogieron los valores mínimo y máximo del cociente coste-efectividad incremental, es decir, el resultado más favorable y el menos favorable. No se recogió información sobre los resultados de los análisis de sensibilidad. Puesto que los resultados de muchos de los estudios estaban expresados en dólares y con frecuencia los datos de costes se habían obtenido hacía varios años, todos los resultados se transformaron en pesetas (utilizando la base de datos de la OCDE) y los costes se actualizaron a valores en euros de diciembre del año 2001, utilizando las cifras del IPC anual.

Resultados de la revisión

En el proceso de búsqueda, se han revisado 4.916 potenciales estudios. Un total de 260 intervenciones se han identificado en 100 artículos que respondían a los criterios de búsqueda. Las intervenciones se han ordenado en un ranking o league table exhaustivo, junto con los índices coste-efectividad en euros a diciembre 2001 por AVG o AVAC (Tabla conjunta). El criterio de ordenación ha sido de mayor o mejor coste-efectividad (mayor eficiencia) a menor o peor relación coste-efectividad (menos eficiencia). Las intervenciones están agrupadas por categoría de enfermedad (diabetes, cardiopatía isquémica, cáncer, envejecimiento, accidentes y salud laboral) y tipo de intervención dentro de la categoría de enfermedad. Destacamos el hecho de que 14 de las intervenciones informan que llevan consigo ahorro y 13 son dominadas.



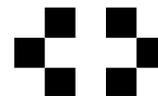
De las 260 evaluaciones económicas completas de intervenciones sanitarias, en 137 de los estudios, los resultados se expresaron como coste por AVG, en 123 como coste por AVAC.

7.4. Conclusiones

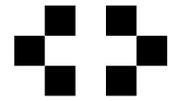
Se desconoce cuál es el coste-efectividad de la mayoría de las intervenciones sanitarias, y uno de los problemas para poder calcularlo es el bajo número de estudios clínicos y evaluaciones económicas en las que los resultados se expresan utilizando variables finales (AVG o AVAC), que son las relevantes para que los decisores sanitarios puedan establecer comparaciones. Los rankings o league tables de coste por AVAC y coste por AVG pueden ser una primera aproximación, descriptiva, sobre el coste-efectividad de algunas intervenciones utilizadas en nuestro entorno y sobre los criterios utilizados para su adopción.

Los métodos para la evaluación económica de las tecnologías se han desarrollado y refinado en los últimos años. Mientras que tal evaluación puede no proporcionar la respuesta completa a una determinada pregunta, contienen una información valiosa para utilizar en una variedad de decisiones, permitiendo afrontar la incertidumbre sobre si una tecnología nueva debe ser financiada o no; a cómo elegir entre diversas alternativas para mejorar los resultados en salud del paciente. La elección es inevitable y la evaluación económica es una opción para hacer la elección más racional y la asignación de los recursos más transparente y eficiente.

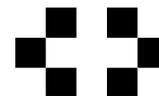
La evaluación económica trata de determinar qué tecnología es más eficiente o, lo que es lo mismo, cuál produce mejores resultados para la salud según los recursos invertidos, una vez identificados, medidos y comparados los costes, riesgos y beneficios de los programas, servicios o terapias. Según esa definición, y contrariamente a lo que podría suponerse, en una evaluación económica no se considera exclusivamente el coste de las tecnologías comparadas, sino que se trata de relacionar dichos costes con los efectos obtenidos, es decir, se comparan sus eficiencias. Así, dentro de la evaluación global de una tecnología podemos distinguir la evaluación clínica, basada en la eficacia/efectividad y en la seguridad, y la evaluación económica, basada en la eficiencia, donde además se incluye el cálculo de los costes.



Con las precauciones antes señaladas, los rankings o *league tables* coste por AVG y AVAC que hemos desarrollado en el Plan de Salud pueden ayudar a las autoridades a priorizar intervenciones o programas.



LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS



8. Cardiopatía isquémica

Hasta la actualidad, han sido descritos más de doscientos factores presuntamente relacionados con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica. Este acontecimiento define claramente, para esta enfermedad y en general para el conjunto de las enfermedades cardiovasculares, un modelo etiopatogénico de carácter multifactorial. No obstante, se distingue una serie mucho más reducida de factores o marcadores de riesgo de mayor impacto en la génesis de este grupo de enfermedades. Estos son el tabaquismo, las hiperlipoproteinemias, la hipertensión arterial, que constituyen los factores de mayor riesgo; y la obesidad, Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo y estrés, entre otros, que conforman un grupo considerable de factores de riesgo de segundo orden.

Dado que este grupo de enfermedades constituyen la primera causa de mortalidad tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en el resto de los países desarrollados y siendo su reducción potencial altamente sensible a la acción de medidas de promoción de la salud (ejercicio, dieta sana, evitación del tabaco) y de prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado de las dislipemias, hipertensión arterial —HTA—, obesidad, DM, entre otras), hemos de considerar a este grupo de problemas de salud como prioridad sanitaria. Esta consideración cobra aún más importancia al comprobar que las provincias canarias ocupan lugares de importancia en el ranking de mortalidad nacional por cardiopatía isquémica.

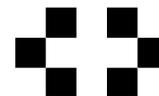
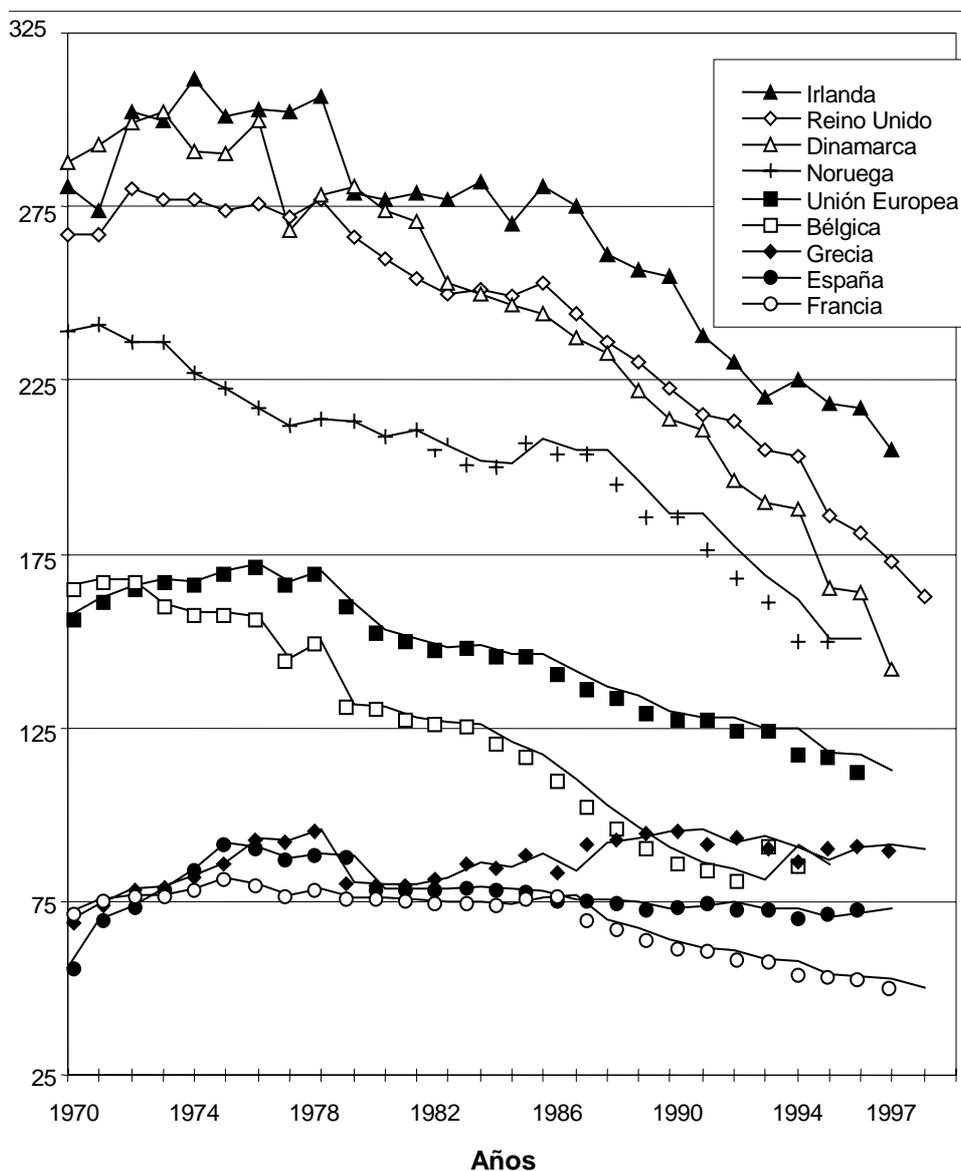
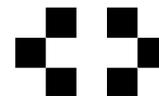


Gráfico 1. Evolución de las tasas estandarizadas (por 10⁵ habitantes) de mortalidad por cardiopatía isquémica. Países europeos, 1970 a 1997



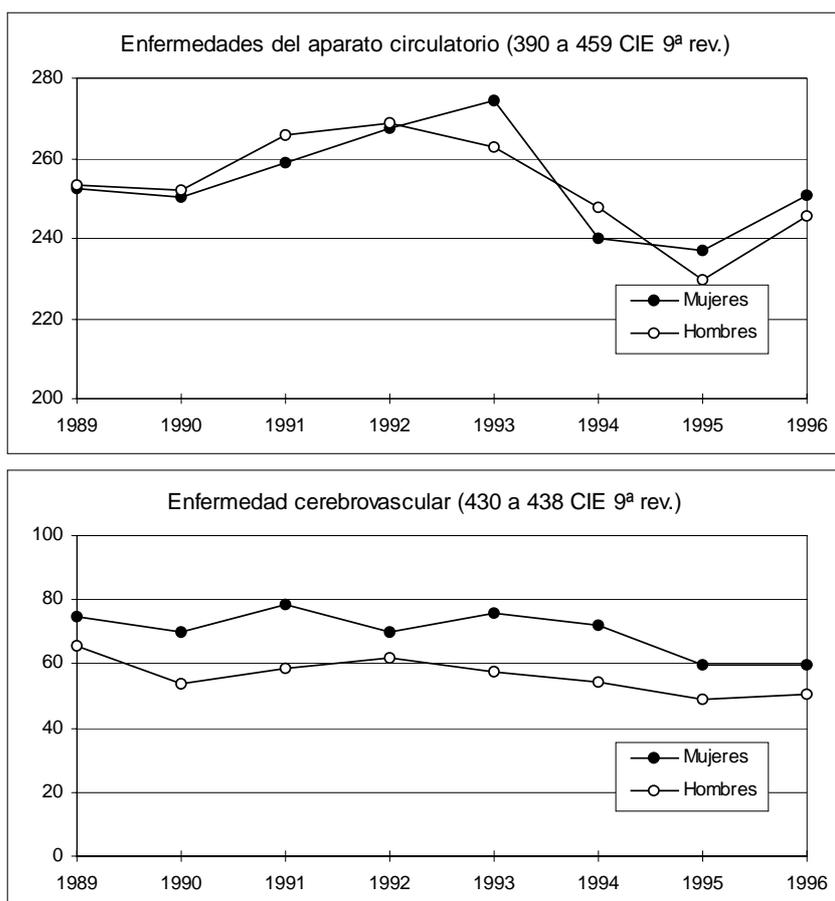
Fuente: -WHO Regional Office for Europe: HFA Statistical Database]

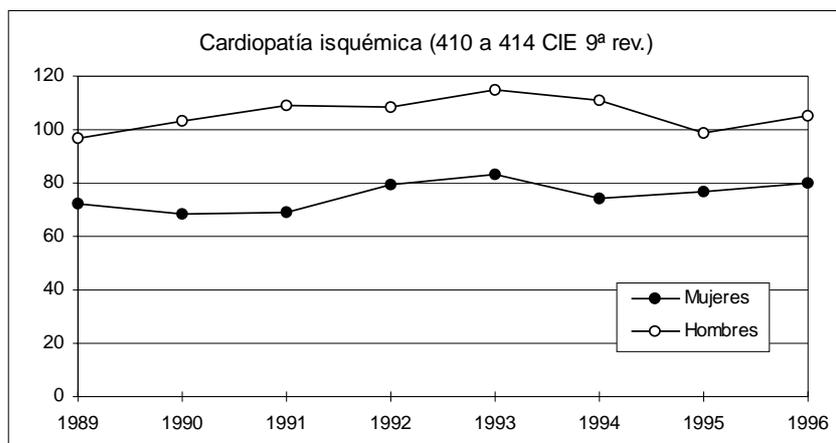
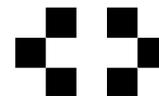


8.1. Mortalidad

En el Gráfico 2 se observa la evolución de las tasas específicas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Canarias durante el período 1989 a 1996 ajustadas por sexo, comprobándose que la mortalidad global por éstas ha descendido en Canarias tanto para los hombres como para las mujeres, a expensas de la reducción por enfermedades cerebrovasculares. Se mantiene, sin embargo, la presencia de un patrón estacionario de muerte por cardiopatía isquémica en los hombres y una discreta elevación en las mujeres.

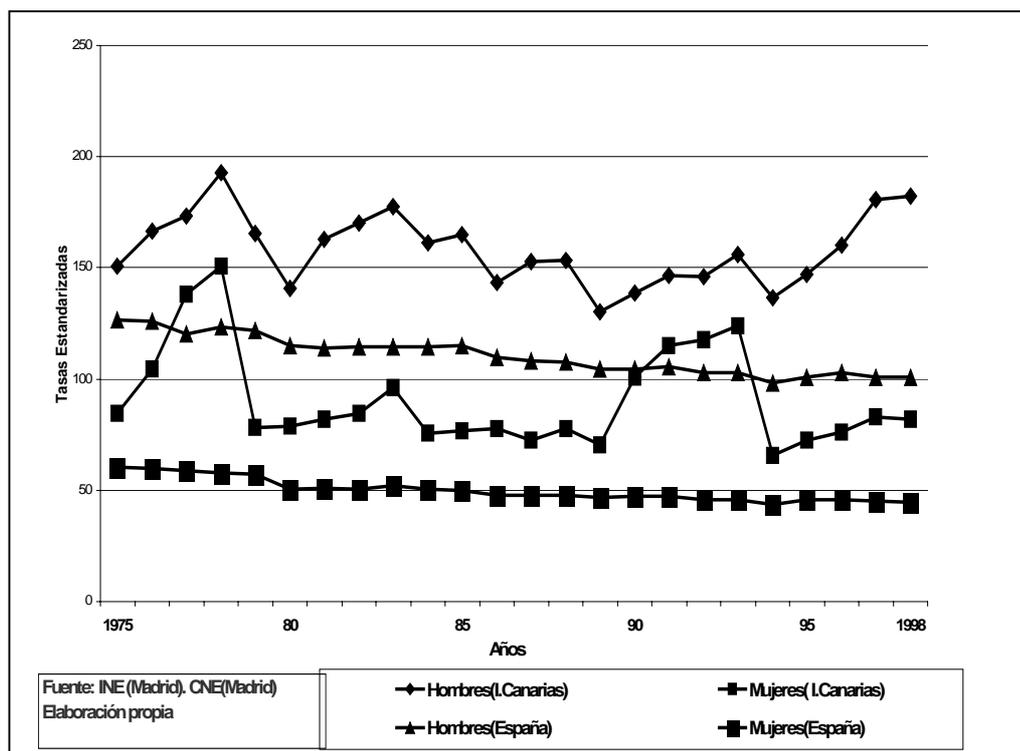
Gráfico 2. Evolución de la tasas específicas ($\times 10^5$ habitantes) de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según género. Canarias, 1989 a 1996





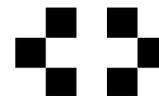
Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994
 -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996
 -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 -ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991

Gráfico 3. Evolución de la mortalidad estandarizada por Enfermedad Isquémica del corazón. Islas Canarias y España. 1975-1998



Fuente: INE (Madrid), CNE (Madrid)
 Elaboración propia

Las Islas Canarias presentan desde 1975 hasta 1998 una sobremortalidad por cardiopatía isquémica con respecto a España. En 1998 la tasa estandarizada se situó en 182,5 para hombres y 82,1 para mujeres (en España 101,1 para hombres y 44,9 para mujeres).



La Tabla 3 refleja las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca de los años 1995 y 1996. Se observa que la afectación del género masculino es casi el doble del femenino.

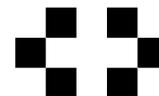
Tabla 3. Tasas estandarizadas (x 10⁵ hab.) de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca. Canarias, 1995 y 1996

Enfermedad	1995		1996	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Infarto agudo de miocardio	86,36	42,83	84,22	41,40
Otra enfermedad isquémica del corazón	41,10	27,28	44,16	27,07

Fuente: -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996

Situadas en el primer lugar de la lista de tasas estandarizadas de mortalidad (tomando como población de referencia la europea), el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio en el año 1996 presentó una tasa total de 253,77; con una tasa de 305,08 para los varones y de 210,02 para las mujeres.

Las provincias canarias presentaron en 1997 las mayores tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (EIC, códigos CIE-9: 410-414), dentro del contexto español. El exceso de mortalidad es aún más evidente en las zonas turísticas. Al estudiar esta causa de muerte en tres de los municipios turísticos más importantes de las Islas Canarias, San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) y Adeje-Arona (Tenerife), se encuentra que las tasas de mortalidad fueron de 430,7 y de 384,6, ó sea, cuatro y tres veces y media respectivamente la tasa media de la Comunidad Canaria por la misma causa y periodo. Estas tasas se encuentran al nivel de las tasas más elevadas del mundo. Sin embargo, el análisis de la mortalidad por cardiopatía isquémica en estos municipios turísticos de Canarias nos permite deducir que, el exceso de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón que se produce en nuestro archipiélago, no se explica únicamente por un exceso de riesgo cardiovascular en la población residente en las zonas turísticas, sino con errores censales en la clasificación del lugar de residencia. Este error de clasificación supone un sesgo que sobreestima la tasa de las Islas Canarias, ya que se contabilizan defunciones en el numerador, en población que no está incluida en el denominador. Esto supondría, por ejemplo, un 18% de sobreestimación de fallecidos por enfermedad isquémica del corazón en hombres y un 9,2% en mujeres en toda la Comunidad Canaria para ese año.

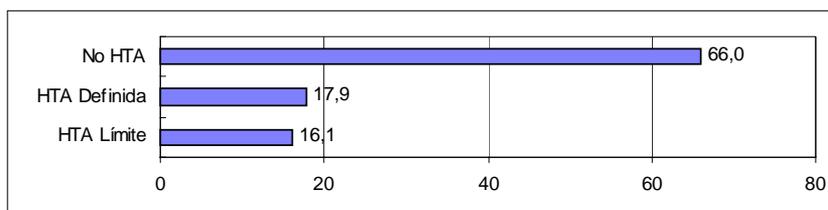


La prevalencia de cardiopatía isquémica ha sido determinada con procedimientos homogéneos en las islas de Lanzarote y El Hierro, mostrando cifras de 1,6% y 1,8% respectivamente en población de 20 y más años de edad, siendo la población de El Hierro más envejecida.

8.2. Hipertensión arterial

La prevalencia de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Canarias varía, entre otras razones, en relación a la sensibilidad y especificidad de los procedimientos utilizados en la determinación de los mismos. Así, por ejemplo, en relación a la hipertensión arterial (HTA) y utilizando los criterios de la OMS, se comunican cifras de prevalencia del 20% para la población de Tenerife durante el período 1975-1977. Estudios posteriores en Lanzarote ofrecieron cifras del 24% en 1989; Gran Canaria del 28% y en El Hierro del 17%. Información más reciente de la Encuesta Nutricional de Canarias de 1997-1998 recoge, aplicando los mismos criterios diagnósticos de la OMS, que la prevalencia de HTA en Canarias asciende al 34% (18% con HTA definida y 16% con HTA límite) para la población comprendida entre 18 y 75 años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en población de 18 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

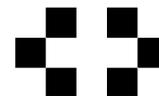
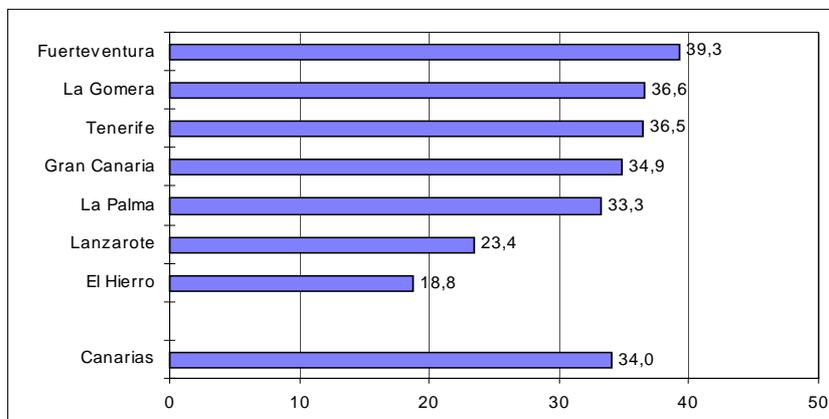


Gráfico 5. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en población de 18 a 75 años, según Áreas de Salud. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Tabla 4. Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida por grupos de edad y género. Canarias, 1997-1998

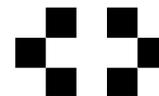
	Hombres (n=423)		Mujeres (n=527)	
	Límite	Definida	Límite	Definida
18 a 24 años	17,5	2,1	6,9	-
25 a 34 años	15,2	8,0	4,1	4,1
35 a 44 años	16,2	12,4	4,5	6,7
45 a 54 años	23,8	16,8	13,7	20,6
55 a 64 años	28,4	38,9	19,1	32,2
65 a 75 años	26,3	41,3	28,0	44,1
Total	20,8	18,8	12,0	17,0

Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Al igual que ocurre en los países desarrollados, en Canarias es más frecuente que la población hipertensa presente, además, otros factores de riesgo como son la hipercolesterolemia, DM, obesidad y sedentarismo.

8.3. Hiperlipoproteinemia

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, en nuestra Comunidad se reproducen los hallazgos descritos en otros entornos referente al incremento paulatino de los niveles de colesterol total en relación al envejecimiento, como podemos ver para los mayores de 65 años (Tabla 5) con una media de 236,3 (216,1 en los hombres y 256,4 en las mujeres), siendo asimismo más frecuente la asociación con otros problemas de salud como son la obesidad, la hipertensión e hipertrigliceridemia. Las cifras de colesterol total de la población entre 6 y 10 y entre



11 y 17 años de edad son respectivamente de 180,6 (DT de $\pm 38,8$) y 161,4 (DT de $\pm 29,2$). Según la misma Encuesta, la población canaria presenta unos valores de colesterol total muy elevados con respecto a la media del país, con una media de 205,6 mg/dl (201,6 para los hombres y 208,9 para las mujeres) (Tabla 5 y Tabla 6).

En Cataluña se han comunicado en 1998 valores medios algo inferiores (203,9 mg/dl con una DE de 39,7 mg/dl). En otros estudios realizados en España se han descrito concentraciones medias de colesterol total que oscilan entre 210 y 220 mg/dl. La fracción HDL del colesterol se sitúa en niveles de alto riesgo (≤ 35 mg./dl.) para el 18-19% de los varones canarios y para el 28-36% de las mujeres de esta Comunidad (≤ 45 mg./dl.).

En Canarias los valores medios de triglicéridos son de 113,6 mg/dl para ambos sexos y de 117,9 y 109,9 para los hombres y las mujeres, respectivamente (Tabla 5 y Tabla 6). La concentración media de triglicéridos en la población de Cataluña resultó ser de 103,9 mg/dl (DE de 75,4 mg/dl).

Tabla 5. Distribución de los parámetros lipídicos (en mg/dl) según edad. Valores medios y DT. Canarias, 1997-1998

	Colesterol	HDL colesterol	LDL colesterol	Triglicéridos
< de 18 años	168,2 \pm 34,1	52,8 \pm 14,25	99,8 \pm 31,7	78,4 \pm 39,7
De 18 a 34 años	186,3 \pm 41,2	53,0 \pm 15,7	113,9 \pm 36,2	97,5 \pm 60,7
De 35 a 49 años	218,6 \pm 48,1	52,9 \pm 17,6	140,8 \pm 45,7	123,9 \pm 74,5
De 50 a 64 años	231,9 \pm 50,0	53,4 \pm 19,3	151,4 \pm 49,2	136,4 \pm 71,9
De 65 a 75 años	236,3 \pm 55,4	50,1 \pm 17,0	156,2 \pm 51,7	146,4 \pm 77,6
Total	205,6 \pm 52,2	52,7 \pm 16,8	130,1 \pm 47,7	113,6 \pm 69,5

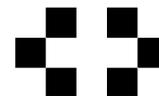
Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4

Tabla 6. Distribución de los parámetros lipídicos (en mg/dl) según género. Valores medios y DT. Canarias, 1997-1998

	Colesterol	HDL colesterol	LDL colesterol	Triglicéridos
Hombres	201,6 \pm 51,3	48,7 \pm 15,4	129,3 \pm 46,5	117,9 \pm 75,4
Mujeres	208,9 \pm 52,7	56,0 \pm 17,2	130,7 \pm 18,7	109,9 \pm 64,0
Total	205,6 \pm 52,2	52,7 \pm 16,8	130,1 \pm 47,7	113,6 \pm 69,5

Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4

Otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular son analizados en su impacto sobre la sociedad canaria, en apartados específicos. Así, el tabaquismo y el ejercicio físico son abordados en el apartado de hábitos de vida. La DM y la obesidad lo son respectivamente en cada uno de sus apartados correspondientes.



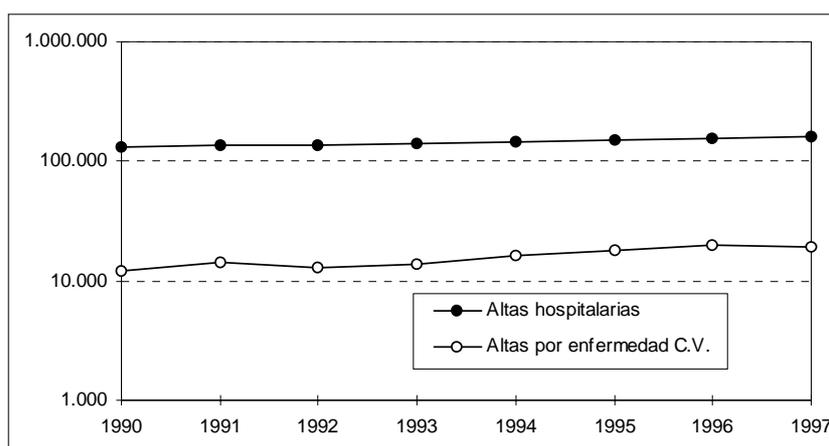
8.4. Otros factores de riesgo

Otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular son analizados en su impacto sobre la sociedad canaria, en apartados específicos. Así, el tabaquismo y el ejercicio físico son abordados en el apartado de hábitos de vida. La DM y la obesidad lo son respectivamente en cada uno de sus apartados correspondientes.

8.5. Actividad asistencial

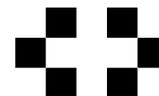
Por otro lado, la información sobre utilización de recursos sanitarios y más específicamente de recursos hospitalarios, obtenida de la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria”, puede ser utilizada como un indicador de necesidades de atención sanitaria, contribuyendo de este modo a completar la dimensión real que provoca este problema de salud en Canarias. Según la citada publicación, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron un total de 19.522 altas en Canarias, frente a un total de altas de 162.562 (el 12,01%) durante 1997 (Gráfico 6). Para el conjunto del país las cifras fueron de 486.532 y 4.422.263 (lo que representa el 11,00%), respectivamente.

Gráfico 6. Altas hospitalarias por enfermedad cardiovascular. Canarias, 1990 a 1997



Fuente: -INE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de los años 1990 a 1997

Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los principales motivos de utilización de servicios sanitarios. Suponen la séptima causa de consulta en nivel asistencial de Atención Primaria de Salud y el primer motivo de ingreso

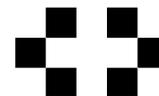


hospitalario en Canarias (1993-1994), si excluimos los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Durante este período de tiempo, el 10,22% de las altas hospitalarias y el 12,82% de las estancias de los hospitales adscritos al Servicio Canario de Salud, fueron originadas por este grupo de enfermedades, siendo estos porcentajes de 11,59% y de 13,30%, respectivamente durante el año 1997. Si consideramos al grupo de personas de más de 65 años de edad, el porcentaje de altas por este motivo asciende al 22,86% de las mismas durante el período 1993-1994, alcanzando el 20,53% para el año 1997, con un 19,52% de las estancias en el mismo año. Los hospitales analizados en el citado año han sido: el Universitario de Canarias, El Pino, El Sabinal, el General de Lanzarote y el de Nuestra Señora de las Nieves de La Palma.

Según información del Servicio de Control de Gestión del Servicio Canario de Salud, en el año 1998, las altas y estancias medias por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades del aparato circulatorio de los hospitales del Servicio Canario de Salud fueron de 3.862 (el 3,62% del total) y 9,95; 2.251 (el 2,11% del total) y 16,16 y 6.062 (el 5,68% del total) y 11,05, respectivamente. El global de altas por enfermedades cardiovasculares fue de 12.175 lo que representa el 11,4% del total. Aunque el conjunto de hospitales analizado es superior, comprobamos que el porcentaje de altas se ha mantenido prácticamente constante desde 1993. En relación a las estancias, el porcentaje de estancias por cardiopatía isquémica con respecto al total de estancias hospitalarias fue de 3,62%, por enfermedad cardiovascular fue del 3,42% y por otras enfermedades del aparato circulatorio fue de 6,30%.

8.6. Costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares

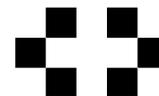
En la última década, las enfermedades cardiovasculares se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia en Canarias por las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costes económicos y sociales. Asimismo, el impacto de las enfermedades cardiovasculares sobre el entorno social, familiar y laboral de los enfermos es cada vez más importante, tanto en lo referido a los costes directos como indirectos. Una aportación importante en este ámbito de estudio ha sido realizada por primera vez en España, por parte del Servicio Canario de la Salud,



incorporando los Grupos Relacionados con el Diagnostico (GDRs) para calcular los costes de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, creando un ambiente propicio al cumplimiento de las medidas de prevención y tratamiento.

Los costes socioeconómicos totales para los pacientes con enfermedades cardiovasculares en Canarias durante 1998 fueron de 278,90 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 134,44 millones de euros representando un 48% del coste total, lo que supone el 11,9% del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 71,36 millones de euros; consultas externas con 6,34 millones de euros; Atención Primaria con 11,41 millones de euros y fármacos con 45,31 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 144,46 millones de euros representando el 52% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 80,83 millones de euros, mientras que el absentismo laboral y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 30,85 y 32,78 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 4.418 fallecidos en 1998 produjeron 44.447 años de vida perdidos (considerando defunciones hasta 84 años y la esperanza de vida como edad límite), 8.711 años de vida productivos perdidos y 646.925 días de baja laboral.



9. Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte en Canarias, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. En 1998 fallecieron por cáncer 2.950 personas en nuestra Comunidad. Además, el cáncer es la primera causa de muerte prematura (antes de los 70 años) tanto en el conjunto de la población, como específicamente en mujeres, y la segunda en hombres, tras los accidentes de tráfico, causando ese mismo año 18.943 años potenciales de vida perdidos.

Aproximadamente uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres canarias presentará algún tipo de cáncer antes de los 75 años.

Dada la importancia del cáncer, en 1993 se creó el Registro Poblacional de Cáncer de Canarias, que en estos primeros años de funcionamiento se ha centrado en las islas de Gran Canaria y Tenerife (aprox. 86% de la población). La información recogida ha proporcionado los datos de la incidencia de cáncer de 1993 a 1996, para ambas áreas de salud. Este trabajo ha permitido conocer las tasas de incidencia de cáncer en las Islas y su comparación con los datos de otros registros. La continuidad del mismo permitirá observar la evolución de la incidencia y estudiar otros aspectos relevantes como la supervivencia.

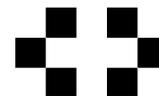
9.1. Incidencia

El número de casos nuevos de cáncer (excluyendo epidermoides y basocelulares de piel) registrados en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife en el período 1993-1996 fue de 16.026; 9.199 en hombres y 6.827 en mujeres.

La tasa bruta para este mismo período fue de $343,37/10^5$ en hombres y $249,34/10^5$ en mujeres; por lo que el número medio anual de casos estimado para la Comunidad Autónoma es de 4.500.

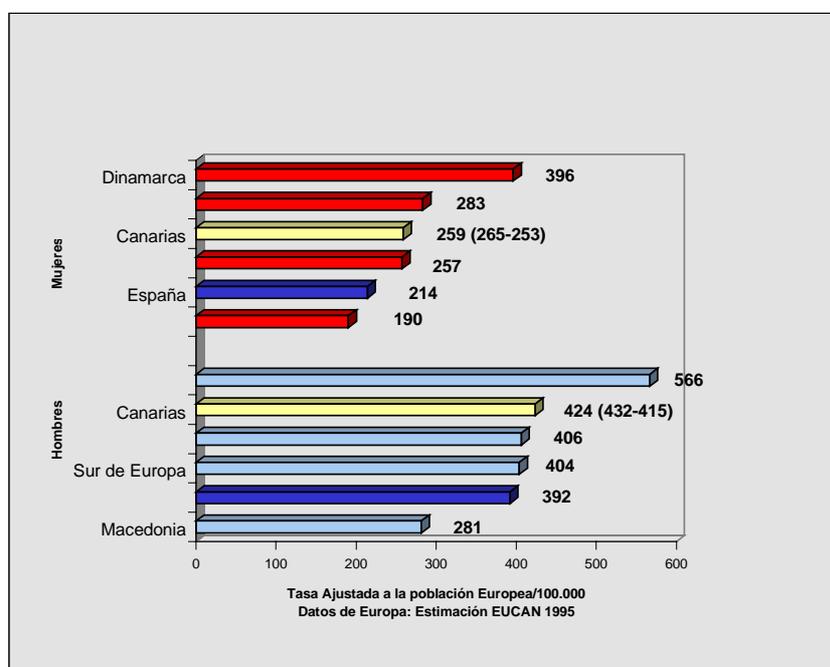
Las tasas ajustadas a la población europea de ese período son de $423,67/10^5$ (Intervalo de Confianza: 414,91- 432,43) en hombres y de $259,09/10^5$ (IC: 252,83-265,34) en mujeres.

Con estas cifras y utilizando como referencia las estimaciones de incidencia de cáncer en Europa para el año 1995 disponibles en la Base de Datos Europea de



Cáncer (EUCAN-OMS), observamos que en los hombres el valor puntual de la tasa de incidencia ajustada por edad, de Canarias es superior a la estimada para Unión Europea y para España. En las mujeres el valor de la tasa de incidencia es superior al estimado para España pero inferior al de la Unión Europea, no obstante, al no disponer de los intervalos de confianza de las tasas europeas no podemos saber si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Comparación de las tasas de incidencia estandarizadas a la población europea. Conjunto de tumores malignos (expto. piel no melanoma), según sexo 1993-96.



Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

La evolución de las tasas brutas de incidencia se muestra en el Gráfico 8. El porcentaje de variación de la tasa del año 96 con respecto al 93 es de un 18 % en hombres, mientras que entre las mujeres es del 6%.

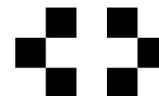
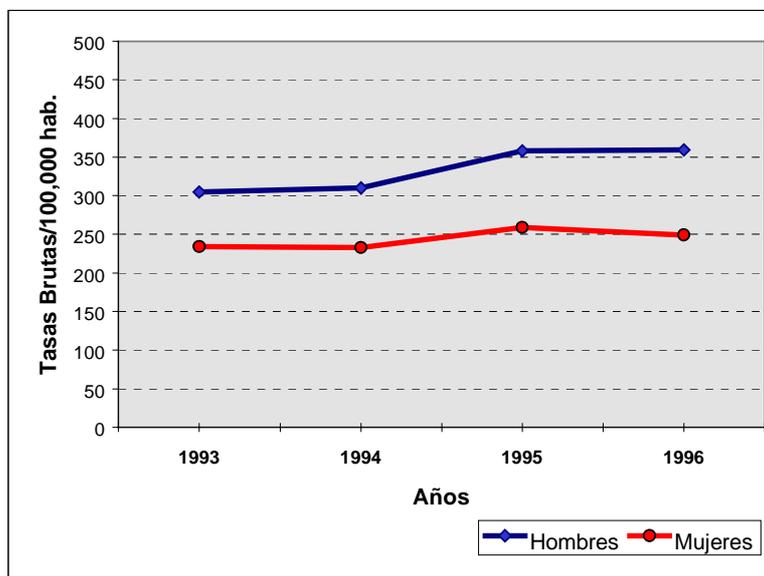


Gráfico 8. Evolución de las Tasas Brutas. Conjunto de tumores malignos (expto. piel no melanoma), según sexo 1993-96.



Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

Como era de esperar, en la distribución por edad de los casos, las curvas de las tasas específicas muestran tasas más elevadas en el grupo de 0-4 años que disminuyen en el de 5-9 y aumentan a partir de esa edad, siendo máximas en los grupos de edad más avanzada tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 9).

Asimismo, a pesar de que las mujeres tienen tasas globales significativamente menores que los hombres, las tasas específicas de éstas son más altas en los grupos de edad comprendidos entre los 10-49 años. Esto se explica por el hecho de que en las mujeres el tumor más frecuente es el de mama que tiene una edad de aparición más temprana que los más frecuentes en hombres (pulmón y próstata).

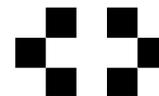
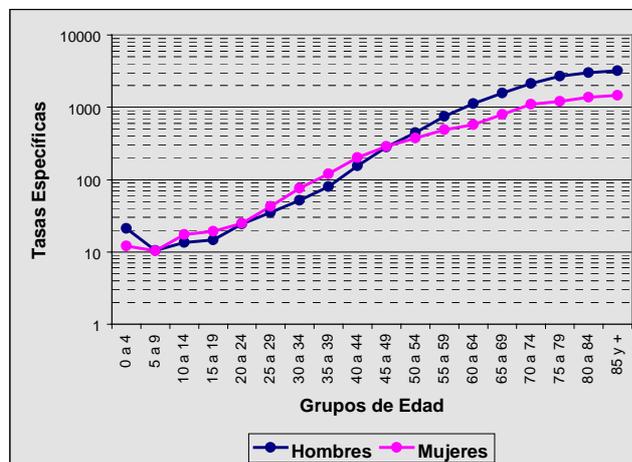


Gráfico 9. Tasas específicas por edad (x10⁵) para el Conjunto de tumores malignos, según sexo. Canarias. 1993-96.



Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

En concordancia con lo publicado sobre esta patología, en Canarias la incidencia de cáncer es significativamente más alta en los hombres que en las mujeres (Gráfico 7); observándose tanto para el conjunto de las localizaciones tumorales, como para las neoplasias más frecuentes, a excepción de la mama, un mayor número de casos entre los hombres, destacando la incidencia de los tumores relacionados con el consumo de tabaco. La razón de tasas hombre/mujer oscila entre 8,52 en el cáncer de pulmón y 1,28 en el cáncer de colon.

Los tumores basocelulares y epidermoides de piel son los más frecuentes en nuestra Comunidad Autónoma, registrándose en el período 93-96 unos 1.540 casos al año de promedio, de los cuales aproximadamente el 86% son basocelulares y el 14% epidermoides.

En los hombres, los tumores más frecuentes (Gráfico 10), sin tener en cuenta los basocelulares y epidermoides de piel, afectan a las siguientes localizaciones: traquea, bronquios y pulmón, próstata, colon-recto, vejiga, laringe y estómago, que representan aproximadamente el 60% de los tumores.

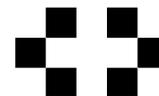
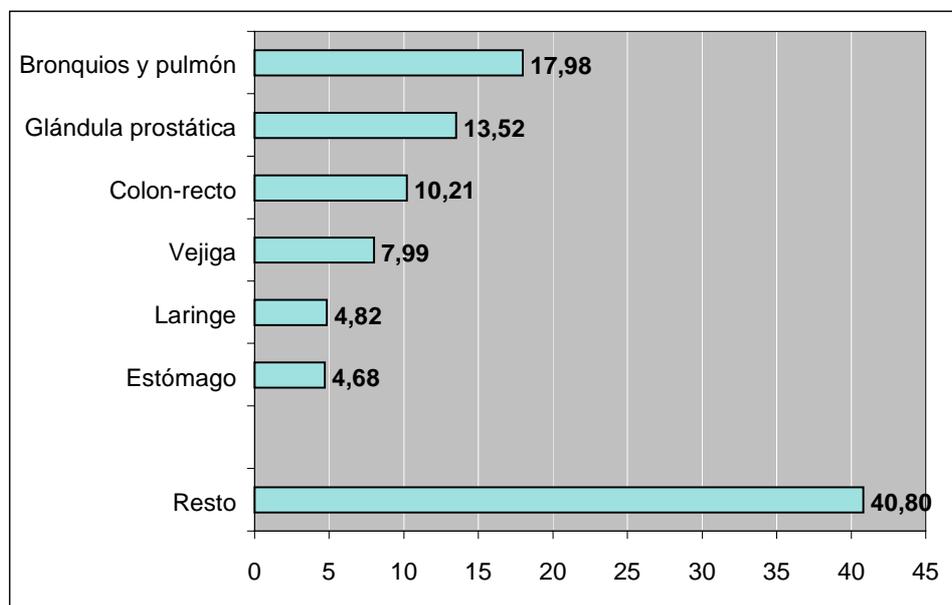


Gráfico 10. Localizaciones tumorales más frecuentes. Hombres. Canarias 1993-96.



Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

Este patrón de distribución es algo diferente del que presenta España y el Sur de Europa, ya que en Canarias adquiere una mayor importancia relativa el tumor maligno de próstata en detrimento del de vejiga, además presenta tasas ajustadas más altas que las españolas y las del Sur de Europa.

A continuación la Tabla 7 muestra las localizaciones más frecuentes en hombres según grupos de edad. Como puede observar sólo el 4% de los tumores se diagnostican antes de los 35 años.

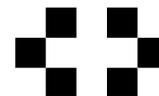


Tabla 7. Localizaciones tumorales más frecuentes. Frecuencias Relativas según grupos de edad. Hombres. Canarias 1993-96.

Grupo de Edad	Localización Tumoral
0-14 años (1%)	Sistema Hematopoyético (24%) Encéfalo (19%) Linfomas Ganglionares (19%)
15-34 años (3%)	Linfomas Ganglionares (16%) Encéfalo (13%) Sistema Hematopoyético (9%) Testículo (9%) Sarcoma de Kaposi (6%) Tiroides (5%)
35-64 (40%)	Bronquios y Pulmón (19%) Colon-Recto (9%) Laringe (7%) Próstata, Vejiga (6%)
65 y más (56%)	Próstata, (20%) Bronquios y Pulmón (18%) Colon-Recto (11%) Vejiga (10%) Estómago (5%)

Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

En las mujeres el tumor maligno más frecuente, con diferencia, es el de mama (30%), seguido del de colon-recto 12% y a distancia cuerpo de útero, linfoma no Hodgkin y ovario con frecuencias ya inferiores al 10%.

Este patrón de distribución es el mismo que en España y Sur de Europa en los tres tumores más frecuentes. En las restantes localizaciones hay diferencias, cobrando más importancia en Canarias los linfomas no Hodgkin y ovario, en detrimento del de estómago.

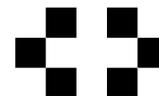
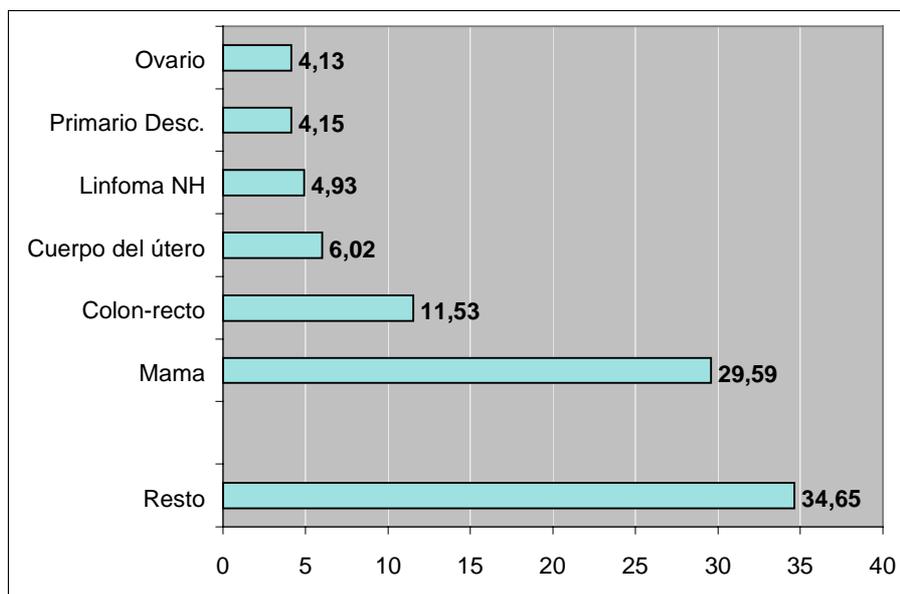


Gráfico 11. Localizaciones tumorales más frecuentes. Mujeres. Canarias 1993-96.

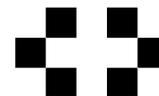


Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

El porcentaje de casos diagnosticados en mujeres antes de los 35 años asciende a un 7 % debido al peso ejercido por el tumor maligno de mama que tiene una edad de presentación más temprana. (Tabla 8).

Tabla 8. Localizaciones tumorales más frecuentes. Frecuencias Relativas según grupos de edad. Mujeres. Canarias 1993-96.

Grupo de Edad	Localización Tumoral
0-14 años (1%)	Sistema Hematopoyético (31%) Encéfalo (18%) Linfomas Ganglionares (7%)
15-34 años (6%)	Mama (14%) Tiroides (12%) Linfomas Ganglionares (11%) Cuello de Útero, Ovario (9%) Melanoma (7%) Encéfalo (6%)
35-64 (43%)	Mama (39%) Colon-Recto (10%) Cuerpo de Útero (6%) Cuello de Útero (5%)
65 y más (50%)	Mama (24%) Colon-Recto (14%) Cuerpo de Útero (7%) Primario Desconocido (6%) Sistema Hematopoyético (5%)



De los datos recogidos por el RPCC en el período 1993-96 se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las islas de Gran Canaria y Tenerife en los tumores de colon-recto, mama y hepatocarcinoma, según se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9. Tasas ajustadas a la población mundial (10^5) e intervalos de confianza. Gran Canaria, Tenerife 1993-96.

	Gran Canaria	Tenerife
Hombres		
Colon-Recto	25 (28-23)	33 (35-30)
Próstata	43 (46-40)	30(33-28)
Hepatocarcinoma	9 (11-8)	3 (4-2)
Mujeres		
Mama	65 (68-61)	52 (56-49)
Hepatocarcinoma	3 (4-2)	0.85 (1-0.4)

9.2. Mortalidad

En 1998 se produjeron 2.950 defunciones por cáncer en nuestra Comunidad, de las cuales 1.135 corresponden a mujeres y 1.815 a hombres. El cáncer supuso el 25,25% de todas las defunciones, constituyendo la segunda causa global de muerte en Canarias, tras las enfermedades cardiovasculares. En 1997, las tasas ajustadas por edad (población europea) en hombres ($258,46 \times 10^5$) y en mujeres ($119,10 \times 10^5$) son algo más altas que las observadas a nivel nacional para ese mismo año ($255,84 \times 10^5$ y $114,64 \times 10^5$ respectivamente).

En las últimas décadas se ha observado una tendencia ligeramente ascendente, registrándose un incremento del 43,5% respecto a la mortalidad media por cáncer del período 1982-1990 (2.056 muertes/año, que suponían el 21,7% del total de muertes). Este incremento ha sido debido, por una parte, a un aumento real de las tasas de incidencia en algunos grupos de edad y localizaciones tumorales y, de otra, a la mejora en el diagnóstico y certificación de las defunciones.

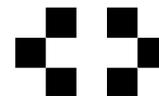


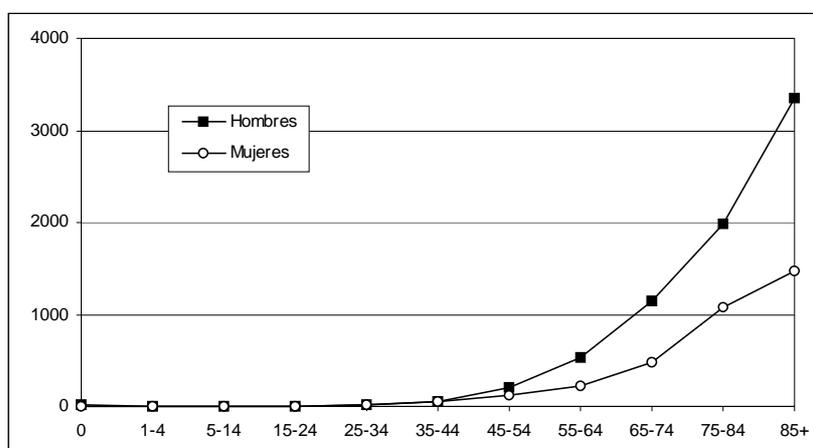
Tabla 10. Evolución del número de defunciones, mortalidad proporcional y tasas específicas y estandarizadas de mortalidad por cáncer (x 10⁵). Canarias, 1995 a 1998

	1995	1996	1997	1998
Hombres				
Núm. de defunciones	1.657	1.670	1.708	1.815
Mortalidad proporcional	29,31	27,76	27,50	28,01
Tasa bruta	204,61	209,50	212,03	221,37
Tasa ajustada	268,42	256,23	258,46	281,71
Mujeres				
Núm. de defunciones	997	1.016	1.008	1.135
Mortalidad proporcional	22,54	21,29	21,02	21,81
Tasa bruta	121,34	125,50	123,22	136,51
Tasa ajustada	125,75	121,45	119,10	138,43
Total				
Núm. de defunciones	2.654	2.686	2.716	2.950
Mortalidad proporcional	26,33	24,90	24,68	25,25
Tasa bruta	162,67	167,20	167,29	178,64
Tasa ajustada	188,71	180,53	180,59	198,76

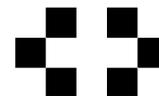
Fuente: -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 a 1998

La mortalidad por cáncer aumenta conforme avanza la edad, incrementándose considerablemente a partir de los 45 años, y elevándose de forma casi exponencial a partir de los 65 años (Gráfico 12). Por grupos de edad, los tumores son la primera causa de muerte en nuestra Comunidad en personas de 35 a 64 años, y la segunda causa de muerte entre los 5 y 34 años y de 65 a 84 años.

Gráfico 12. Tasas específicas de mortalidad por cáncer según grupo de edad y género (x 10⁵). Canarias, 1998



Fuente:- ISTAC: Defunciones Canarias 1998



Analizando los años potenciales de vida perdidos (APVP), los tumores ocupan la primera causa de muerte precoz (antes de los 70 años) para el conjunto de la población y para las mujeres, y la segunda para los varones tras las causas externas (accidentes de tráfico). En 1998 causaron 18.943 años potenciales de vida perdidos, el 28,9% del total de APVP. El cáncer de mama es la primera causa de muerte precoz en mujeres, y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el cuarto lugar tanto en hombres como en población general.

Por áreas de salud, los tumores son la primera causa de muerte precoz en Tenerife y Gran Canaria, pasando a ocupar el segundo lugar en Lanzarote, La Palma y Fuerteventura, y el tercero en El Hierro. En La Gomera no entra a formar parte de las causas más frecuentes de muerte precoz.

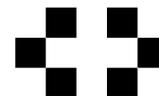
La probabilidad de morir por cáncer en Canarias antes de los 75 años, se elevó en el período 1986-1996 al 17,53% para los hombres, y al 8,8% para las mujeres.

9.3. Diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer

Un estudio reciente que analiza las diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer en Canarias entre 1986 y 1996, observó que el riesgo de muerte por cáncer en hombres difiere en las dos provincias canarias, destacando la sobremortalidad por tumor maligno colo-rectal de Santa Cruz de Tenerife y la debida al cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, próstata, laringe y páncreas en Las Palmas. La mortalidad por cáncer (todas las localizaciones) es también significativamente superior en los hombres de Las Palmas.

El exceso de mortalidad por cáncer de colon-recto en la provincia occidental se debe fundamentalmente al peso de la isla de Tenerife; y el menor número de muertes observado en el caso de los tumores de páncreas, pulmón y el conjunto de tumores malignos, se debió a las bajas tasas de La Palma, si bien en el último caso también contribuyen las tasas significativamente bajas de La Gomera y El Hierro. Además, en La Palma también fueron significativamente menores a las esperadas las muertes por cáncer de esófago, estómago y próstata; y en La Gomera, las debidas al cáncer de vejiga.

La isla de Gran Canaria es la que aporta el mayor peso en la provincia de Las Palmas tanto del significativamente menor número de defunciones masculinas por



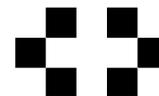
cáncer de colon-recto como del exceso de mortalidad por cáncer de páncreas, traquea, bronquios y pulmón, y conjunto de localizaciones; incluso en estos dos últimos grupos, a pesar de la tasa significativamente reducida que caracteriza a Fuerteventura. Además, en Gran Canaria se observó igualmente una mortalidad por cáncer de laringe y próstata significativamente elevadas.

En el caso de las mujeres, también la isla de residencia determina diferencias en la mortalidad por cáncer, de forma significativa en diversas localizaciones, siendo más importantes en los cánceres ginecológicos (útero y mama). En Las Palmas se produjo un número de defunciones significativamente superior al esperado en los cánceres de páncreas, pulmón, mama, útero y linfomas, y considerando el cáncer en conjunto. En Santa Cruz de Tenerife, al contrario, las diferencias significativas en las localizaciones citadas siempre fueron protectoras, a excepción de los linfomas.

Las diferencias observadas entre las dos áreas de salud en estas localizaciones y en el conjunto de tumores, se explican por el mayor número de defunciones que aporta la isla de Gran Canaria. Entre las islas de esta provincia, solamente Fuerteventura presentó un número de defunciones significativamente menor al esperado, y esto para el conjunto de tumores.

La menor mortalidad por cáncer de páncreas de la provincia de Santa Cruz de Tenerife se manifestó significativamente sólo en la isla de La Palma. En el cáncer de mama la mortalidad fue significativamente menor, además de en La Palma, en las islas de Tenerife y El Hierro. La protección frente al cáncer de útero fue significativa en Tenerife y en La Gomera. Para el cáncer considerado en su conjunto las diferencias protectoras significativas se produjeron en Tenerife, La Gomera y La Palma. Sin embargo, a pesar de serlo para el total de la provincia, la mortalidad debida al cáncer de tráquea, bronquio y pulmón no fue significativamente inferior en ninguna de las cuatro islas. La mortalidad por linfomas en La Gomera y por cáncer de ovario en La Palma, fueron significativamente menores a las esperadas.

Tanto para hombres como para mujeres, las mayores diferencias al comparar las tasas de las dos provincias, una vez estandarizadas de acuerdo a la población europea, correspondió al cáncer de páncreas.

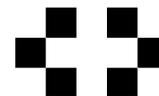


9.4. Costes socioeconómicos de las neoplasias

En la última década, las neoplasias se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia en Canarias por las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costes económicos y sociales. Asimismo, el impacto de las neoplasias sobre el entorno social, familiar y laboral de los enfermos es cada vez más importante, tanto en lo referido a los costes directos como indirectos. Una aportación importante en este ámbito de estudio ha sido realizada por primera vez en España, por parte del Servicio Canario de la Salud, incorporando los Grupos Relacionados con el Diagnostico (GDRs) para calcular los costes de los pacientes con neoplasias, creando un ambiente propicio al cumplimiento de las medidas de prevención y tratamiento.

Los costes socioeconómicos totales para los pacientes con neoplasias en Canarias durante este período fueron de 206,91 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 58,04 millones de euros representando un 28% del coste total, lo que supone el 5,1% de gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 45,66 millones de euros; consultas externas con 1,95 millones de euros; atención primaria con 1,08 millones de euros y fármacos con 9,35 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 148,87 millones de euros representando el 72% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 122,40 millones de euros, mientras que el absentismo laboral y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 13,28 y 13,19 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 2.950 fallecidos en 1998 produjeron 47.982 años de vida perdidos (considerando defunciones hasta 84 años y la esperanza de vida como edad límite), 13.800 años de vida productivos perdidos y 367.643 días de baja laboral.



10. Diabetes Mellitus

La importancia de la Diabetes Mellitus (DM) viene determinada fundamentalmente por las repercusiones que, tanto su tratamiento continuado como las complicaciones derivadas de su control clínico inadecuado, provocan sobre la calidad y cantidad de vida. Además, otro aspecto de consideración es el gasto sanitario y social destinado a tratar la enfermedad y sus complicaciones. Así, según un estudio realizado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud, los costes directos de la enfermedad supusieron el 2,13% de gasto sanitario en Canarias durante 1998.

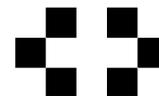
Por estas razones la declaración de San Vincent subrayó la necesidad de actualizar los conocimientos epidemiológicos sobre la DM al objeto de establecer estrategias eficaces de prevención y tratamiento, tanto para la propia enfermedad como para sus complicaciones.

En Canarias ha sido, precisamente, la política de investigación definida a partir de las necesidades de información detectadas a lo largo del proceso de elaboración del I Plan de Salud (1997-2001), la que hoy hace posible conocer la prevalencia de DM en cada una de las áreas de salud, la incidencia anual de DM tipo 1, su relación con determinados factores de riesgo, las repercusiones sobre la calidad de vida de los enfermos de diabetes y las repercusiones económicas para la sociedad canaria.

La disponibilidad de este tipo de información epidemiológica permite, ahora, discernir mejor la medida en la que los indicadores de resultados de la atención a la DM, en una determinada área de salud, se explica en base a su prevalencia, accesibilidad a los servicios sanitarios, o calidad de la atención sanitaria recibida, entre otros.

10.1. Epidemiología

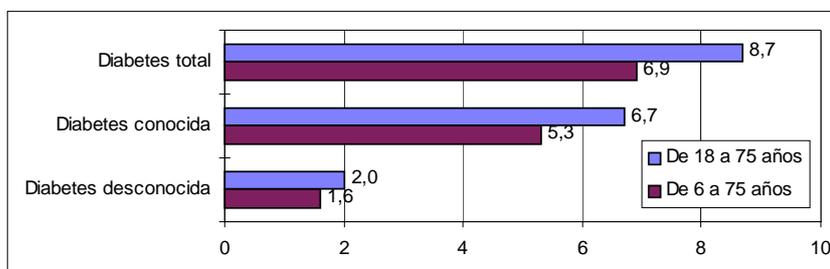
Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, que utiliza los criterios diagnósticos de la OMS, la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) es de 8,7% para



el conjunto de la población canaria de 18 a 75 años de edad, descendiendo hasta 6,9% si consideramos la población de 6 a 75 años de edad (Gráfico 13).

La prevalencia de DM, y en especial la variedad tipo 2 ó del adulto, aumenta con la edad. En Canarias, la prevalencia de DM es de 0,9% para el grupo de edad de 6 a 24 años, ascendiendo hasta 20,9% para el grupo de edad de 65 a 75 años. Estas cifras superan los valores conocidos para la mayoría de las regiones europeas, que sitúan la prevalencia de este trastorno entre un 2% y un 5% de la población.

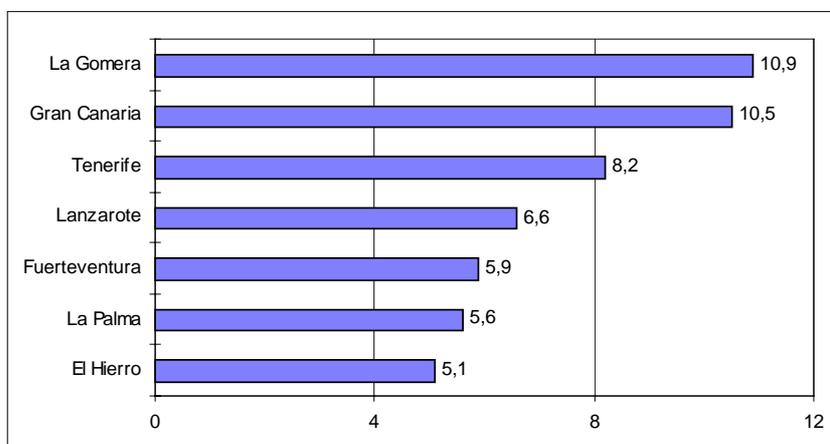
Gráfico 13 - Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus en población de 18 a 75 años y en población de 6 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Según áreas de salud y tal como se observa en el Gráfico 14, la prevalencia de DM en población de 15 a 75 años es más alta en las Áreas de La Gomera (10,9%) y de Gran Canaria (10,5%).

Gráfico 14 - Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus total en población de 15 a 75 años, según áreas de salud. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

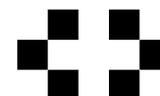


Tabla 11. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus conocida en España

Autor/año	Método	Población, ámbito de estudio	Prevalencia
Pallardo 1964	Cuestionarios médicos	Rural. Nacional	0,33
Ponz 1967	Registros farmacia	Provincial. Castellón	0,35
Jara 1977	Cuestionario	Madrid	1
Pallardo 1978	Cuestionarios médicos	Rural. Nacional	1
Useros 1983	TTOG. Criterios OMS	Rural. Valladolid (25-65 a.)	3,1
Antó Boque 1985	Cuestionarios médicos	Barcelona (>14 a.)	2,9
Figuerola 1988	Consumo de fármacos	Nacional	1,6
Nadal 1992	TTOG. Criterios OMS	León	3,9
Calle 1992	Consumo de fármacos	Ávila	3,85
M. Sanidad 1991	Cuestionario	Nacional	3,8
Monereo 1997	Registros médicos	Madrid. Área 10	2,2
ENCA 1997-1998	Asoc. Americana Diabet. (ADA)	Canarias (18-75 a.)	6,7

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias

Tabla 12. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus total (conocida y desconocida) en España

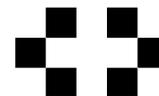
Autor/año	Método	Población, ámbito de estudio	Prevalencia
Rodríguez 1969	Prueba dieta	Rural. Ciudad Real	7,88
Useros 1983	TTOG. Criterios OMS	Rural. Valladolid (25-65 a.)	5,37
Nadal 1992	TTOG. Criterios OMS. Capilar	León	3,9
Bayo 1993	TTOG. Criterios OMS. Capilar	Lejona (Vizcaya)	6,4
Castells 1996	TTOG. Criterios OMS. Capilar	Cataluña	10,3
Tamayo 1997	TTOG. Criterios OMS. Plasmática	Aragón	6,1
ENCA 1997-1998	Asoc. Americana Diabet. (ADA)	Canarias (18-75 a.)	8,7

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias

Con respecto a la DM tipo 1, observamos una incidencia anual de 23,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en menores de 15 años de edad durante 1995-1996; lo que sitúa a Canarias entre las regiones de Europa con tasas más elevadas, junto con Finlandia y algunas islas mediterráneas.

Para la DM tipo 2 ó del adulto, se observa un incremento de la prevalencia en relación al envejecimiento y a la obesidad. El que la población canaria continúe presentando los índices más elevados de sobrepeso de España constituye un factor asociado a la más alta prevalencia de diabetes en Canarias, tal como se deriva de los resultados de la Encuesta Nutricional de Canarias.

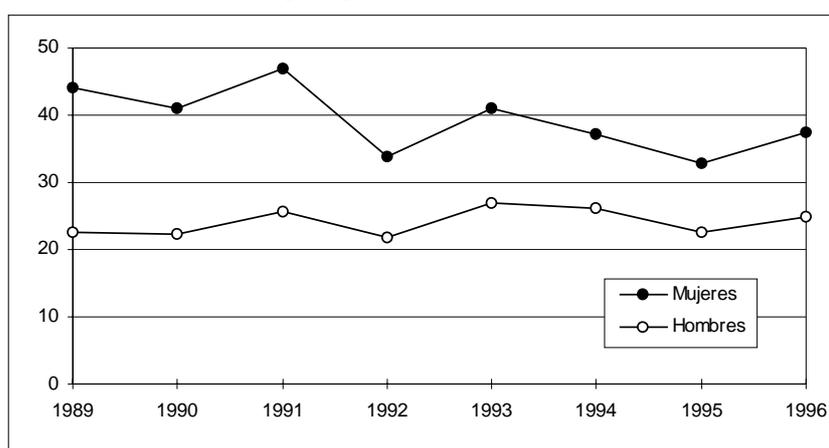
La Encuesta de Salud de Canarias de 1997 nos informa que los tratamientos más frecuentemente utilizados por los enfermos de DM fueron dieta y antidiabéticos orales (AO) (40,4%) y, en un porcentaje inferior, sólo AO (21,1%). Llama la atención



que un 22% de los diabéticos declaran no tener su glucosa debidamente controlada.

En esta Comunidad, la DM constituyó la tercera causa de mortalidad proporcional en la mujer y la séptima para el hombre durante el trienio 1988 a 1990; descendiendo en 1996 al cuarto lugar en la mujer y ascendiendo al sexto en el hombre. A lo largo de la década de los 90 se produjo una caída de la mortalidad específica atribuida a esta causa en la mujer. Así pues, la tasa de mortalidad ajustada para este género bajó desde $44,1 \times 10^5$ en 1989 a $37,6 \times 10^5$ en 1996. A pesar de ello, esta tasa supera la tasa nacional de mortalidad por DM para mujeres, situada para ese mismo año en $28,1 \times 10^5$.

Gráfico 15 - Evolución de la tasa ($\times 10^5$ habitantes) de mortalidad por Diabetes Mellitus ajustada según género. Canarias, 1989 a 1996

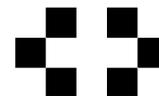


Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994
-ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991

10.2. Actividad asistencial

La Diabetes Mellitus (DM), debido a la elevada incidencia y prevalencia en Canarias y a su carácter de enfermedad crónica, contribuye de una forma sensible a la demanda de actividad tanto en Atención Primaria como en el nivel de Atención Especializada.

La propia Organización Mundial de la Salud ha expresado que incluso en países con elevados niveles de calidad de servicios sanitarios, la mitad de los diabéticos tipo 2 están sin diagnosticar. Este hecho ha cambiado drásticamente en Canarias a partir del esfuerzo asistencial desarrollado por los profesionales de



Atención Primaria. Esta actuación ha conseguido reducir la cifra de diabéticos no diagnosticados hasta el 23% del total estimado (Gráfico 13).

La Tabla 13 nos muestra que el volumen de pacientes afectados de DM incorporados al Programa de Atención al Diabético en Atención Primaria, es sensiblemente inferior al esperado, en base a que algunos reciben seguimiento en las estructuras públicas de Atención Especializada, otros en la sanidad privada, y, un número sin determinar, abandonan los controles sanitarios.

Tabla 13. Distribución de los diabéticos en seguimiento en Atención Primaria por áreas de salud. Canarias, 1999

Áreas de salud	Incluidos	Población diana*	Cobertura (%)
El Hierro	451	359	125,6
Fuerteventura	1.682	1.957	85,9
Lanzarote	2.991	4.067	73,5
Canarias	57.691	109.449	52,7
Tenerife	21.936	44.453	49,3
Gran Canaria	28.538	60.566	47,1
La Palma	1.613	3.799	42,5
La Gomera	480	1.566	30,6

(*) Población diana: población padronal de 15 años o más en 1996, considerando las prevalencias de DM total detectadas en la ENCA 1997-1998, en cada Área de salud y para el grupo de edad de 15 a 75 años

Fuentes: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación: Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria 1999
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

A pesar de ello, el esfuerzo realizado por los servicios de Atención Primaria queda claramente expresado en el Gráfico 16, en el que se muestra el crecimiento de cobertura en todas las áreas de salud.

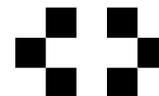
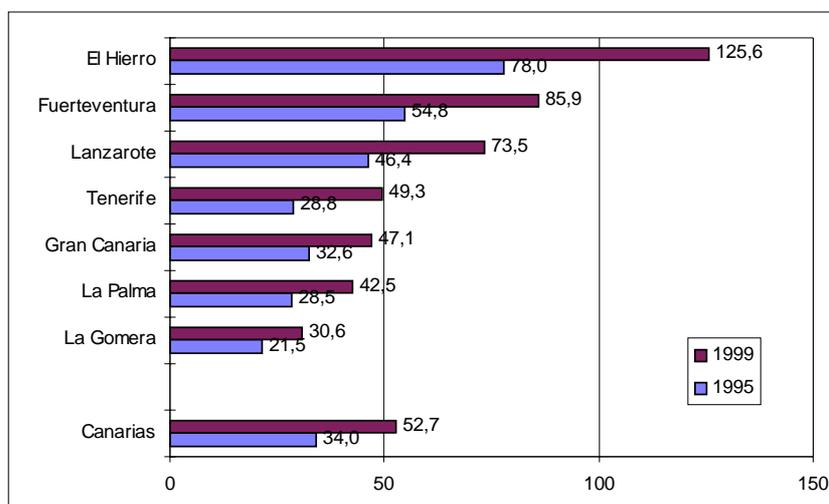


Gráfico 16 - Evolución (%) de la distribución de los diabéticos en seguimiento en Atención Primaria por áreas de salud. Canarias, 1995-1999



La población de referencia se obtiene del Padrón de 1996 (≥ 15 años), considerando las prevalencias de DM total detectadas en la ENCA 1997-1998, en cada Área de salud y para el grupo de edad de 15 a 75 años

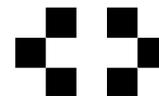
Fuentes: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación:
Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria 1999
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

10.3. Impacto económico

Los costes socioeconómicos totales (directos e indirectos) para los pacientes diabéticos en Canarias durante 1998 fueron de 85,79 millones de euros, o el equivalente a 1.673 euros por cada paciente diabético conocido.

Los costes directos se elevaron a 66,84 millones de euros, representando la partida más importante con un 78% del coste total, lo que supone el 5,9 % del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 10,20 millones de euros; la asistencia ambulatoria con 25,25 millones de euros y el coste farmacéutico con 31,39 millones de euros

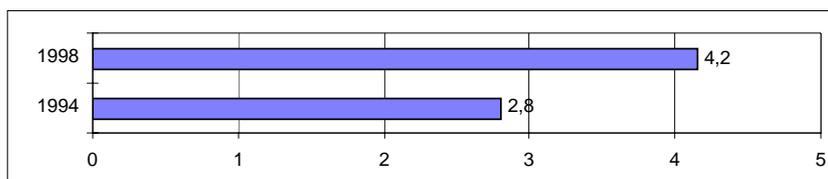
Los costes indirectos se elevaron a 18,95 millones de euros representando el 22% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el segundo es el que ocasiona un coste mayor con 8,38 millones de euros, mientras que la mortalidad anticipada y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 6,39 y 4,18 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 489 fallecidos por diabetes produjeron 5.066 años



de vida perdidos, 689 años de vida productivos perdidos y 229.954 días de baja laboral.

El gasto farmacéutico sólo en insulinas y antidiabéticos orales en 1998 ascendió a 9,27 millones de euros, lo que constituye el 4,4% del total del gasto farmacéutico adquirido con recetas del Servicio Canario de Salud para ese año.

Gráfico 17 - Evolución (%) del gasto farmacéutico en insulinas y antidiabéticos orales sobre el gasto total. Canarias, 1994 y 1998

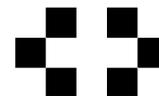


Fuente: -Secretaría General: Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia

A nivel hospitalario la DM origina una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 1.240 altas hospitalarias (diagnóstico principal) en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 15.534 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 12,5 días.

La DM es responsable de una importante carga de incapacidad a través de las complicaciones vasculares que produce sobre la circulación cerebral, retiniana, coronaria, renal y en las extremidades inferiores. A este respecto, en Canarias, la retinopatía diabética es la complicación más frecuente, refiriéndose en el 24,9% (21,0-28,8) de los casos estudiados; seguida de la cardiopatía y la arteriopatía periférica que figuran en el 16,6% (13,3-19,9) en cada caso y la neuropatía en el 10,7% (8,1-13,8). En cuanto a la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, el 56,6% (52,0-61,1) presentaban hipertensión arterial, en el 76,0% (71,6-80,1) constaban cifras de colesterol superiores a 200 mg/dl y en el 14,6% (10,1-18,9) cifras de triglicéridos superiores a 300 mg/dl. Además, la DM actúa como enfermedad de base en el 35% de los pacientes en diálisis en 1998 (más del 40% de los pacientes en diálisis peritoneal y más del 30% en hemodiálisis) y en más del 40% de las amputaciones de origen no traumático.

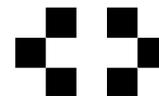
Un estudio de carácter sociológico realizado en 1995 en el Área de Salud de Lanzarote, facilita el dato de que el 67% de los diabéticos conocen que su enfermedad se relaciona con una alteración de los niveles de azúcar o glucosa en la sangre y un tercio de los enfermos la atribuye a una deficiencia del páncreas. El



70% de los diabéticos consideran que el médico que les trata tiene la cualificación suficiente, expresando mayoritariamente sus preferencias por recibir tratamiento y control en los centros de Atención Primaria. En relación a las repercusiones potenciales sobre la productividad y el absentismo laboral, el 14% de los diabéticos declara requerir bajas laborales de forma ocasional, siendo el promedio de baja de seis días al año.

Tabla 14. Costes directos de la asistencia sanitaria debidos a los pacientes diabéticos en Canarias, 1998

	Coste	%
Coste total hospitalización	10.205.186	15,3
Coste por GRD (diagnóstico principal y secundario)	10.205.186	
Coste total ambulatorio	25.248.375	37,8
Diálisis	7.659.318	
Visitas endocrinólogo	449.858	
Visitas a especialistas	4.410.417	
Visitas a profesionales paramédicos	4.030.492	
Visitas a urgencias	1.702.743	
Pruebas	2.050.880	
Visitas al médico general	4.944.667	
Coste total farmacéutico	31.387.725	46,9
Insulinas, antidiabéticos orales y material	9.273.929	
Fármacos (cardiovasculares, antidepresivos, gastrointestinales, antibióticos, hipolipemiantes y otros)	21.761.888	
Análisis y otras pruebas complementarias	351.908	
Total	66.841.286	100



11. Salud Mental

11.1. Situación epidemiológica

Los patrones epidemiológicos de riesgo y vulnerabilidad para la salud mental en Canarias son similares a los encontrados en los países industrializados de nuestro entorno europeo y del resto de las comunidades autónomas que integran el Estado Español. Con la idea de situar el problema, se presenta a continuación una serie de indicadores tomados de los estudios realizados en nuestra Comunidad, y principalmente de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, enriquecidos con los datos aportados por otras fuentes epidemiológicas.

En Canarias, una de cada cuatro personas está en riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo este ratio superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Esto supone que aproximadamente unas 398.000 personas están en riesgo. La prevalencia de las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias es del 24,82% y los estudios realizados en otras comunidades muestran tasas de prevalencia similares.

Con el objetivo de actualizar los datos de prevalencia de trastornos mentales en Canarias, la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 dedicó un grupo de preguntas a este tipo de enfermedades. Para ello se utilizó el GHQ de 12 ítems, que es un instrumento autoadministrado que ha sido utilizado tanto a nivel nacional como internacional, para detectar pacientes afectados de trastornos psiquiátricos no psicóticos, demostrando ser un buen instrumento para este tipo de estudio. Los datos obtenidos nos permitieron conocer la situación en cada una de las siete islas, así como contrastarlos con los encontrados en otras comunidades. En la Tabla 15 se recogen los datos en porcentajes sobre la existencia de patología mental.

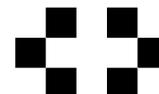


Tabla 15. Prevalencia de trastornos mentales en Canarias, corregidas según la validez del instrumento (GHQ-12). 1997

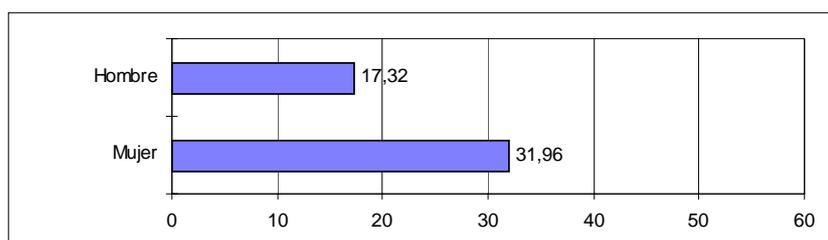
Áreas de salud	Prevalencia (%)
Lanzarote	31,42
Gran Canaria	29,28
Canarias	24,82
La Gomera	23,39
El Hierro	23,39
Tenerife	22,8
Fuerteventura	16,78
La Palma	15,17

Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Hace 6 años los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, destacaron un mayor riesgo de padecer trastornos mentales en la población de islas como Gran Canaria y Lanzarote, mientras que la población de La Palma y Fuerteventura son las de menor riesgo. Estos datos podrían estar en relación con los estilos de vida y los cambios sociales y económicos ocurridos en los últimos tiempos

Con respecto a posibles factores de riesgo, el estudio tuvo en cuenta, entre otras variables, el género, la edad y el estado civil. En los tres gráficos siguientes se resumen los datos para cada una de las variables demográficas mencionadas.

Gráfico 18 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según género. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Al igual que en los países de nuestro entorno, la mujer tiene un mayor riesgo de padecer un trastorno mental y/o a ser más proclive a la expresión de sus síntomas emocionales.

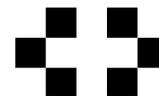
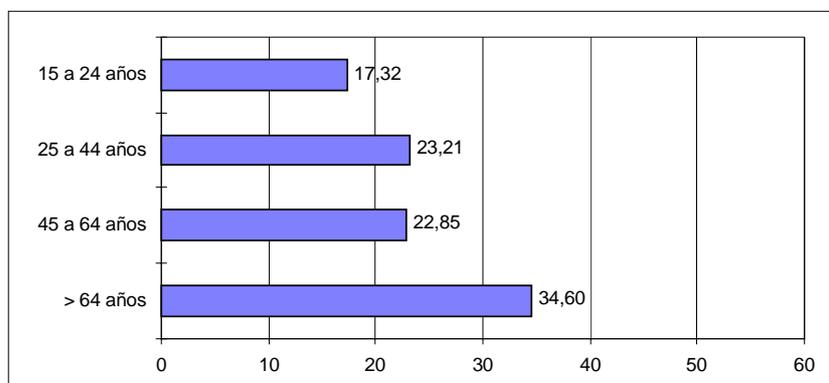


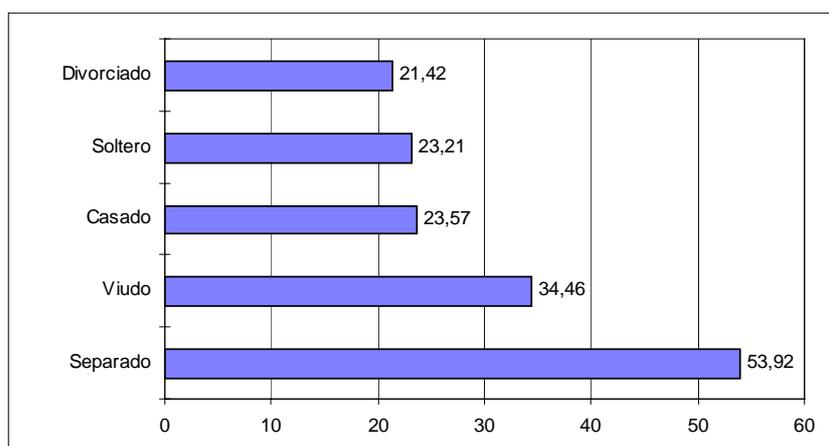
Gráfico 19 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según edad. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

También confirmamos un incremento de riesgo a padecer un trastorno mental en las personas mayores, al igual que en el resto de estudios de otras comunidades autónomas, y que hacen del colectivo de nuestros mayores, el más sensible a estos trastornos.

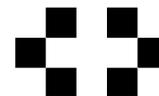
Gráfico 20 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según estado civil. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

En resumen, los datos correspondientes a nuestra Comunidad están dentro de los rangos encontrados en otras comunidades, mostrando también similares condiciones y poblaciones de riesgo (jóvenes y mayores, mujer, urbano, estado civil producto de alguna crisis y nivel socioeconómico bajo).

De las patologías mentales, la esquizofrenia, por su gravedad y persistencia, es una de las más importantes, estimándose que, de la población actual en Canarias, unas doce mil personas desarrollarán algún tipo de esquizofrenia a lo



largo de su vida. La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en nuestra Comunidad se sitúa en un $8,1 \times 10^3$ habitantes, siendo similar a la encontrada en otros estudios europeos. La sintomatología depresiva y ansiosa, se encuentra presente en un 25% de la población general, constituyendo uno de los principales problemas de salud por los que se acude a los centros de Atención Primaria.

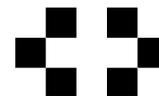
Hasta hace poco, la incidencia de trastorno mental identificado en Atención Primaria podía parecer baja, sin embargo se señalaba que el 75% de los trastornos mentales eran experimentados por el paciente en un primer momento como padecimientos físicos, siendo diagnosticados y tratados como tales. Actualmente, y entre otras causas, por una mayor accesibilidad de los recursos de salud mental así como la mejor identificación de los mismos en el nivel de Atención Primaria, este porcentaje está disminuyendo y a la población le resulta más fácil reconocer un trastorno mental desde el principio. A esto contribuye también un clima de mayor tolerancia y aceptación social de estas enfermedades.

11.2. Grupos de riesgo: niños, adolescentes y mayores

Factores o situaciones como la edad, el género, el medio urbano, el estado civil, el nivel socioeconómico bajo, la marginación, el alcoholismo y otras toxicomanías, pueden favorecer la aparición y en ocasiones agravar la presencia de un trastorno mental. Los grupos de población más vulnerables a estos factores son los niños y los adolescentes, asociándose a menudo en los jóvenes con fenómenos como el alcoholismo, otras toxicomanías y la violencia.

En Canarias existen 303.586 menores de 14 años. Según estudios internacionales, el 6% de la población infantil en países similares al nuestro necesita algún tipo de intervención institucional específica (asistencial, educativa, sanitaria y/o nutricional). Las condiciones de marginación social, de desarticulación familiar y de pobreza grave constituyen factores que favorecen, entre otras, los malos tratos físicos y/o psicológicos en la infancia.

Otro grupo importante de riesgo es la población mayor, donde se asocian factores tales como pérdida de trabajo, muerte del cónyuge, discapacidades físicas y psíquicas, lo cual da lugar a que la prevalencia de problemas mentales sea mayor que en otros tramos de edad. Por encima de los 65 y los 80 años se incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental en un 10% y un 40% respectivamente, tal y como hemos podido confirmar en la Encuesta de Salud de Canarias.



11.3. Enfermedad mental y lugar de trabajo

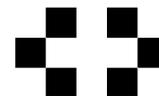
La enfermedad mental es una de las principales causas de baja laboral en colectivos estratégicos en los Servicios Públicos como médicos y educadores. Por otra parte el trabajo aporta al individuo, no sólo contraprestaciones económicas, sino también otras muchas de orden individual, familiar y social, como autoestima, reconocimiento, marco de relaciones, etc., que siempre deben tenerse en cuenta a la hora de la indicación de una incapacidad laboral transitoria o definitiva.

11.4. Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico generado al Servicio Canario de Salud en 2001 por los psicofármacos fue de 33,52 millones de euros. Constituye uno de los grupos de fármacos más dispensados. No obstante, los nuevos antipsicóticos, fármacos específicos para los pacientes con esquizofrenia, están experimentando un incremento notable en su representación económica para los Servicios Sanitarios Públicos, dado que son mejor tolerados por los pacientes y su elevado precio frente a los antiguos.

11.5. Dispositivos asistenciales y actividad

En lo que se refiere a morbilidad asistida, habría que tener en cuenta las cifras referidas al volumen de personas atendidas tanto en el nivel de Atención Primaria (Médico de Familia y Médico de Cabecera) como en el Especializada, al que pertenece la red de dispositivos asistenciales a los trastornos mentales (U.S.M.C., Unidades de Internamiento Breve, Unidades de Rehabilitación Activa, etc.). Antes de pasar a exponer los datos disponibles pertenecientes a los dispositivos especializados de Salud Mental, hay que hacer notar la existencia de un registro unificado de casos actualmente operativo en Gran Canaria en fase de pilotaje, aunque siguen funcionando registros parciales que nos permiten acercarnos más a la realidad. Algunos hospitales están terminando de instalar el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.), que ya ha superado la fase de diseño y homologación, fundamentalmente en el Área de Salud de Gran Canaria, por ser donde la red asistencial está más desarrollada. También es de destacar que no se dispone de datos acumulados para toda la Comunidad, excepto para los ingresos en Unidades de Internamiento Breve, a través de un estudio realizado desde la Dirección General de Programas Asistenciales.



A nivel extrahospitalario, las Unidades de Salud Mental Comunitarias (U.S.M.C.) representan el dispositivo sanitario especializado de consulta externa que toma a su cargo de manera genérica los casos derivados por los equipos de Atención Primaria, además del seguimiento de pacientes crónicos ya identificados y de los pacientes de alta de las Unidades de Internamiento Breve (U.I.B.) La evolución de las Unidades de Salud Mental en el período 1986 a 2001 se muestra en el Gráfico 21.

Observamos que el número de Unidades de Salud Mental en el Área de Salud de Gran Canaria, sufrió un importante incremento de 1994 a 1995, pasando de dos a ocho, gracias al convenio firmado por el Servicio Canario de Salud y el Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria. En el resto de las áreas el número de dispositivos no ha variado sustancialmente, con la excepción de Tenerife en donde se ha incrementado en una Unidad, también debido a la creación del Consorcio Sanitario, ente que integra al Servicio Canario de Salud y al Cabildo de Tenerife. Sin embargo sí está variando sustancialmente el número de profesionales que integran las U.S.M.C. en el sentido de ir aumentando su dotación de recursos humanos, hasta lograr ratios equitativos en todas las islas; estos incrementos se están haciendo en parte con la ampliación de las USMC a través de consultorios periféricos dotados de un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera dependiente de su USMC de referencia y en parte mejorando la dotación de recursos humanos en las USMC base.

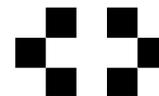
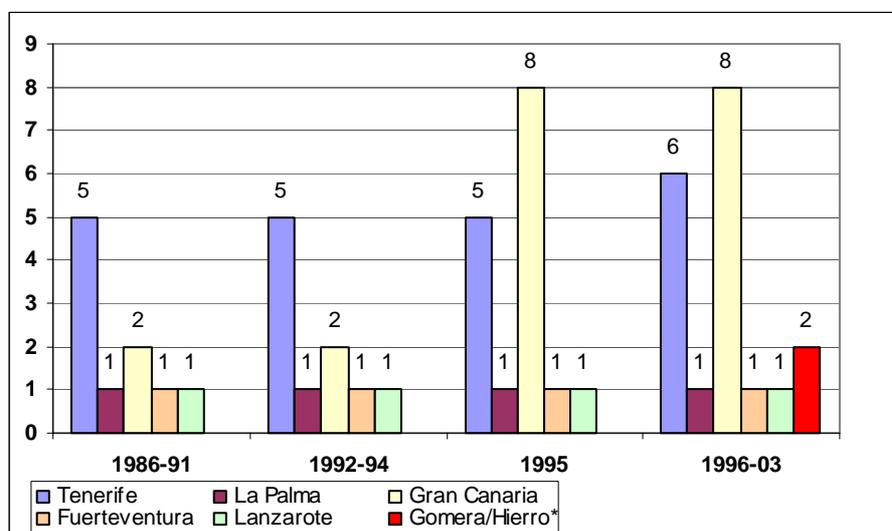


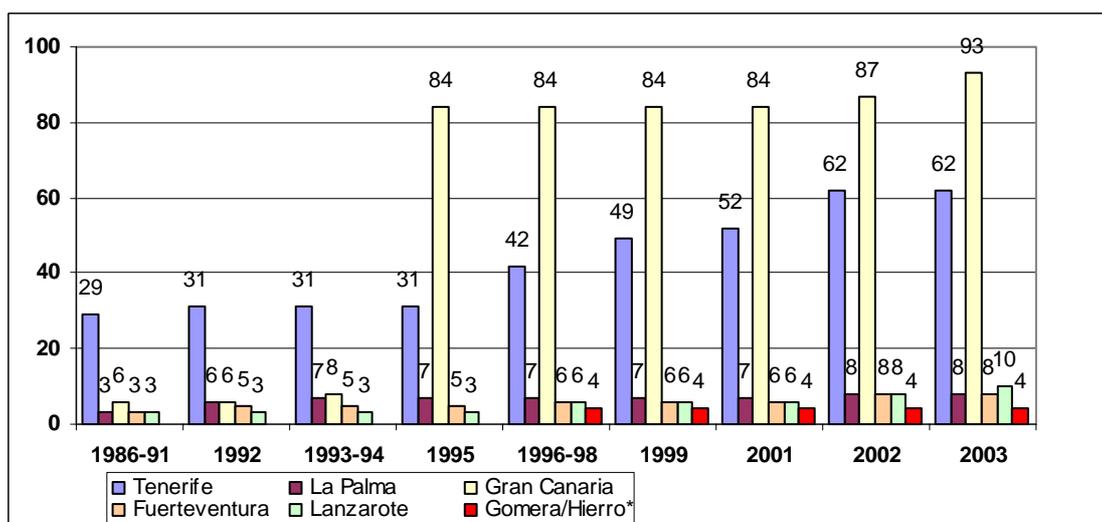
Gráfico 21 - Evolución del número de Unidades de Salud Mental. Canarias, 1986 a 2003



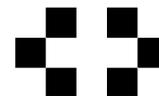
Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En relación a los recursos humanos de las Unidades de Salud Mental, como se ve en el Gráfico 22, ha habido un aumento en todas las áreas, destacando igualmente los de Gran Canaria en virtud del Convenio referido anteriormente, así como en el área de Tenerife.

Gráfico 22 - Evolución de recursos humanos en las Unidades de Salud Mental. Canarias, 1986 a 2003

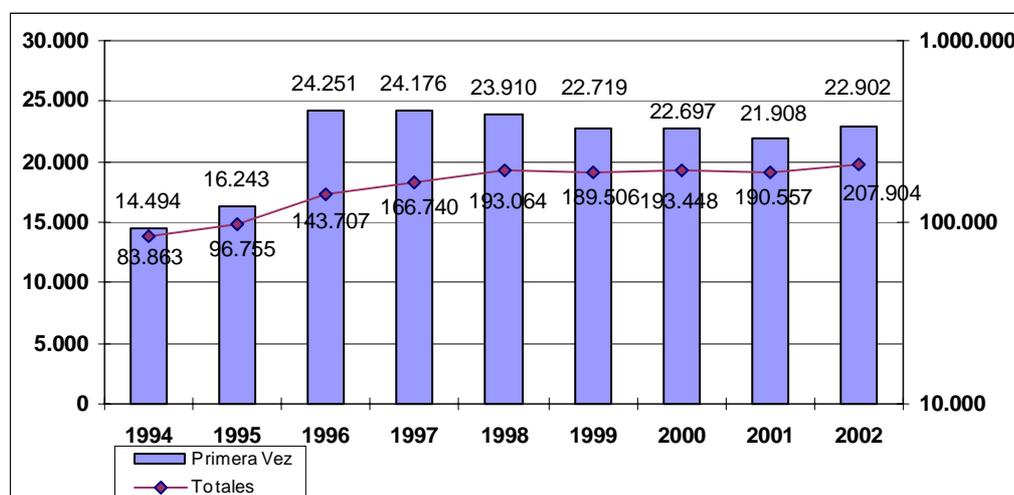


Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental



Con respecto a la actividad asistencial realizada en las Unidades de Salud Mental, el Gráfico 23 muestra un incremento sostenido de las consultas totales hasta 1998, y una cierta tendencia a la estabilización en los últimos años e incluso disminución de las primeras consultas, lo cual apunta a una consolidación del modelo de atención comunitario, al menos en las áreas de salud donde se ha podido implantar de forma más completa. No obstante, las listas de espera y los tiempos de dedicación por paciente recomiendan el incremento de recursos humanos, sobre todo en las zonas de mayor crecimiento demográfico.

Gráfico 23 - Evolución de consultas en las Unidades de Salud Mental (primera y totales). Canarias, 1994 a 2002



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

A nivel hospitalario, la evolución de las Unidades de Internamiento Breve se muestra en el Gráfico 24, donde vemos que el aumento es a expensas de dispositivos ubicados en Hospitales Generales. Actualmente, y con la apertura en 2001 de la Unidad de Agudos del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria con 30 camas, así como la remodelación de la Unidad de Agudos de Fuerteventura, se ha completado la red de hospitalización. En marzo de 2004, las 25 camas de agudos que permanecían en el Hospital Psiquiátrico pasaron a ser de estancias intermedias (subagudos), con lo que se completó el proceso de traslado de camas para pacientes agudos desde los Hospitales Psiquiátricos a los Hospitales Generales.

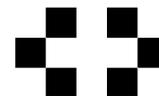
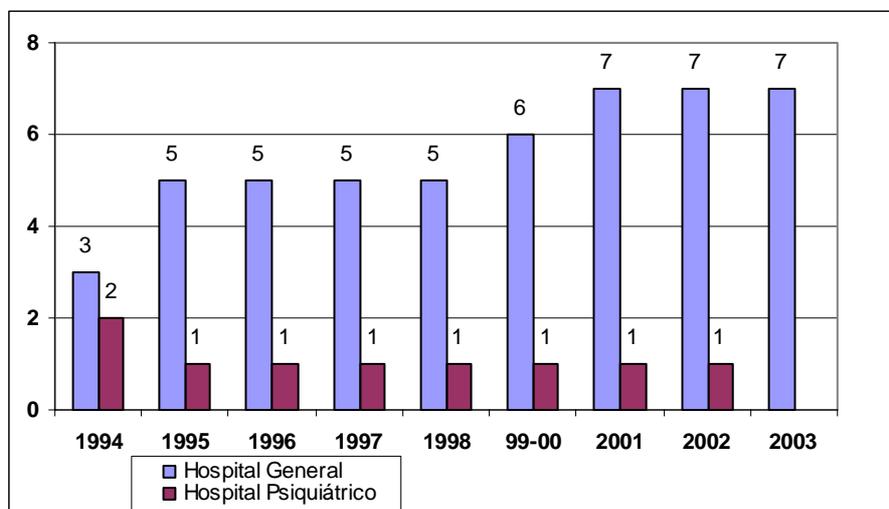


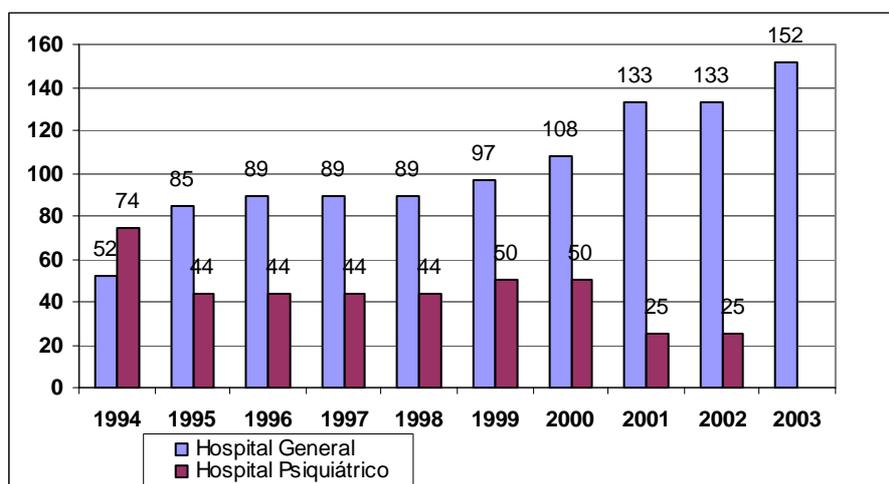
Gráfico 24. Evolución del número de Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2003



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

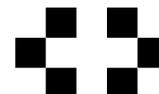
Con respecto a las camas, en el Gráfico 25, observamos también un incremento de las mismas, que se produce a expensas de las camas en Hospitales Generales.

Gráfico 25 - Evolución del número de camas en Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2003



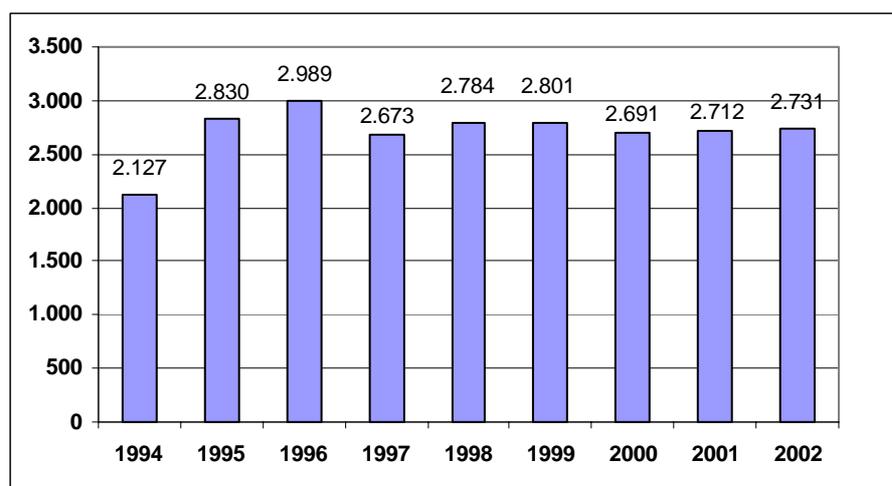
Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

La actividad asistencial, medida en función de los ingresos y las estancias se muestra en el Gráfico 26 y el Gráfico 27, para el período 1994 a 2002. En ellos



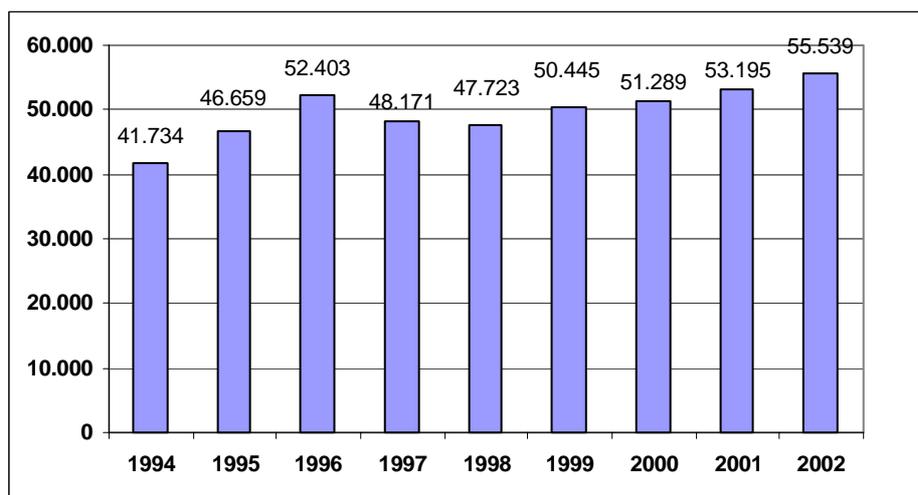
observamos que desde 1998 hay una tendencia a la estabilización. No obstante el perfil de los pacientes que se ingresan, así como las estancias medias aconsejan el desarrollo de dispositivos “intermedios” versus “subagudos”, vinculados a las Unidades de Rehabilitación Activa (URA) para pacientes en los que los programas terapéuticos a desarrollar necesitan una estancia superior a las de las UIB, e inferior a las de las URA.

Gráfico 26 - Evolución del número de ingresos en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2002

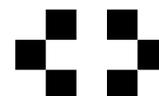


Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Gráfico 27 - Evolución del número de estancias en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2002



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental



Con objeto de analizar en detalle los ingresos en Unidades de Internamiento Breve, así como las causas que los producen, el Servicio de Salud Mental, de la Dirección General de Programas Asistenciales, llevó a cabo un estudio en donde se analizaron todos los ingresos ocurridos en las cinco Unidades de Internamiento Breve de Canarias durante los años 1995 a 1997, observando los siguientes resultados:

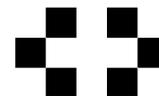
La evolución de los ingresos en todas las Unidades de Internamiento Breve de Canarias durante los años 1995 a 1997, mostró que la psicosis esquizofrénica generaba una media de 42,6% de los mismos (Tabla 16). En contrapartida, de las patologías atendidas por las Unidades de Salud Mental Comunitaria, son los trastornos del humor y los neuróticos los que constituyen la primera causa de consulta.

Tabla 16. Ingresos y estancia media por categoría diagnóstica. Canarias, 1995 a 1997

Diagnóstico (OMS CIE-10)	1995		1996		1997	
	% Ingreso	Estancia media	% Ingreso	Estancia media	% Ingreso	Estancia media
Esquizofrenia y otros	44,9	28,3	41,1	29,7	41,8	28,3
Trastornos del Humor	18,7	24,2	20,9	24,5	18,1	25,8
T. M. y del comportamiento por consumo de psicótropos	12,5	11,6	11,6	14,3	13,5	13,6
Trastornos de la Personalidad	6,3	19,1	7,6	16,6	9,5	18,3
Trastornos Neuróticos	7,8	16,9	7,7	18,3	6,0	18,6
Otros	3,4	15,2	4,5	14,5	4,4	14,4
Trastornos mentales orgánicos	3,5	27,2	3,8	24,5	2,8	23,4
Retraso Mental	2,1	29,0	1,7	23,1	2,5	27,1
Trastornos del Comportamiento	0,7	36,9	1,0	39,4	1,0	63,9
Trastornos del desarrollo	0,1	6,0	0,1	24,8	0,2	13,4
Trastornos del comportamiento infantil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	7,3

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En la Tabla 16 se muestran también los datos de estancia media y porcentajes de ingresos, para su análisis conjunto. El diagnóstico que genera una estancia media más alta corresponde a los trastornos del comportamiento (63,9), pero que influye muy poco globalmente puesto que tiene un peso muy bajo en cuanto a frecuencia de diagnóstico (1%). La estancia media generada por el



diagnóstico de esquizofrenia es la segunda más alta (28,3), y coincide con el diagnóstico más frecuente.

Las tasas de ingreso por psicosis esquizofrénica son las que alcanzan el nivel más alto, y con una tendencia ascendente durante el período estudiado. Le siguen en frecuencia los trastornos del humor y los trastornos del comportamiento por consumo de psicotropos (Tabla 17).

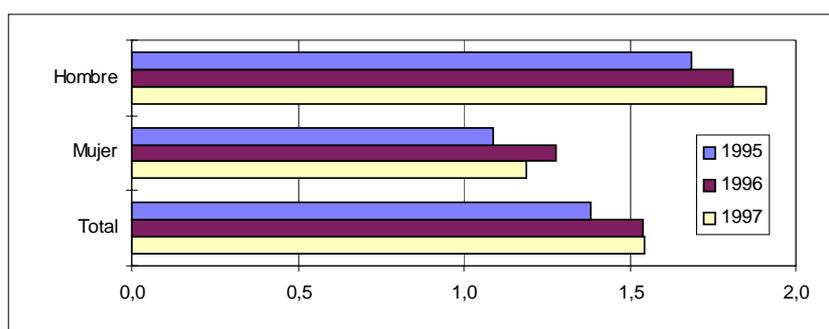
Tabla 17. Ingresos por categoría diagnóstica (tasas de ingreso por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997

Diagnóstico (OMS CIE-10)	1995	1996	1997
Esquizofrenia y otros	0,619	0,632	0,644
Trastornos del Humor	0,258	0,321	0,279
T. M. y del comportamiento por consumo de psicotropos	0,172	0,179	0,209
Trastornos de la Personalidad	0,087	0,117	0,146
Trastornos Neuróticos	0,107	0,118	0,092
Otros	0,047	0,069	0,067
Trastornos mentales orgánicos	0,047	0,058	0,044
Retraso Mental	0,029	0,027	0,038
Trastornos del Comportamiento	0,010	0,016	0,015
Trastornos del desarrollo	0,002	0,001	0,004
Trastornos del comportamiento infantil	0	0	0,002

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

La tasa de ingreso en los varones es sensiblemente superior a la de las mujeres, y con tendencia ascendente.

Gráfico 28 - Tasas de ingreso por géneros (por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Por grupos de edad, el grupo de 40 a 49 años es el que presenta tasas más altas incrementándose ésta en el período estudiado.

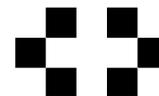
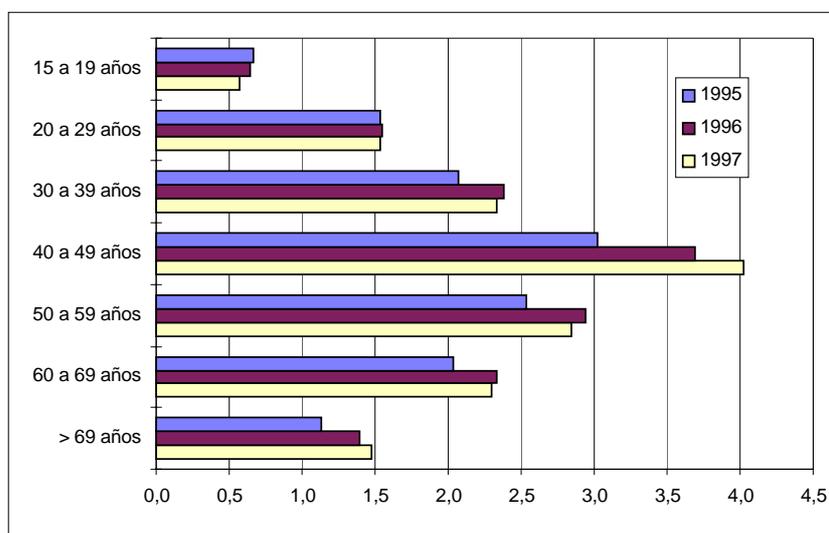


Gráfico 29 - Tasas de ingreso por grupos de edad (por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997



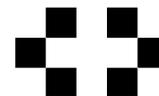
Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

11.6. Estrategias actuales y su proyección de futuro

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (U.S.M.C.) tendrán que ir incrementando su participación en el tratamiento de las patologías psicóticas y delegando en el nivel de Atención Primaria la detección y tratamiento de los trastornos neuróticos, siempre y cuando el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica desde las Instituciones hacia la comunidad continúe y vaya acompañado de la correspondiente sectorización de la población a atender y el desplazamiento de los recursos desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, siendo especialmente sensibles en la dotación de recursos con las zonas de mayor desarrollo demográfico.

La formación continuada en el campo de los trastornos mentales a los profesionales de Atención Primaria por parte de los profesionales de las U.S.M.C. y las visitas domiciliarias dentro de los programas de seguimiento en la comunidad son, entre otras, algunas de las claves de esta necesaria transformación de los recursos existentes.

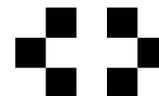
Las Unidades de Internamiento Breve (U.I.B.) para pacientes con trastornos mentales agudos que están ubicadas ya (marzo 2003) en Hospitales Generales, garantizan una atención al enfermo mental en igualdad de condiciones que cualquier otro enfermo agudo con otras patologías, permitiendo además una



atención sanitaria completa física y psíquica cuando acuden a los servicios de Urgencias de dichos Hospitales Generales. Estas U.I.B. deben ocuparse sólo de aquellos casos graves en donde no fuera posible la contención comunitaria en las Unidades de Salud Mental, con las que deben trabajar en estrecha relación, garantizando la continuidad de cuidados.

La atención a los problemas de la salud mental de la infancia y la adolescencia, debe ser reforzada, atendiendo a los resultados del estudio Delphi realizado a más de 60 expertos que se ocupan desde los distintos sectores implicados en la atención de la población infanto-juvenil de nuestra Comunidad Autónoma. Conforme a las recomendaciones de esta consulta, en los próximos años, se implantarán programas de formación específica en psicopatología infantil para los profesionales de los dispositivos de Salud Mental, y se crearán estructuras estables de coordinación entre los sectores implicados en la atención a la infancia y la juventud (profesores, pediatras, equipos específicos de educación, servicios sociales, etc.). Esto redundará en una asistencia de mayor calidad para nuestros menores, proporcionada por los profesionales de los equipos de Salud Mental. Como consecuencia de lo anterior, deberán existir de forma generalizada protocolos que garanticen una atención integrada y coordinada para los sectores de esta población con mayor riesgo, respaldados por profesionales con formación específica. De aquí surge el segundo objetivo general de este Plan de Salud.

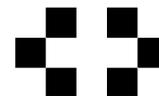
Con el objeto de mejorar el desarrollo y promoción de una red de apoyo social y comunitario para el seguimiento de los enfermos mentales crónicos se aprobó el Decreto 83/1998, de 28 de mayo, a propuesta de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental, de la cual depende, la constitución y seguimiento de los C.I.R.P.A.C. (Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para enfermos mentales crónicos), en el que están representadas todas las administraciones con recursos en esta materia, desde el Servicio Canario de Salud hasta las ONGs, pasando por los Cabildos, los Municipios, la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, la Dirección General de Servicios Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Sólo desde el desarrollo coordinado y la complementación de recursos sanitarios y sociales es posible despejar para el futuro la incógnita de la institucionalización del enfermo mental, exponente del fracaso de la contención comunitaria allí donde estos recursos intermedios no se han desarrollado. Todos estos C.I.R.P.A.C. ya se han constituido. Incluso alguno de ellos, como el de Gran Canaria, dispone ya de una monitorización de la



población de enfermos mentales crónicos atendidos en los recursos públicos y se está elaborando una propuesta de cuáles son sus necesidades de tipo sociosanitario más inmediatas. Actualmente los Programas de Atención Sociosanitaria – área de discapacitados y área de mayores – aprobados por el gobierno, refuerzan y garantizan el desarrollo de estos recursos para personas con enfermedad mental.

La formación especializada postgrado en Psiquiatría y Salud Mental está experimentando una mejora sustancial en sintonía con la nueva normativa (la especialidad de Psicología Clínica y la de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental). Así, hemos pasado de formar 1 MIR (Médico Interno Residente) de Psiquiatría al año en el H.U.C. de Tenerife hasta hace 6 años y para toda Canarias, a disponer, en la actualidad, de 2 unidades docentes acreditadas de Psiquiatría y Salud Mental, con capacidad y financiación para formar a 14 técnicos por año; 7 en Las Palmas y 7 en Tenerife, distribuidos, de forma equitativa: 2 psiquiatras, 2 psicólogos y 10 enfermeros especializados; además de la formación que se viene dando ya a los médicos de familia y neurólogos en formación MIR. Actualmente se estudia su incremento con nuevas Unidades Docentes o ampliación de las existentes. Actualmente (mayo 2003) están acreditadas tres plazas MIR y dos PIR en Gran Canaria y tres MIR y una PIR en Tenerife por año.

Resulta también imprescindible contar con un aumento del nivel de información y formación sobre los trastornos mentales de mayor presencia en la población, especialmente en los que los padecen y sus familiares; en este sentido el Servicio Canario de Salud ha iniciado la publicación y distribución de una serie de boletines de información a usuarios con la autorización del Royal College of Psychiatrists, reforzada este año con una segunda edición de cien mil ejemplares. El propósito de esta serie es ayudar a formar una nueva actitud en la población canaria hacia las diversas formas de presentación de la enfermedad mental. Con la información contenida en dichos folletos se pretende que tanto los pacientes como los familiares, educadores, profesionales sanitarios y público en general dispongan de los conocimientos necesarios sobre la enfermedad mental que les permitan percibirla, enjuiciarla, valorarla, así como comportarse con respecto a ella de un modo más adecuado, sin los temores ni vergüenzas del pasado. Evidentemente, ningún folleto puede sustituir a la consulta con el médico y si se precisa de información suplementaria o ayuda adicional debería acudir al médico de cabecera y solicitarla. El total de la serie consta de los siguientes títulos: Anorexia y



Bulimia, Ansiedad y Fobias, Depresión, Depresión en el lugar de trabajo, Depresión en las personas mayores, Depresión postparto, Duelo, Fobias sociales, Problemas con el sueño y Sobrevivir a la adolescencia. Están en fase de publicación los folletos de Esquizofrenia y el Psicosis Maníacodepresiva.

De forma simultánea, el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.), completará su implantación en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, para lo cual se están dotando de soporte informático y apoyo administrativo en aquellas áreas donde todavía estos no existen. De esta forma, contaremos con un instrumento esencial que nos permitirá conocer y evaluar el funcionamiento de los recursos de la Red asistencial pública, a efectos de mejorar su dotación y optimizar su utilización.

Por último, y no por menos importante, la investigación en aspectos específicos de la Salud Mental en Canarias, se ha potenciado no sólo a través de las diferentes becas de FUNCIS (Fundación Canaria de Investigación para la Salud), sino también desde la propia Dirección General de Programas Asistenciales a través de cursos básicos itinerantes en metodología de la investigación a los profesionales de la red de dispositivos de Salud Mental, pretendiendo atender carencias formativas reclamadas por los propios profesionales. Estas iniciativas ayudan al desarrollo de una conciencia de gestión clínica en los profesionales, siendo el colectivo de los trabajadores públicos de la Salud Mental uno de los pioneros en esta tarea.

Finalmente, los escasos recursos aún dedicados a la rehabilitación de enfermos mentales crónicos (Unidades de Rehabilitación Activa, Hospitales de Día, Centros de Día, etc.) comienzan a adquirir un relevante protagonismo, que hará variar la distribución diagnóstica en los dispositivos asistenciales y permitirá mejorar el pronóstico de los nuevos enfermos mentales crónicos. En este sentido, en los últimos años se ha mejorado la situación de este tipo de recursos como se ve en la Tabla 18 y la Tabla 19, fundamentalmente a expensas de los Centros de Día, junto con la colaboración de otras Administraciones (Servicios Sociales, Ayuntamientos, ONGs...)

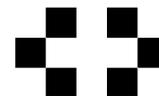


Tabla 18. Evolución de los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales, por áreas de salud. Canarias, 1996 a 2002

	Centros de Día Nº (plazas)		Unidades de Noche Nº (camas)		Pisos Asistidos Nº (plazas)		Pensiones Tuteladas Nº (plazas)	
	1996	2002	1996	2002	1996	2002	1996	2002
Gran Canaria	1(40)	5 (150)	-	-	7 (27)	7 (28)	2 (12)	2 (15)
Tenerife	1 (45)	1 (52)	1(10)	1(10)	2 (10)	4 (21)	1 (6)	1 (6)
Lanzarote	-	1(65)	-	-	1 (5)	2 (10)	-	-
La Palma	-	2(60)	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2 (85)	9 (327)	1 (10)	1 (10)	10 (42)	13 (59)	3 (18)	3 (21)

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En esta Tabla 19 no figuran todos los recursos dependientes de ONGs, debido a estar pendientes de su homologación al amparo del Programa de Atención Sociosanitaria Área de Discapacitados.

Tabla 19. Evolución de las camas para enfermos mentales crónicos, por áreas de salud. Canarias, 1994 a 2002

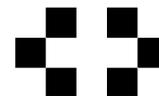
	Deficientes				Psicogerítricas				U.R.A.(**) Media y Larga Estancia			
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
Gran Canaria (*)	66	65	66	60	85	77	85	70	138	139	129	133
Tenerife (*)	87	87	87	58	59	59	59	53	74	74	74	72
Lanzarote	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Palma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	153	152	153	118	144	136	144	123	212	213	203	205

* Localizadas en los Hospitales Psiquiátricos

** Unidades de Rehabilitación Activa

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Los Programas Insulares para la Rehabilitación Psicosocial de los enfermos mentales crónicos (P.I.R.P.) a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (C.I.R.P.A.C.), permitirán un desarrollo coordinado y complementario de los recursos intermedios (Tabla 18) para este colectivo de pacientes, garantizándoles un futuro de integración social y participación.



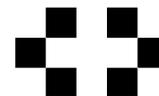
A lo largo del año 2002 se han ultimado 220 nuevas plazas de centros de día en el marco de los PIRP y del Programa de Atención Sociosanitaria Area de Discapacitados que se están abriendo a pacientes a lo largo de 2003 con la siguiente distribución: 180 en Tenerife, 90 en Gran Canaria, 30 en La Palma, 20 en Fuerteventura, 10 en La Gomera y 10 en El Hierro.

11.7.- Impacto económico

Los costes socioeconómicos totales (directos e indirectos) para los pacientes con trastornos mentales en Canarias durante 1998 fueron de 158,55 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 55,71 millones de euros, lo que supone el 4,9 % del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 20,64 millones de euros; la Atención Primaria con 4,83 millones de euros, las consultas externas con 7,14 millones de euros y el coste farmacéutico con 23,10 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 102,84 millones de euros representando la partida más importante con un 65% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que éste último es el que ocasiona un coste mayor con 41,18 millones de euros, mientras que la mortalidad anticipada y el absentismo laboral ocasionan un coste de 35,76 y 25,89 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 409 fallecidos produjeron 7.496 años de vida perdidos, 4.199 años de vida productivos perdidos. Los días de baja laboral ascendieron a 710.746.

A nivel hospitalario los trastornos mentales originan una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 3.618 altas hospitalarias (diagnóstico principal) en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 52.849 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 14,61 días.



12. Seguridad Laboral

12.1. Concepto, incidencia y evolución reciente

Tanto el comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo como la Organización Mundial de la Salud, definen la salud ocupacional como aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, a la vez que prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas.

El total de accidentes relacionados con el trabajo a nivel nacional en el año 2001 fue de 1.812.507, lo que supone un aumento de nada menos que un 4.76 % con respecto al año anterior.

En el año 2000 el número de accidentes laborales con baja a nivel nacional fue de 935.772, lo que supuso un aumento del 7,7%. Con un índice de incidencia para los accidentes laborales con baja de 64,01.

Durante el mismo intervalo de tiempo el número de accidentes laborales con baja en Canarias en el año 2001 fue de 47.252, aumentando el 7,7 % con respecto al año anterior, en el que se produjeron 45.890 accidentes laborales.

El valor del índice de incidencia de nuestra Comunidad Autónoma fue de 73,77.

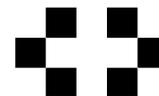
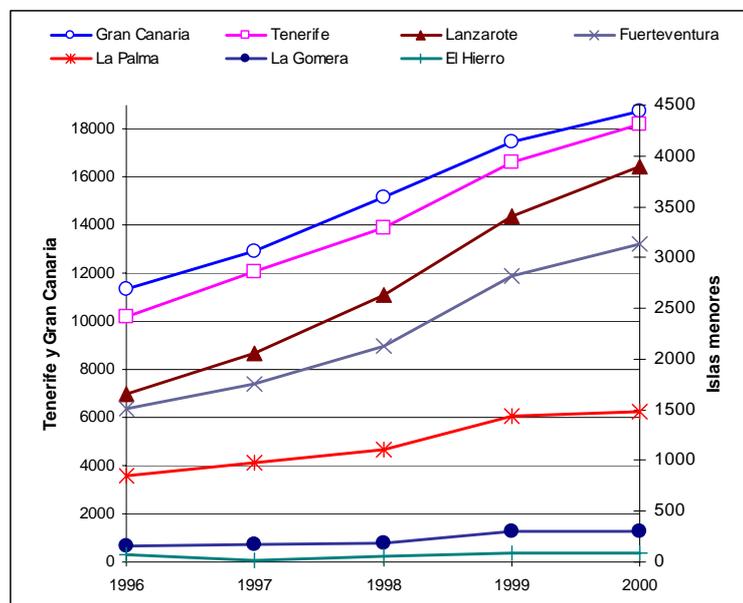


Gráfico 30. Accidentes laborales con baja en jornada de trabajo en Gran Canaria y Tenerife, 1996-2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

Si analizamos la evolución de la siniestralidad laboral desde 1996 a 2000, observamos que el número de accidentes laborales en Canarias ha ido en aumento en todas las islas, con un hallazgo de interés que sitúa a Fuerteventura por encima de los valores contabilizados en la isla de la Palma.

El mismo comportamiento ha mostrado la evolución de los accidentes *in itinere* en el conjunto del estado español 76.024, yendo o volviendo del trabajo, el número total se ha incrementado en un 6.8% con respecto al 2000.

En el año 2000 se han registrado en Canarias 3064 accidentes *in itinere*, lo que significa un incremento del 13,7 % con respecto al año anterior.

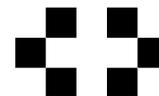


Gráfico 31. Accidentes laborales con baja "in itinere" en Canarias, 1996-2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

12.2. Gravedad de la siniestralidad laboral

Si bien es cierto que, a nivel nacional, el número total de accidentes de trabajo en el año 2001 ha experimentado un incremento respecto al año anterior, afortunadamente, tenemos que destacar un descenso del 9.65 % en los accidentes con resultado de muerte en jornada de trabajo, no podemos decir lo mismo de las cifras de muertes *in itinere*, que siguen aumentando. Sin embargo en nuestro período de comparación entre el 1999 y 2000 los accidentes mortales habían aumentado, con una disminución de los *in itinere* como ocurre en nuestra Comunidad.

En Canarias por el contrario el número de accidentes mortales en el año 2000 ha aumentado en un 17,9 %. Estos han pasado de 39 en 1999 a 46, siendo el aumento mayor en la provincia de Tenerife. Mientras que los accidentes "in itinere" han disminuido en un 13 % en Canarias con respecto al año anterior.

En España los accidentes graves, 11.992, también experimentaron un incremento en el año 2001, en concreto del 5,57% más que el año anterior. El aumento de accidentes graves en Canarias ha sido de un 8,9% para el año 2000.

En lo que a la gravedad de los accidentes se refiere el mayor porcentaje de accidentes laborales que se produce son leves.

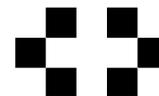
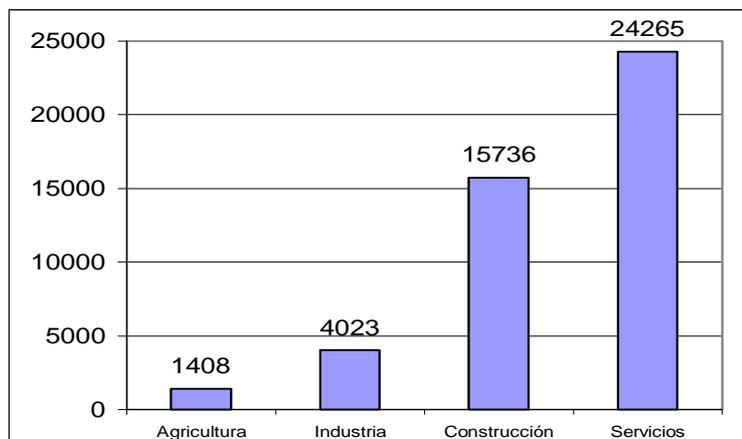
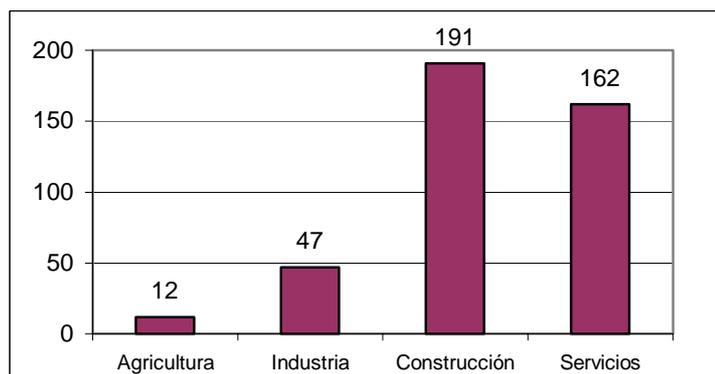


Gráfico 32. Accidentes laborales leves con baja en Canarias, año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

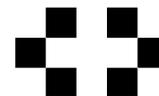
Gráfico 33. Accidentes laborales graves con baja en Canarias, año 2000



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

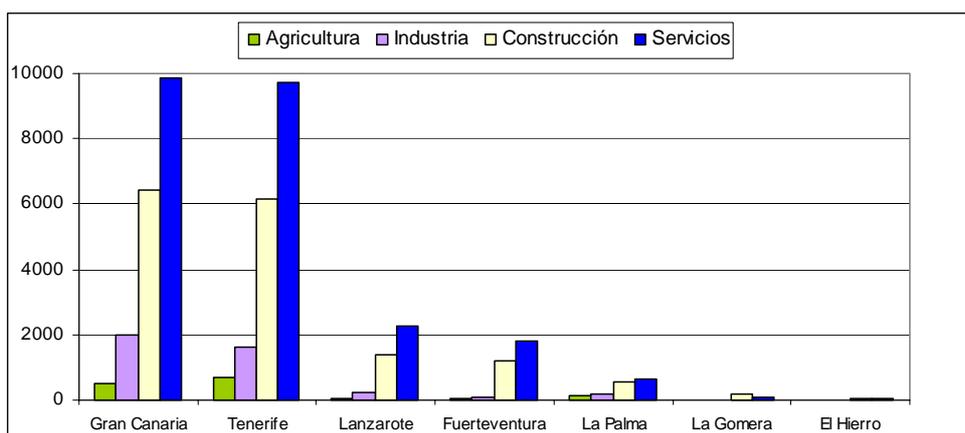
12.3. Siniestralidad laboral según sector de actividad

En cuanto al desglose de los datos por sector de actividad, y refiriéndonos únicamente a los accidentes que requirieron baja laboral, a nivel nacional los accidentes muestran una disminución de en el ámbito agrario (- 6.74%) y en el industrial (- 1,91%) experimentando un marcado incremento el sector de la construcción (5.06 %) y en el de los servicios (5.1 %) en el año 2001.



El sector con mayor número de accidentes laborales en el año 2000 es en cada una las islas del archipiélago canario el de servicios, a excepción de la Gomera en el que es mayor el sector de la construcción.

Gráfico 34. Accidentes con baja en jornada de trabajo por sectores de actividad en Canarias, año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

El incremento en Canarias en el año 2000 ha sido mayor para el sector de la construcción con un aumento del 15,5 %, en Servicios un 6,9 %, industria un 4,7%, y el sector agrícola es el único que ha disminuido en el 2000 un 15,6% con respecto al año 1999.

12.4. Comparación entre comunidades autónomas

Con relación a la incidencia de los accidentes laborales con baja por comunidades autónomas, se observa que prácticamente en todas ellas han experimentado incrementos, destacando Madrid, con un aumento del 11,4 % y Andalucía con el 11.1% con respecto al año 2000.

Sin embargo para el 2001 continúa destacando Madrid, con un aumento del 7.02 % (129.660) y Galicia, con el 6.41% con respecto al año 2000.

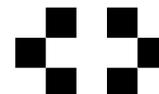
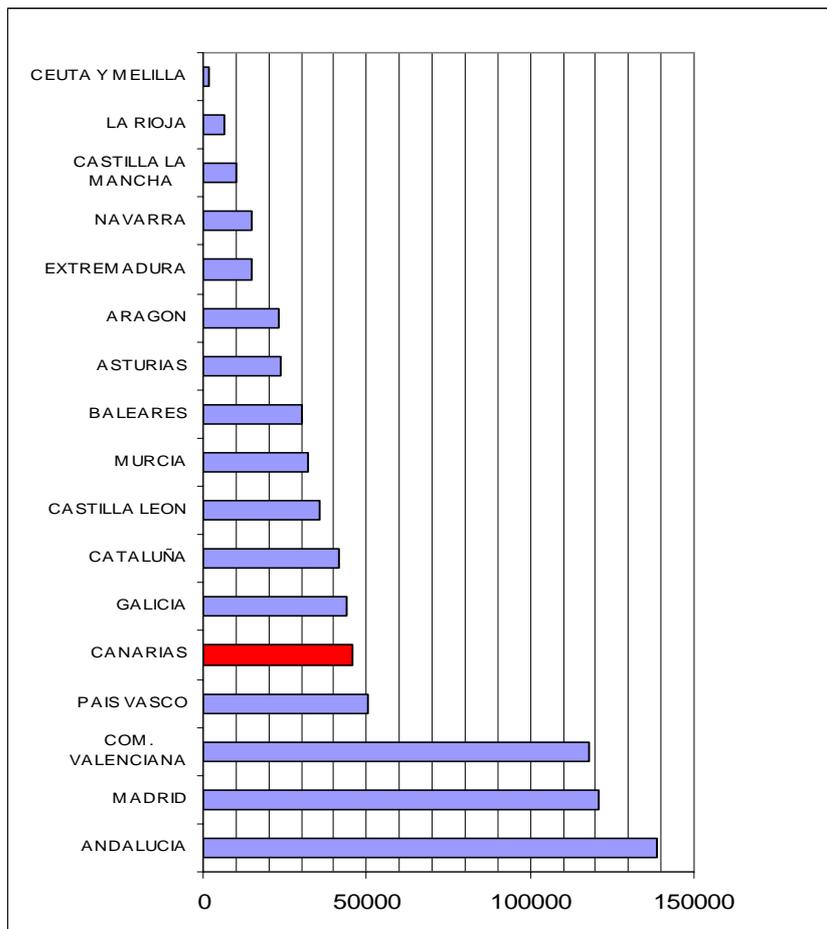


Gráfico 35. Accidentes laborales con baja por comunidades autónomas, año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

12.5. Tipología y naturaleza de la siniestralidad laboral

Las tipologías de formas de accidentes más frecuente en el año 2000 en Canarias son los sobreesfuerzos/infartos, derrames cerebrales (el 22,80 % en Tenerife, 21,92% en Las Palmas); seguido de golpes por objetos o herramientas (21,86% en Tenerife, 21,66 % en Las Palmas).

En los accidentes con resultado de muerte, el mayor índice de incidencia se produce en el sector de la construcción. En Tenerife el 50% se producen por caídas a distinto nivel, en Las Palmas el 36,67% por sobreesfuerzos/infartos, derrames, representado las caídas de personas el 13,33 %.

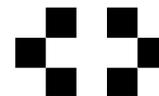
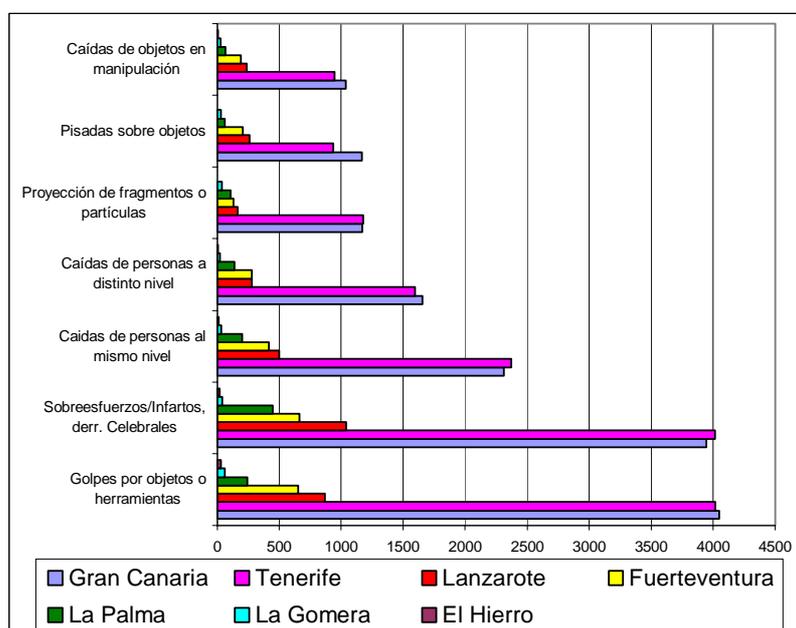


Gráfico 36. Forma de accidentalidad laboral más frecuente por islas en el año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

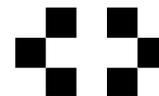
La causa más frecuente de accidentes mortales son las lesiones múltiples, los infartos o derrames cerebrales. El tipo de lesión grave más frecuente las fracturas, y las leves los esguinces. No tenemos datos que nos permitan diferenciar el tipo de lesión más frecuente sin tener en cuenta los accidentes *in itinere*

La parte del cuerpo más frecuentemente lesionada en los accidentes laborales con baja son las extremidades distales, las manos y los pies.

El rango de edad en que se producen más frecuentemente accidentes laborales con baja está entre 25-34 años.

El mayor porcentaje de accidentes se produce el lunes, siguiéndole en frecuencia el martes y miércoles. Posiblemente porque en ocasiones los trabajadores se lesionan el fin de semana, pero no acuden al médico hasta el lunes, en el que se registraría el accidente.

En lo que respecta al horario de trabajo, las horas de mayor número de accidentes están entre las 10-12 horas, lo que coincide con el tiempo después del desayuno en el que el trabajador está más relajado.



12.6. Enfermedades Profesionales

Recientemente con la mejora de los sistemas de registro de enfermedades profesionales se observa un aumento notable de número de notificaciones, que han ascendido a 21.216 en el conjunto del estado español para el año 2001. Esta cifra supone un incremento del 18.80 % con respecto al año anterior.

El número de enfermedades profesionales notificadas en Canarias en el año 2000 fue de 309. De ellas, el mayor número se produjo en el sector servicios. Siendo las más frecuentes en la provincia de Las Palmas la lumbalgia y dermatitis de contacto. En Tenerife las más frecuentes correspondieron a dermatitis de contacto.

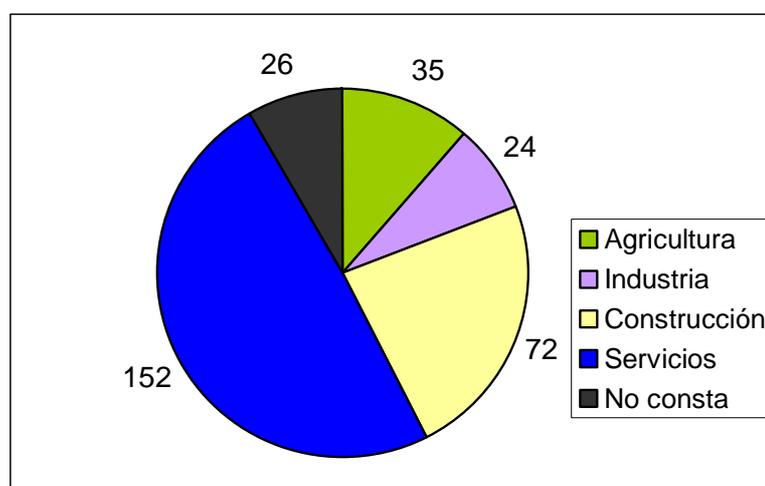
El mes en el que se producen el mayor número de enfermedades profesionales es en Enero. Y además el de más bajas. Coincide con el mes de mayor actividad en Canarias, por lo menos en lo que a sector servicios se refiere.

Las enfermedades profesionales son más frecuentes cuando se lleva más de 3 años contratado en la empresa.

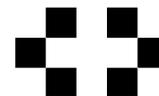
El rango de edad en el que se producen un mayor número de enfermedades profesionales está entre los 35 y 44 años.

El mayor número de enfermedades profesionales se produjo en el sector servicios.

Gráfico 37. Enfermedades profesionales por sectores económicos en Canarias, año 2000



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud.

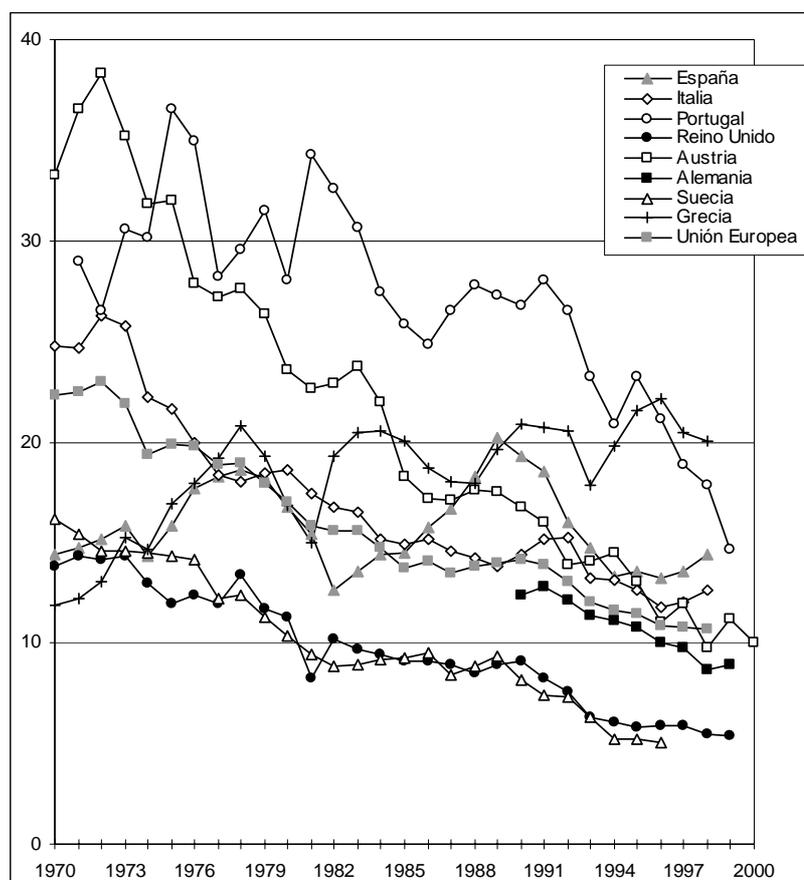


12.7. Mortalidad por accidentes de tráfico

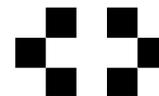
A la hora de ajustar las tasas a la población estándar europea, se ha decidido recoger las defunciones del Instituto Nacional de Estadística, pues aunque arrojan valores menores, nos permiten una homogeneidad en la visión comparativa según comunidades autónomas. Sin embargo, a la hora de mostrar el detalle para nuestro archipiélago, hemos preferido tener en cuenta los datos del Instituto Canario de Estadística, disponibles desde 1995, ya que suponen un mayor número de fallecimientos en la mayoría de los casos.

España se encuentra entre uno de los países europeos con tasas de mortalidad por accidentes de tráfico más elevadas, siendo superada en la actualidad por Portugal y Grecia. A partir de 1996 se aprecia un ascenso en la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en España.

Gráfico 38. Evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (por 10⁵ habitantes). Todas las edades. Países europeos, 1970 a 2000

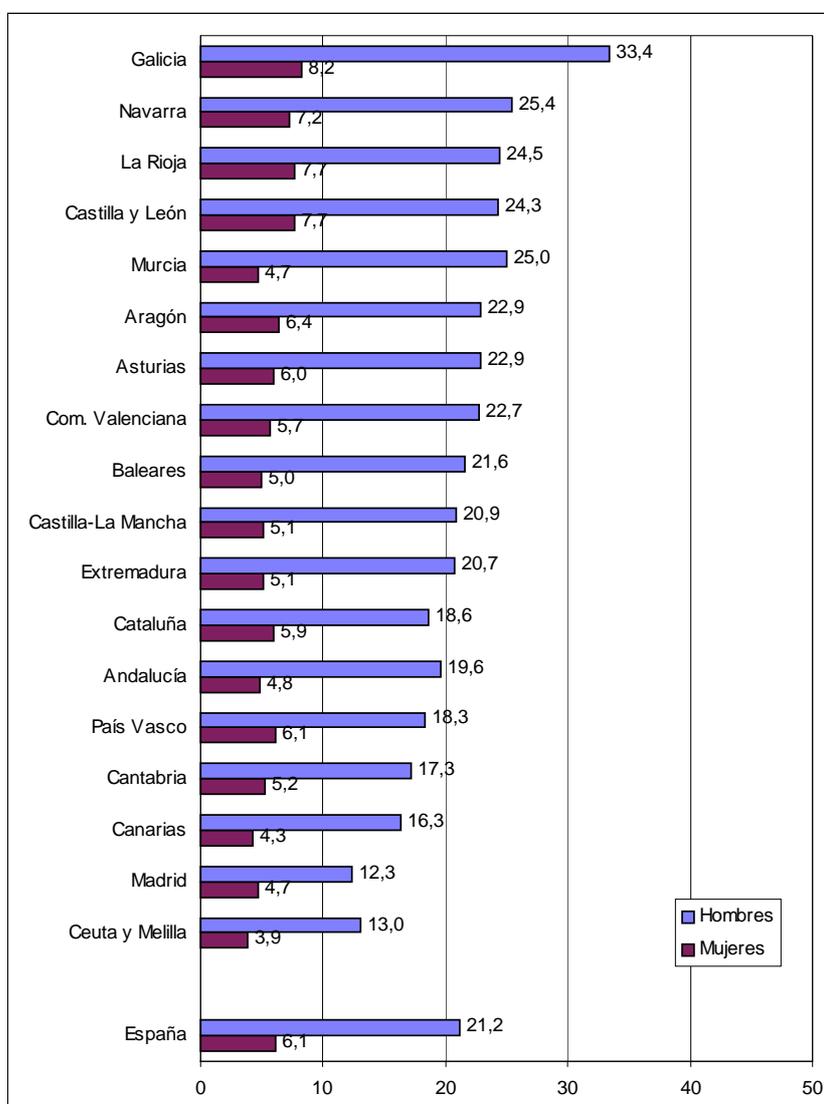


Fuente: - WHO Regional Office for Europe: HFA Statistical Database

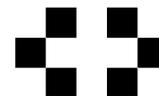


Si bien los accidentes de tráfico en Canarias son un importante problema de salud, al comparar las tasas ajustadas de mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma con las del resto del país (Gráfico 39), comprobamos que Canarias ocupa las últimas posiciones, tanto en el caso de hombres como en el de las mujeres.

Gráfico 39. Tasas estandarizadas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor según género, por comunidades autónomas (por 10⁵ habitantes). España, 1994-1998

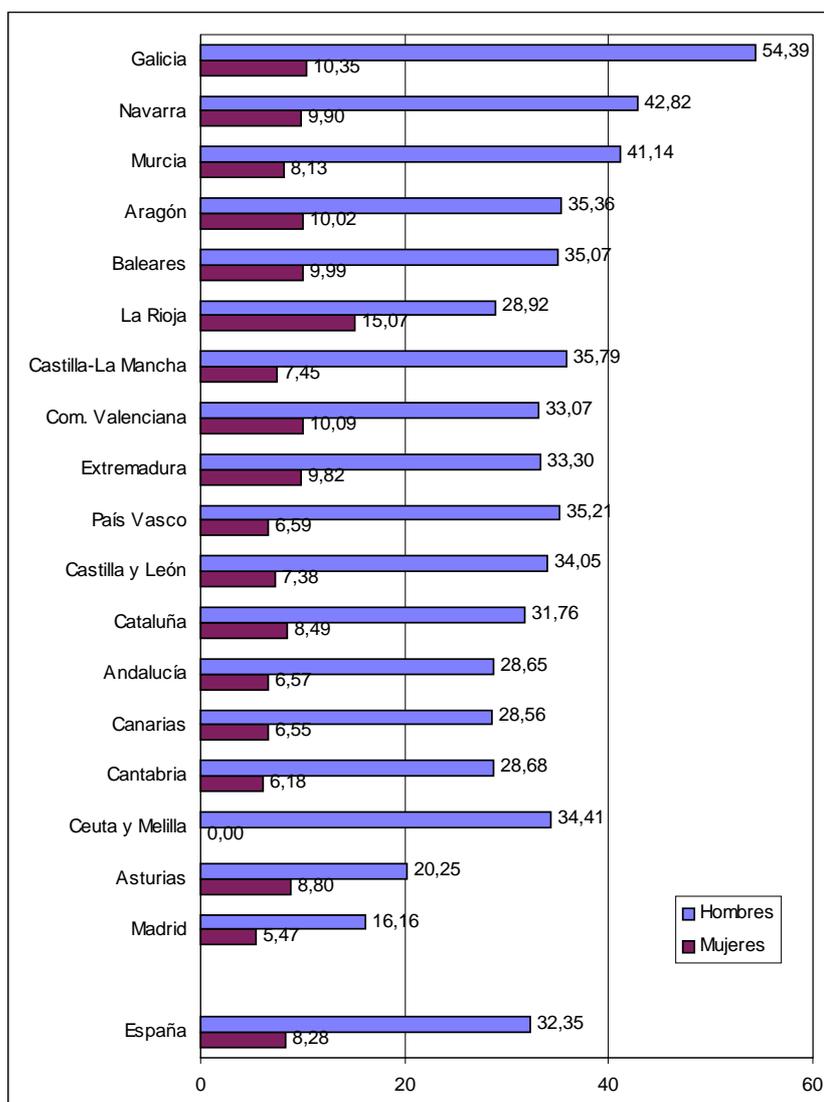


Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1994 a 1998
-INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996

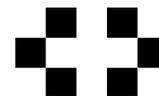


Canarias tiene también una tasa específica de mortalidad por accidentes de tráfico entre los 15 a 34 años baja en relación al país (Gráfico 40).

Gráfico 40. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor por 10⁵ habitantes de 15 a 34 años, según comunidades autónomas y género. España, 1998



Fuentes: -Instituto Nacional de Estadística: Defunciones según causa de muerte 1998
-Área de Difusión a Medida del INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996



En 1998 se registraron un total de 247 muertes por accidentes de tráfico, lo que supuso el 2,11% del total de fallecimientos de la Comunidad Autónoma en ese año. Por género, los hombres representaron un 1,66% frente a un 0,45% en las mujeres.

El análisis de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en Canarias durante el período comprendido entre 1995-1998, muestra como los grupos de 15-24 años y el de 25 a 34 años son los que tienen unas tasas de mortalidad más elevadas, siendo la tendencia en los tres grupos al aumento. Cuando establecemos diferencias por géneros es claro que las tasas son mayores para los hombres, pero en las mujeres son las de entre 25-34 años las que tienen una tasa más elevada.

Los accidentes de tráfico ocasionan un total de 7736 años potenciales de vida perdidos en Canarias en el año 1998, lo que representa un 11,82 % del total de años potenciales de vida perdidos para ese año. De estos, 6289 corresponden a los hombres y 1447 a las mujeres.

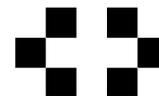
Las tasas de mortalidad por áreas de salud muestran fluctuaciones importantes en algunas de ellas para los años considerados que nos inducen a sospechar problemas de registro. Considerando el período en su conjunto, las tasas más elevadas corresponden a las islas de Fuerteventura y Lanzarote, siendo en La Palma la tasa muy alta en el año 1996.

Tabla 20. Tasas brutas de mortalidad por accidentes de tráfico por 10⁵ habitantes, por áreas de salud. Canarias, 1996 a 1998

	1996		1997		1998	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Gran Canaria	83	11,63	60	8,31	90	12,46
Lanzarote	13	16,808	18	20,55	21	23,96
Fuerteventura	11	25,62	10	19,43	13	25,26
Tenerife	87	13,07	91	13,29	116	16,94
La Palma	9	23,520	8	5,89	6	7,47
La Gomera	1	11,04	1	9,96	0	0
El Hierro	1	11,99	0	0	1	12,69
CANARIAS	205	12,76	188	11,38	247	14,96

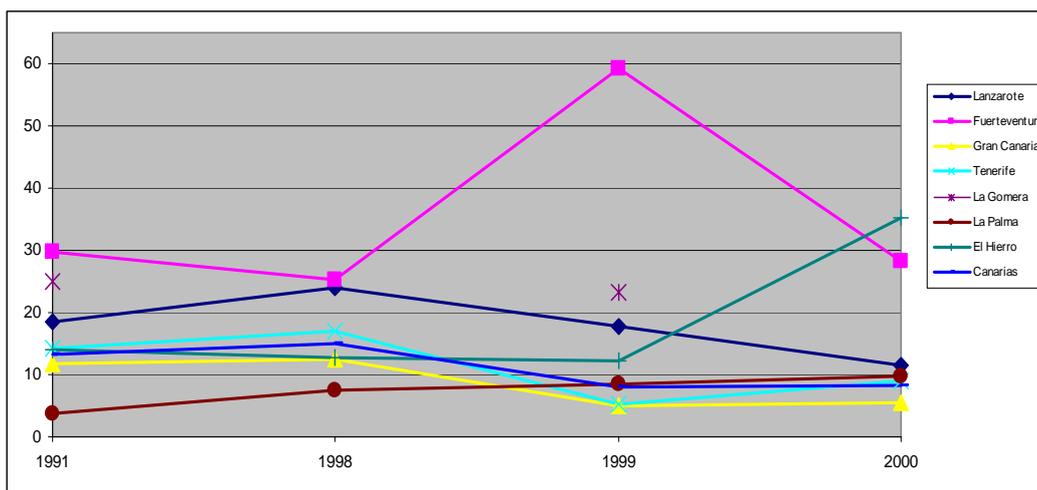
Fuente: Instituto Canario de Estadística. Dirección General de salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones, Canarias años 1996, 1997 y 1998

Si establecemos una comparación entre los años 91 y 2000 en Canarias vemos como la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico ha disminuido, siendo



muy notable en 1999, con ligero aumento en el año 2000. En Tenerife, Lanzarote y Gran Canaria las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico han disminuido, aumentando en las islas de La Palma y El Hierro. En Fuerteventura también tiende al descenso siendo muy llamativa la tasa del año 1999.

Gráfico 41. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, por islas.



Fuente: - Población años 99 del ISTAC, 2000 del INE. Población de derecho.
- Defunciones por accidentes de tráfico de las comandancias de la guardia civil.

La siniestralidad viaria en ambas provincias se caracterizó desde 1980 a 1989 por un crecimiento constante en valores absolutos. Las medidas adoptadas por la Administración a la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Vial de 1989 y del Plan General de Carreteras, al que se unía la situación de crisis económica, motivaron un descenso de la misma en nuestro archipiélago pasando de 2.630 accidentes con 4.472 víctimas en 1987 a 2.251 accidentes con 3.599 víctimas en 1994 (Gráfico 41), las cifras de los años 1993 y 1994 de víctimas corresponden a fallecidos en el acto o dentro de los 30 días siguientes.

El número de víctimas (muertos y heridos) en accidentes de tráfico ha ido en aumento en Canarias hasta el 1998, momento en el que ha comenzado a descender. Sin embargo han aumentando el promedio de víctimas en cada accidente.

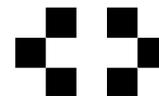
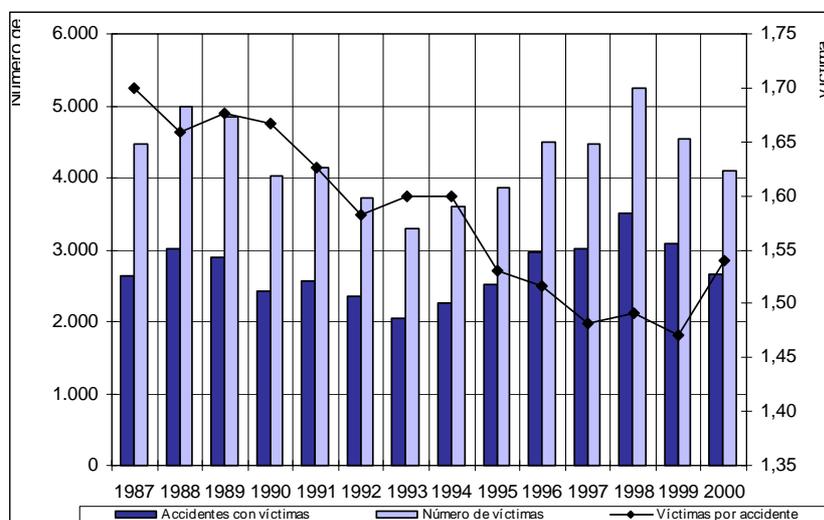


Gráfico 42. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas y víctimas por accidente. Canarias, 1987 a 2000

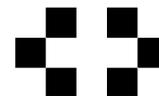


Fuente: -Dirección General de Tráfico. Boletines informativos de accidentes.

La accidentalidad por áreas de salud ha tendido al ascenso, con un aumento en el número de accidentes en el año 2000 que duplica los valores de 1994. El número de muertos en el conjunto de la Comunidad permanece estable durante este período, con comportamientos variables dependiendo de cada isla. Destacar no obstante el marcado incremento en el número absoluto de muertos que se produce en el 2000 en la isla de Tenerife. El número de heridos en la Comunidad ha descendido en un 23,36%.

Tabla 21. Accidentes y víctimas de tráfico de Canarias, por áreas de salud y año. 1994-2000

Nº de accidentes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	430	431	487	576	717	685	746
Lanzarote	130	169	229	197	227	214	239
Fuerteventura	57	135	90	123	186	253	243
Tenerife	788	804	726	587	1.383	510	1620
La Palma	101	150	119	110	208	83	282
La Gomera	25	15	16	29	38	44	52
El Hierro	11	7	3	6	6	18	28
Canarias	1.542	1.711	1.670	1.628	2.765	1.807	3.210



Muertos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	42	40	31	30	39	37	40
Lanzarote	11	9	9	9	15	16	11
Fuerteventura	21	16	11	15	14	32	17
Tenerife	60	50	58	59	78	37	64
La Palma	5	5	3	4	5	7	8
La Gomera	2	0	3	3	0	4	
El Hierro	1	1	0	0	1	1	3
Canarias	142	121	115	120	152	134	143
Heridos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	623	594	653	667	782	683	736
Lanzarote	170	200	221	196	225	206	218
Fuerteventura	118	176	112	132	168	224	229
Tenerife	1.063	1.040	1.131	932	1.244	786	316
La Palma	128	185	167	170	174	100	63
La Gomera	8	7	2	13	19	12	45
El Hierro	9	7	4	8	10	16	17
Canarias	2.119	2.209	2.290	2.118	2.622	2.027	1.624

Fuente: 151ª y 152ª Comandancias de la Guardia Civil.

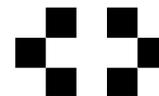
El alcohol es el factor determinante en el 40% de los muertos por accidentes de tráfico, pero desconocen cuánto lo es en los heridos. A los heridos no se les practica la prueba de alcoholemia en la carretera, ya que la prioridad es su asistencia sanitaria. Esta prueba se les debe practicar en los hospitales.

Podemos tener datos sobre cuántos conductores lo hacen bajo los efectos del alcohol, a través de la información que nos proporciona los controles preventivos de alcoholemia, que han pasado de entre cuatro y cinco mil en el año 1997 a más de veinte mil en el año 2001 (sólo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife).

Tabla 22. Evolución de los controles de alcoholemia en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, 1996 a 2001.

Año	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Controles	14.012	25.290	18.392	22.888	35.649	33.852

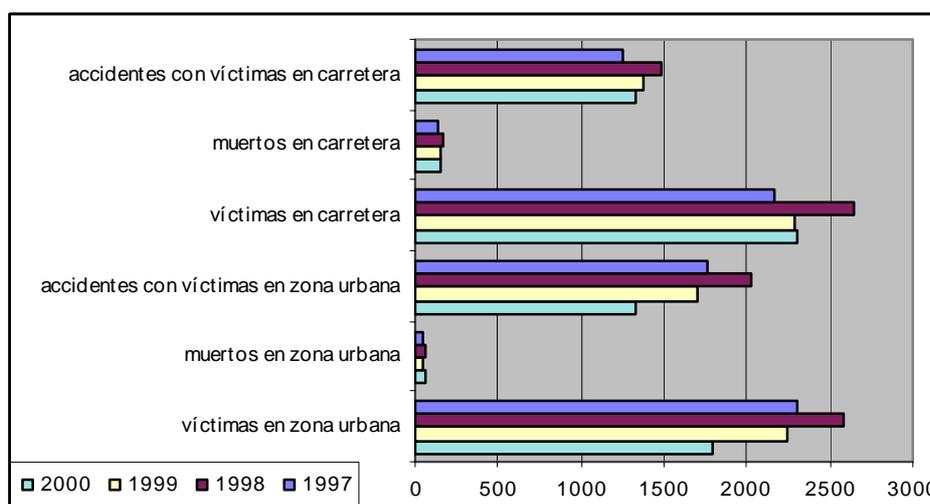
El 60% de los accidentes mortales de tráfico están vinculados al alcohol. Durante el año 1997 se registraron en total 882 altas por accidentes de tráfico en los hospitales públicos de Canarias, 17 de ellas asociadas al consumo de alcohol.



La gravedad de las lesiones está directamente relacionada con el tramo viario, urbano o de carretera, en el que se registran. Mientras que en vías urbanas uno de cada cuatro heridos tiene la consideración de grave, en carretera este dato es de uno de cada tres.

En el Gráfico 43 se comprueba que el número de accidentes con víctimas en el período 1997-2000 es superior en zona urbana, sin embargo el número de muertos es mayor en los accidentes que se producen en carretera.

Gráfico 43. Accidentes de tráfico, víctimas en carretera y zona urbana. Canarias, 1994-1996

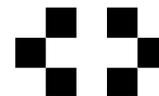


Fuente: - Anuario estadístico del 2000. Dirección General de tráfico

12.8. Impacto social y económico de los accidentes de tráfico

Los costes socioeconómicos totales para los accidentes de tráfico en Canarias durante 1997 fueron de 283,01 millones de euros o el equivalente a 202 euros por cada habitante de Canarias, o el 1,49 % del PIB canario.

Los daños materiales se elevaron a 100,59 millones de euros, representando la partida más importante con un 35,5 % del total. El coste correspondiente a la pérdida de la capacidad potencial de producción fue de 87,32 millones de euros, representando la segunda partida en importancia (31 % del total). Al separar este bloque en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que ésta última es la que ocasiona un mayor coste con 43,28 millones de euros,



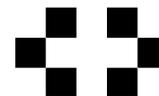
seguida muy de cerca por la mortalidad anticipada que suponen 41,38 millones de euros; en ambos casos son muy superiores al coste de la asistencia sanitaria que, con un coste de 14,47 millones de euros representa un 5% del total, lo que supone el 1,5% del gasto sanitario en Canarias. Los gastos administrativos representaron la tercera partida en importancia con 80,63 millones de euros, lo que representa el 28,5 % del total. Asimismo, los 181 fallecidos y los 3.019 heridos graves produjeron 8.031 años de vida perdidos y 5.744 años de vida productiva perdidos, 74.814 días de baja laboral y 223.406 días de enfermedad.

Para el conjunto de España los costes fueron de 6.280,36 millones de euros, o el equivalente a 158 euros por cada habitante de España, lo que supone el 1,35% del PIB español.

La pérdida de la capacidad potencial de producción constituye la primera partida en importancia con 2.883,36 millones de euros (46% del total). Al separar este bloque en los tres grupos que lo integran, mortalidad anticipada, absentismo laboral e incapacidad permanente, observamos que fue esta última la que ocasionó un mayor coste con 1.597,78 millones de euros (25%), seguida por la mortalidad anticipada que supuso un coste de 1.221,07 millones de euros (19%).

La segunda partida en importancia son los gastos administrativos con 1.791,8 millones de euros (29% del total), seguidos en tercer lugar por los daños materiales con 1.364,86 millones de euros (21% del total). El coste de la asistencia sanitaria se situó muy por debajo de las otras partidas representando, con un coste de 258,34 millones de euros, el 4% del total del coste, lo que supone el 1 % del gasto sanitario en España.

Asimismo, los 5.603 fallecidos y los 75.475 heridos graves produjeron 227.555 años de vida perdidos, 142.605 años de vida productivos perdidos, 1.675.545 días de baja laboral y 5.585.150 días de enfermedad.

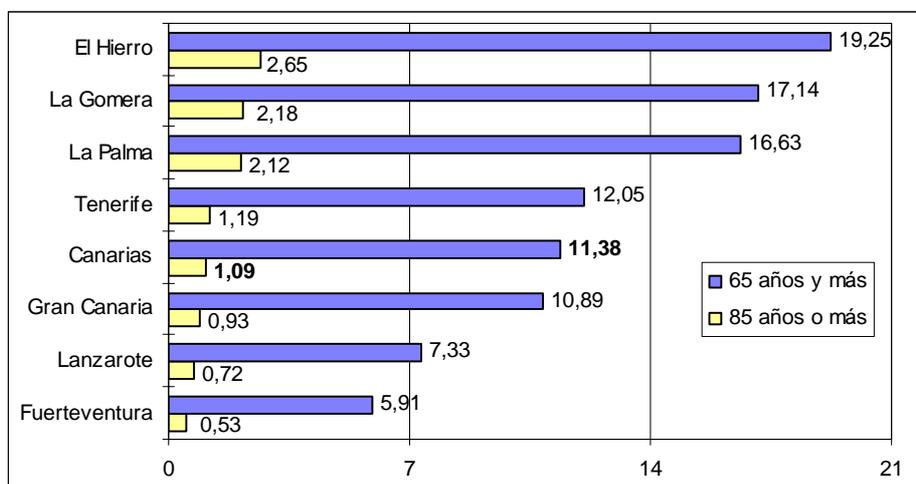


13. Personas mayores

13.1. Aspectos demográficos

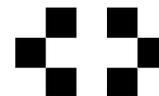
Los cambios de la estructura demográfica que han experimentado las sociedades occidentales en las últimas décadas y que, aunque más tardíamente, ocurren también en la sociedad canaria, junto con las migraciones internas de población derivadas de las transformaciones económicas de nuestro Archipiélago, son algunos de los determinantes del actual envejecimiento de la población canaria y de las diferencias entre las islas (Gráfico 44). Si a esto se le añaden las transformaciones sociales y de la estructura familiar, el análisis de la problemática de este grupo de población ha de constituir uno de los objetivos prioritarios del Plan de Salud.

Gráfico 44 - Proporción de población de 65 y 85 años y más en cada una de las áreas de salud (%). Canarias, 2000



Fuente: -INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000

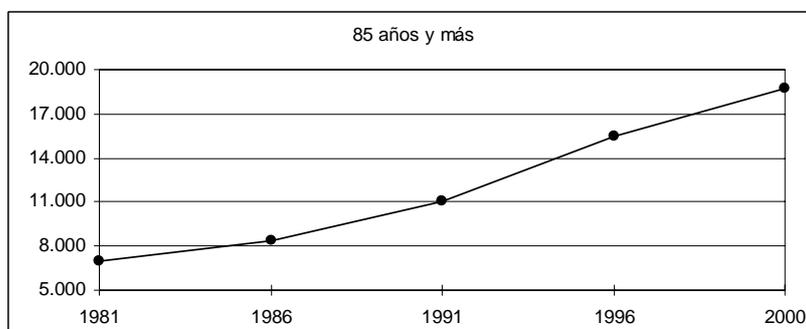
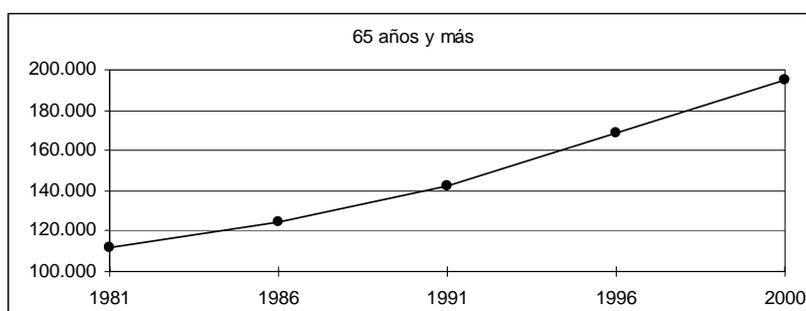
El índice de envejecimiento de 11,38 en 2000, sitúa a Canarias en el umbral de una sociedad envejecida, representando un incremento de 1 punto en relación al de 1996 y de 2 puntos con respecto al de 1991. El mayor crecimiento porcentual lo experimentan las personas de más de 85 años (Gráfico 45) pasando de 11.089 a



118.769 en el intervalo 1991-2000, lo que representa un aumento del 122,9% en el número de los muy ancianos.

Geográficamente, el envejecimiento por islas crece de oriente a occidente, siendo el índice de envejecimiento máximo en las islas occidentales de El Hierro, La Gomera y La Palma, moderado en las islas centrales de Tenerife y Gran Canaria y menor en las islas orientales de Lanzarote y Fuerteventura. En un territorio fragmentado como el de nuestra Comunidad, este hecho adquiere especial relevancia desde el punto de vista de la planificación.

Gráfico 45 - Evolución de la población de personas mayores de 65 y 85 años. Canarias 1981, 1986, 1991, 1996 y 2000.



Fuentes: - INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991
-CEDOC: Padrón Municipal. Habitantes de Canarias, 1986
-INE: Censo de Población de 1981

En el análisis evolutivo de la población se comprueba, a lo largo del período analizado, el incremento del grupo de mayores de 65 años (Gráfico 46).

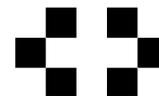
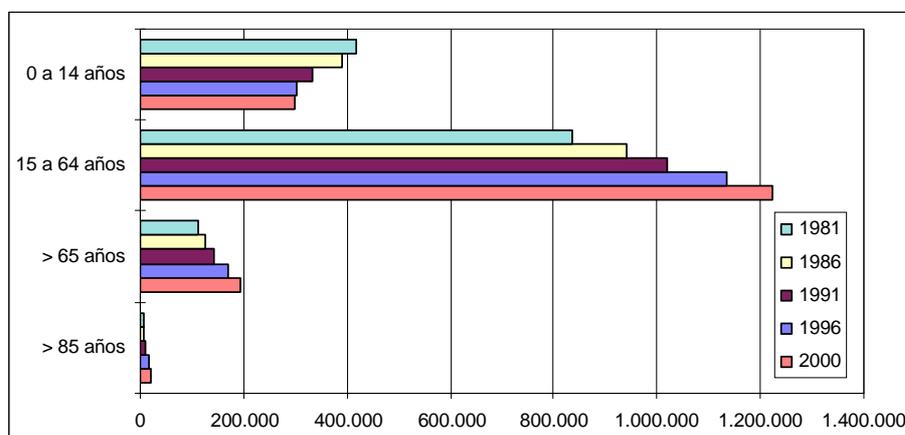


Gráfico 46 - Evolución de la población por grupos de edad. Canarias, 1981, 1986, 1991, 1996 y 2000



Fuentes: - INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991
-CEDOC: Padrón Municipal. Habitantes de Canarias, 1986
-INE: Censo de Población de 1981

En las proyecciones de población por grandes grupos de edad y género realizadas por el ISTAC en 1999, el porcentaje de participación de los menores de 20 años de Canarias, para el año 2000, está muy próximo al 24%, lo que corrobora el mencionado “envejecimiento poblacional por la base”. Para el año 2010 la participación porcentual de los mayores de 65 años será del 13,68%, alcanzando las cifras propias de los países desarrollados de nuestro entorno.

13.2. Situación socioeconómica

El 16,64% de canarios mayores de 65 años se declararon analfabetos en el padrón de 1996. La mayoría de las personas mayores están casados/as (53,86%) o viudos/as (33,12%). Un 15,44% de las personas mayores de Canarias vive solo/a en la Comunidad, correspondiendo un 29,68% de este porcentaje a los que superan los 79 años. Según un estudio realizado en 1994, un 1,1% de las personas de 65 años o más reside en instituciones.

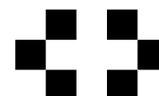
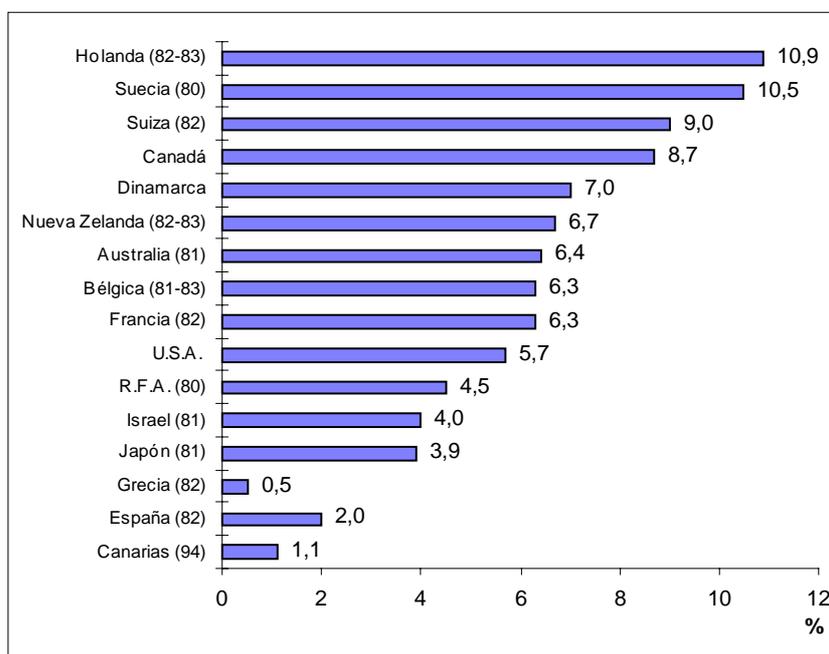


Gráfico 47 - Comparación de las tasas (%) de personas mayores institucionalizadas en diferentes países



Siguiendo dicho estudio, la fuente más frecuente de ingresos económicos (Gráfico 48) es la pensión única de jubilación en un 40,0% de casos, seguida de la coexistencia de dos pensiones (16,1%), con un 13% que recibe ayuda económica regular por parte de sus amigos o familiares para completar su pensión. Aún con los escasos ingresos económicos que significan las actuales pensiones, en un 16,5% de los casos tres o más personas de la unidad familiar en la que está integrada la persona mayor, dependen económicamente de sus ingresos o de los de su cónyuge (Gráfico 49). Solo el 42,6% de los entrevistados puede permitirse un *gasto superfluo*, frente a un 57,4% que tiene lo imprescindible para vivir. El 81,1% son propietarios de su vivienda con un 4,3% de ellos aún pagando letras o hipoteca.

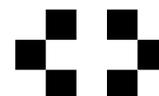


Gráfico 48 - Fuente de ingresos en la unidad familiar

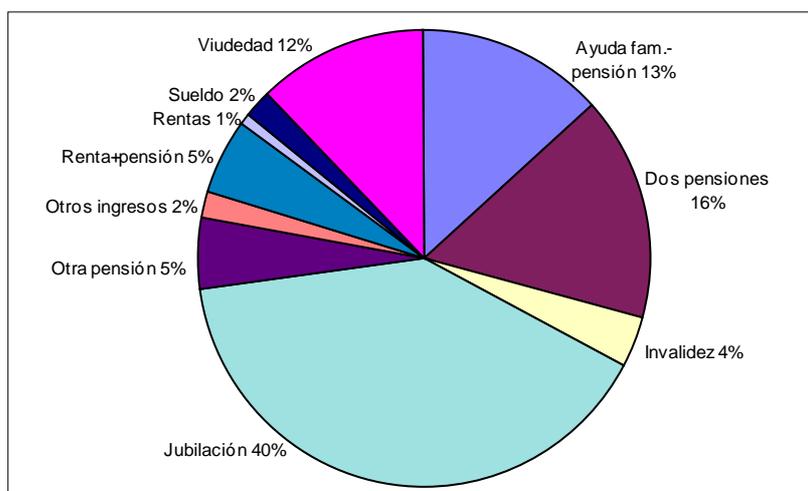
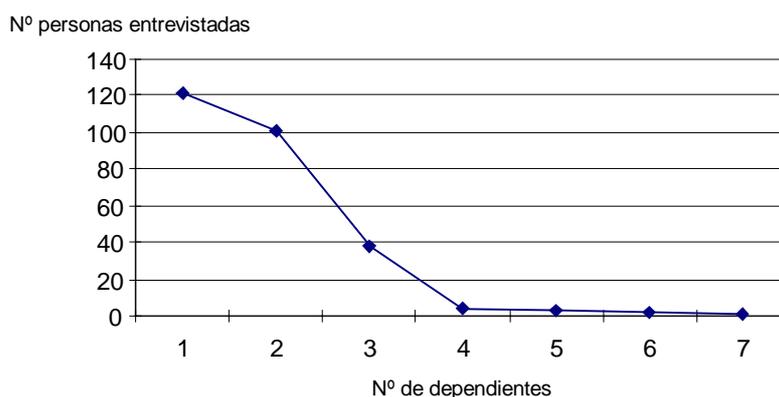


Gráfico 49 - Número de personas dependientes de la unidad familiar (de la que forman parte las personas mayores)



13.3. Capacidad funcional

El 71% de las personas mayores pueden llevar a cabo todas las *actividades básicas de la vida diaria* (AVD-B) sin ayuda, aunque sólo el 42% podía realizar sin ayuda las *actividades de la vida diaria instrumentales* (AVD-I). Estos porcentajes se incrementan con la edad alcanzando valores del 71% para alguna de las AVD-B y del 90% para alguna de las AVD-I a partir de los 85 años. La AVD-B que genera más dificultades es la de bañarse/ ducharse (Gráfico 50) y destaca que el menor porcentaje de incapacidad total o parcial se registró en la actividad de comer (8,6%). La AVD-I que supone más problema de realización es la limpieza de la casa.

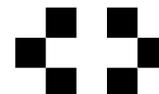
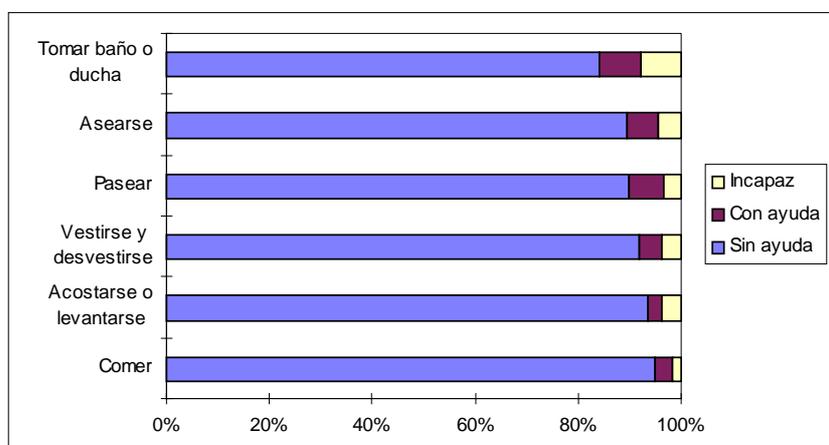
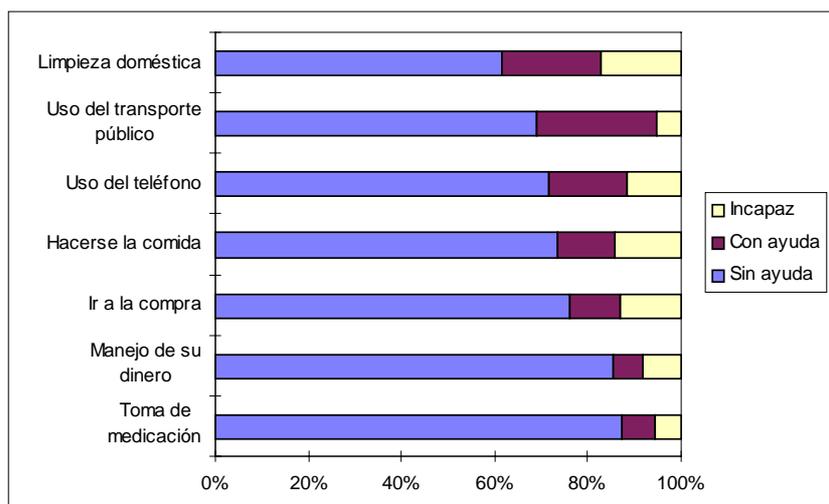


Gráfico 50 - Capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria en las personas mayores. Canarias, 1997



Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias

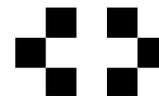
Gráfico 51 - Capacidad para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria en las personas mayores. Canarias, 1997



Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias.

13.4. Hábitos de vida que influyen sobre la salud

En relación con los hábitos de vida, comprobamos en la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 que el 45,3% de las personas de 65 años o más, no practican ningún tipo de ejercicio físico debido a incapacidad o enfermedad (un 43,8% de los hombres y un 46,5% de las mujeres). El 27,7% toma bebidas alcohólicas, diferenciándose claramente el porcentaje según el género: un 46,7% de hombres frente a un 12,6% de mujeres. Sólo un 14,5% de los “mayores” se declararon fumadores (28,5% de hombres y 3,4% de mujeres).



13.5. Utilización de los servicios sanitarios

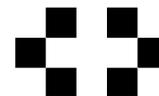
Un análisis más detallado de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 nos muestra que la cobertura sanitaria del 98,1% de los *mayores* se realiza a través del Servicio Canario de la Salud, mutualidades obligatorias de funcionarios o beneficencia. De ese porcentaje, el 1,6% posee además un seguro privado o de empresa. El promedio de visitas médicas es de 1,8 en el último mes y el 52,8% de las personas de 65 a 74 años hicieron uso de algún servicio sanitario también en el último mes, alcanzando el 56,7% para las de 75 años o más. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, un 32,1% de personas entre 65 y 74 años han consultado al menos una vez al médico en las dos últimas semanas y un 33% del grupo de 75 años o más. En Canarias, un 42,7% de *mayores* sufrieron algún tipo de restricción de actividad laboral o de ocio por padecer algún problema crónico o agudo o un accidente. Un 11,68% de personas de 65 a 74 años ha sido hospitalizada al menos una vez en los últimos doce meses, llegando al 16,49% para las de 75 o más. La Encuesta Nacional de Salud de 1995 recoge un 11,5% de 65 a 74 años y un 13% de más de 74 años hospitalizados al menos una vez al año. Las comparaciones anteriores indican que las personas mayores canarias reciben menos visitas médicas al año pero se hospitalizan más que en el resto de España.

13.6. Autopercepción del estado de salud

El 11,6% de las personas de 65 años o más dice no padecer ningún problema crónico de salud, según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997. Destacan los dolores reumáticos, que alcanzan una prevalencia del 46%, y un 20,6% de los *mayores* que tiene dolores de espalda por lumbago, ciática y hernia discal. El 29,6% refiere tensión alta y un 20,6% tiene diabetes. En un estudio realizado en 1997 en las áreas de salud de Gran Canaria y Lanzarote, el 20,2% de la población de más de 65 años comunicó padecer una o más caídas en los seis meses previos a la realización de una encuesta de salud específica en los *mayores*.

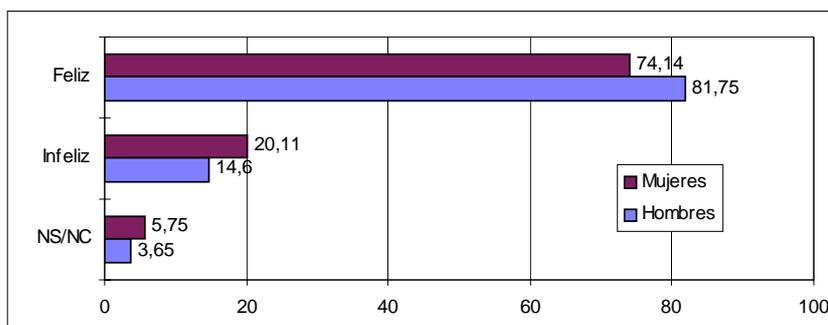
En otro estudio realizado en 1994, el 44% de los *mayores* entrevistados manifestó tener miedo a caerse.

Las personas mayores en general se sienten razonablemente felices según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997. Sólo el 18% se consideran infelices (Gráfico 52). No obstante, del 77% que es feliz, un 12% puntuó más de 3 en el



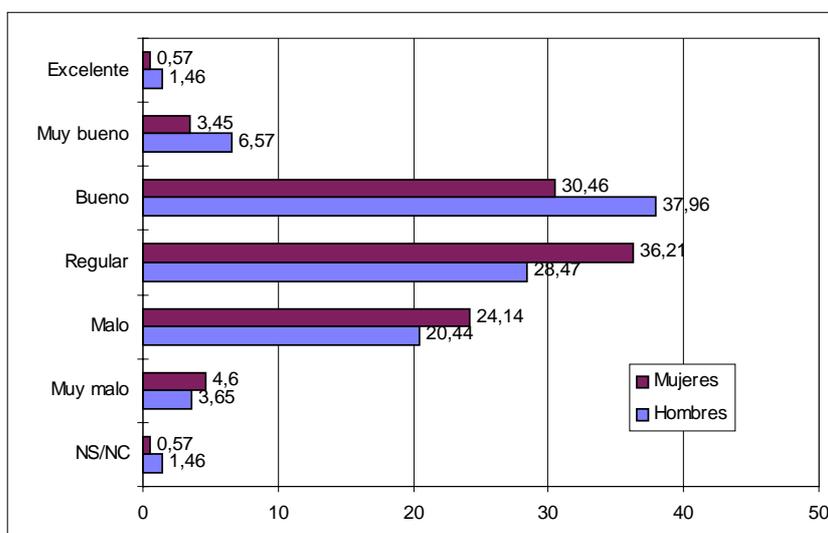
GHQ, como posible caso psiquiátrico. Los *mayores* juzgan que su salud física es buena. El 27% cree que su salud física es mala o muy mala (Gráfico 53).

Gráfico 52 - Personas mayores que se sienten razonablemente felices (%), considerando todas las circunstancias, según género. Canarias, 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

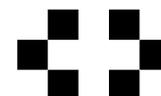
Gráfico 53 - Autovaloración del estado de salud de las personas mayores en los últimos doce meses (%), según género. Canarias, 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

13.7. Valoración de la salud física

El estudio de la distribución de altas y estancias de personas de más de 65 años en hospitales de agudos de la Red Pública, según Categoría Mayor Diagnóstica, durante 1997, sitúa en primer lugar a las enfermedades del aparato



circulatorio, seguidas de las enfermedades respiratorias, las del aparato digestivo y de las enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo (Tabla 23). En ese año se produjeron en total 14.425 estancias y 1.018 altas en los hospitales estudiados entre las personas de más de 65 años.

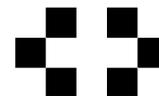
Tabla 23. Altas y estancias (%) de personas mayores en hospitales de agudos de la Red Pública, según Categoría Mayor Diagnóstica. Canarias, 1997

Categoría Mayor Diagnóstica	% Altas	% Estancias
Enf. y trast. apto. Circulatorio	20,53	19,52
Enf. y trast. apto. Respiratorio	11,59	11,63
Enf. y trast. apto. Digestivo	10,81	9,91
Enf. y trast. sist. musculoesq y tej. Conj.	9,53	10,93
Sistema nervioso	8,74	13,62
Enf. y trast. hígado, s. biliar, páncreas	6,97	7,02
Enf. y trast. riñón y vías urinarias	5,4	5,25
Trast. mielop. y neo. mal diferen.	4,81	3,76
Ojo	4,03	1,65
Enf. y trast. apto. reproduc. Masc.	2,75	2,31
Enf. y trast. apto. reproduc. Femen.	2,65	1,49
Enf. y trast. piel, tej. subcut. Y mama	2,36	1,86
Enf. y trast. s. end., nutr. y metaból.	2,26	2,4
Enf. y trast. oído, nariz, faringe	2,06	1,85
Enf. infecc. y parasitarias	1,28	1,86
Trast. Mentales	0,98	1,26
Lesiones, envenen. y efect. Por tóx.	0,79	1,07
Drogas/alcohol y trast. ment. Drogas	0,39	0,55
Enf. y trast. sang, o. hem y s. Inmune	0,39	0,31
Otras causas	0,29	0,08

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

13.8. Valoración de la salud mental

En un estudio realizado en 1997, de una muestra de personas de 65 años o más de la provincia de Las Palmas, se observó que la prevalencia de déficit cognitivo se situaba en el 13,3% (intervalo de confianza al 95%: 10,8%-16,3%), utilizando el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo con un umbral entre 18/19 puntos. Además, y en ese mismo trabajo, la prevalencia de demencia diagnosticada era del 5,2% (intervalo de confianza al 95%: 3,6%-7,2%), y similar entre hombres y mujeres (Tabla 24). Para ese mismo año y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, la proporción de prevalencia ponderada de demencias en población comunitaria es de 3,2%, correspondiendo un 1,95% a hombres y 4,15% a mujeres.



Aunque la tasa de prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En lo que a población institucionalizada se refiere, la proporción de prevalencia ponderada de demencias era de un 7,6%, correspondiendo un 7,2% a hombres y un 8,06% a mujeres, sin que tampoco resulte estadísticamente significativa la diferencia.

Además, un 4,9% presentan psicopatología severa o hipocondría y un 29,7% una clara psicopatología, aplicando el test de “Evaluación Psiquiátrica Abreviada”.

Tabla 24. Prevalencia de demencia diagnosticada, según grupos de edad. Canarias, 1997

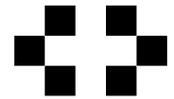
Edad	Prevalencia	Intervalo de confianza del 95%
65 a 69 años	2,7%	0,9% - 6,2%
70 a 74 años	1,4%	0,2% - 5,0%
75 a 79 años	5,3%	2,3% - 10,2%
80 a 84 años	11,3%	5,8% - 19,4%
85 y más	13,3%	5,0% - 26,8%
65 y más	5,2%	3,6% - 7,2%

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias

13.9. Impacto económico

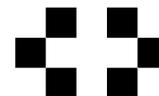
Los costes socioeconómicos totales para los mayores de 65 años en Canarias durante 1998 fueron de 261,62 millones de euros, lo que supone el 23,1% del gasto sanitario en Canarias. Estos costes se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 89,99 millones de euros; la Atención Primaria con 8,08 millones de euros, las consultas externas y el gasto farmacéutico con 163,55 millones de euros. Asimismo, los 8.636 fallecidos mayores de 65 años produjeron 65.903 años de vida perdidos.

A nivel hospitalario los mayores de 65 años originan una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 21.321 altas hospitalarias en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 273.548 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 12,83 días.



PLAN DE SALUD 2004-2008:
MÁS SALUD, MEJORES SERVICIOS

*"Los objetivos de mejora de salud y de mejora
de los servicios sanitarios"*

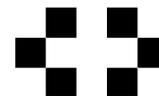


14. Proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias 2004-2008

La primera fase del proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias consistió en el estudio y selección de los problemas de salud de mayor prioridad para el conjunto de la población. Esta actividad se llevó a cabo a partir de la utilización de información sobre la magnitud del problema, expresada mediante indicadores de mortalidad, morbilidad (incidencia y prevalencia) del problema de salud y de sus secuelas potenciales, evolución en el tiempo e impacto económico y social (consumo de recursos soportados por las administraciones y por la sociedad). Así mismo, en las bases de reestructuración del nuevo Plan de Salud, se realizó un análisis de las nuevas tendencias en planificación tanto a nivel nacional como internacional.

Una vez identificados los problemas de salud de mayor prioridad para Canarias se procedió a identificar y seleccionar las acciones a desarrollar sobre cada uno de estos problemas de salud. Para ello se crearon siete grupos de trabajo que daban respuesta a los problemas de salud prioritarios que se decidieron incluir en el Plan de Salud. Estos grupos de trabajo estaban integrados por expertos procedentes de diferentes disciplinas; que fueron seleccionados a partir de las recomendaciones de las sociedades científicas de Cardiología, Oncología, Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Endocrinología y Nutrición, Cirugía, Gastroenterología, Medicina del Trabajo, y la Asociación Canaria de Técnicos de Prevención, entre otras. Estos grupos fueron complementados con la presencia de dos epidemiólogos y dos economistas de la salud procedentes, en la mayoría de los casos, de las universidades canarias. El número de participantes fue de 176; oscilando el número total de integrantes de cada grupo, entre 19 a 37 personas.

Mediante sucesivas videoconferencias y el uso continuo del correo electrónico, se explicaron las fases de trabajo a abordar secuencialmente y la metodología a utilizar. Por medio de estos mismos procedimientos se distribuyó el material y documentación que habría de servir de apoyo para la actividad a ejecutar: evaluación del Plan de Salud de Canarias 1997-2001, informe sobre la situación actual de cada problema de salud, dossier que incorporaba una selección de las posibles intervenciones a aplicar sobre cada problema de salud (elaborado a



partir de criterios de efectividad y coste-efectividad demostrada), además de otros documentos de planificación de apoyo obtenidos de otros países.

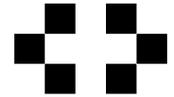
Una vez elaborados los grupos de trabajo y establecida la cronología de actividades y metodología a utilizar, se habilitó una plataforma virtual (web interactiva en Internet), para permitir establecer una relación continua en el tiempo y más accesible y fluida entre los expertos dentro del mismo grupo y con el resto de los grupos. La plataforma utilizada fue cedida por el Instituto Tecnológico de Canarias (www.educanarias.org). Los elementos de mayor interés de este instrumento eran el foro, la biblioteca electrónica y el chat. Los foros permitían incorporar las propuestas de actuación sobre cada problema de salud, desde cuatro perspectivas posibles: foro para propuestas de promoción y prevención, foro para propuestas de oferta de mejores servicios, foro para propuestas de formación y, por último, un foro para recoger las necesidades de investigación.

La biblioteca virtual, daba cabida a todos los informes previamente distribuidos, además de otros sugeridos por los propios participantes en el debate.

El proceso de trabajo mediante esta plataforma interactiva se extendió durante dos meses. Las aportaciones vertidas en la misma fueron depuradas, sintetizadas y transformadas en un informe-propuesta que fue, posteriormente, finalizado en una reunión de trabajo física, celebrada en el sur de Gran Canaria. Las propuestas de actuación sobre cada uno de los problemas priorizados fueron canalizadas, metodológicamente, hacia cuatro sectores. De este modo se recogen objetivos de mejora de salud de:

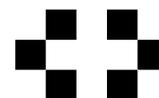
- Prevención y Promoción de la salud
- Mejora de la oferta asistencial
- Agenda de investigación
- Necesidades de formación

Tras este proceso de trabajo se obtuvo el primer borrador del Plan de Salud de Canarias 2004-2008. Este documento fue distribuido hacia todas las direcciones generales del Servicio Canario de Salud, para incorporar las propuestas internas, matizar los aspectos organizativos de las actuaciones y definir la cronología y costes aproximados de las mismas. Al mismo tiempo se ubicó en la plataforma educanarias", para permitir prolongar el debate sobre el borrador del Plan de Salud.

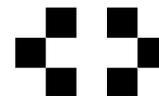


Además de ir priorizando las propuestas acorde a la bibliografía coste-efectividad. A la par que los economistas fijaron la dotación económica para cada propuesta.

Una vez finalizado el proceso técnico de identificación de prioridades y de selección de acciones de efectividad demostrada para intervenir y mejorar el nivel de salud general de la población, se inició el momento político, caracterizado por la apertura y prolongación del proceso de elaboración del plan hacia las estructuras de participación del Sistema Canario de Salud, presentes en cada área de salud.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD 2004-2008



15. Cardiopatía isquémica

Introducción

Es importante considerar la cardiopatía isquémica como una manifestación clínica de una única entidad nosológica, la enfermedad vascular, en la que otras manifestaciones serían el ictus aterotrombótico, la ateromatosis carotídea, la claudicación intermitente, etc. La importancia de esta consideración radica en que las distintas manifestaciones clínicas comparten factores de riesgo e incluso intervenciones terapéuticas comunes, no existiendo ninguna intervención exclusiva para ninguna de ellas, si bien el grado de recomendación-evidencia científica pudieran variar. Este hecho exige que tanto los médicos clínicos como las autoridades sanitarias tengan una visión globalizada para la adecuada prevención de la enfermedad vascular. Es importante señalar que el proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias ha servido para informar el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad y Consumo, estableciéndose los paralelismos y las sinergias que garantizan la uniformidad tanto en los objetivos como en las actuaciones.

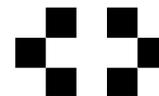
OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la mortalidad por cardiopatía isquémica, para el año 2008, en un 10 %.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cardiopatía isquémica.
- Identificar y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios de atención a la cardiopatía isquémica.

Para alcanzar estos objetivos generales, se establecen los siguientes objetivos específicos y se llevarán a cabo las siguientes actuaciones.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Las actividades de efectividad demostrada para reducir el riesgo de padecer la enfermedad vascular en general y la cardiopatía isquémica, en particular, se dirigirán tanto al conjunto de la población, para promover la instauración de estilos



de vida cardiosaludables; como a cada uno de los usuarios del Sistema Canario de la Salud. Entre las actividades dirigidas a la población para promover la incorporación de estilos de vida cardiosaludables, se encuentran las actividades que buscan la reducción del consumo de tabaco, la promoción de la nutrición cardiosaludable y la incorporación de la actividad física cotidiana.

Obj. 1

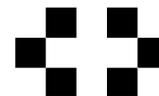
El Gobierno de Canarias, a través de la colaboración intersectorial entre los diferentes departamentos que lo componen, desarrollará, aplicará y evaluará estrategias dirigidas a la reducción de los factores de riesgo coronario en la población canaria

Actividades

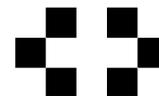
Para reducir el consumo de tabaco

El proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 ha coincidido en el tiempo, con un impulso de las políticas de reducción del consumo de tabaco desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas políticas se estructuran, en la Comunidad Canaria, bajo la fórmula del “Plan Canario de Prevención y Control del Tabaquismo”. Los aspectos fundamentales a impulsar por el Gobierno de Canarias mediante este nuevo instrumento, para conseguir resultados de reducción del tabaquismo en Canarias, se verán apoyados por las siguientes actuaciones previstas por el Plan de Salud de Canarias:

- 1.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias impulsará las reformas precisas en la normativa vigente para otorgar las competencias de las inspecciones y sanciones en los incumplimientos de la legislación antitabaco al Servicio Canario de la Salud. Además, el Gobierno de Canarias extenderá la prohibición de cualquier tipo de publicidad directa o patrocinio, limitará la venta de tabaco a la unidad mínima de una cajetilla de tabaco y promoverá el incremento de los espacios libres de humos de tabaco.



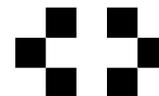
- 1.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Salud Pública, intensificará la actividad inspectora para mejorar el cumplimiento de la Ley (nivel 2 de evidencia científica). Para ello, la Dirección General de Salud Pública se dotará, en el Área de Salud de Gran Canaria en el año 2006, y en la de Tenerife en el 2007, con un técnico inspector adicional, que llevará a cabo su actividad con carácter provincial.
- 1.3. El Gobierno de Canarias promoverá el incremento de los impuestos indirectos sobre el tabaco, al objeto de retrasar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco (nivel 1 de evidencia científica).
- 1.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el Servicio Canario de la Salud (SCS) aumentará la intensidad de las campañas de información/sensibilización para reducir el consumo de tabaco, a través de los medios de comunicación que garanticen un mayor impacto y efectividad; informando a la sociedad de los riesgos de la exposición (activa y pasiva) al humo del tabaco, y de los beneficios de su abandono (nivel de evidencia 2). Estas campañas se dirigirán, especialmente, a los sectores diana (mujeres y jóvenes), y serán ejecutadas por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- 1.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual, el Gobierno de Canarias, a través de la colaboración entre sus Consejerías de Educación, Cultura y Deportes y la de Sanidad, difundirán en los colegios públicos y privados de Canarias, las actividades de formación, dirigidas hacia los profesores, padres y alumnos, sobre los problemas de salud asociados al tabaquismo. Esta actividad podrá aprovechar el marco de la Red de Escuelas Saludables (nivel de evidencia 2), y será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Para reforzar la efectividad de este programa, la Dirección General de Salud Pública incorporará, en 2006, un técnico en Educación para la Salud.



1.6. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS intensificará la realización de consejo antitabaco desde el sector sanitario, tanto desde Atención Primaria de Salud, como desde Atención Especializada; y tanto por parte de los profesionales médicos como de enfermería (nivel de evidencia 1). Esta actividad será impulsada por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

- A los usuarios que acudan a los centros sanitarios se investigará por el consumo tabáquico y se les dará consejo antitabaco
- El SCS promoverá el desarrollo de grupos de autoayuda en las zonas básicas de salud (z.b.s.), que incluyan actividades de apoyo al abandono del consumo de tabaco. Esta actividad se llevará a cabo desde 2004 y se potenciará progresivamente.
- En cada z.b.s. se realizarán actividades anuales de información - sensibilización sobre el consumo de tabaco, bien impulsadas por los propios centros de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

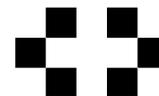
1.7. Dar soporte al abandono de consumo de tabaco mediante la creación de unidades antitabaco en centros especializados y la promoción del consejo antitabaco estructurado en los centros de salud (nivel 1 de evidencia). A tal efecto cada una de las Gerencias de Atención Especializada en Tenerife y Gran Canaria se dotarán, en el año 2005, de una unidad antitabaco, cuya composición mínima será la de un técnico experto en modificación de conductas (psicólogo clínico). El psicólogo formará parte de las plantillas del servicio de Psiquiatría y llevará a cabo esta actividad, a tiempo parcial, en el contexto del desarrollo de la ampliación de servicios de la Psiquiatría de enlace. En cada una de las áreas de salud de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura se creará, en el 2008, una unidad antitabaco con la misma composición y organización. En El Hierro y en La Gomera, estas actividades serán ejecutadas por un educador para la salud, cuya incorporación se producirá en 2008.



- 1.8. Cofinanciar el tratamiento de deshabituación con fármacos de efectividad demostrada en el tratamiento a la dependencia tabáquica (nivel 1 de evidencia).

Para mejorar los hábitos nutricionales

- 1.9. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS aumentará la intensidad y efectividad de las campañas de información, dirigidas a la población general, para promover una alimentación más saludable, con un mayor consumo de frutas y vegetales y un menor consumo de grasas animales, bollerías y carnes (nivel 1 de evidencia científica). Esta actividad será ejecutada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- 1.10. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS intensificará la realización de consejo nutricional desde el sector sanitario, tanto desde Atención Primaria de Salud, como desde Atención Especializada. Esta actividad será impulsada por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud
 - Al 100% de los usuarios/as con factores de riesgo cardiovascular alto, asistidos en Atención Primaria de Salud, se les investigará sus hábitos dietéticos y se les dará consejos para una alimentación saludable; adaptando las indicaciones dietéticas según los factores de riesgo de cada individuo. Esta intervención también se debería aplicar en el nivel asistencial de Atención Especializada, con la misma intensidad, en el 100% de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Esta actividad ha de potenciarse a partir de la intensificación de las actividades de promoción de la salud por parte de la enfermería.
 - Se intervendrá en los pacientes con sobrepeso/obesidad (IMC > 25) incidiendo en el uso de las dietas hipocalóricas y en la realización de actividad física regular.



- Se potenciará que en cada z.b.s. se realicen actividades anuales de información – sensibilización sobre alimentación sana y cardiosaludable generadas por el propio centro de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

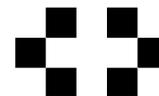
1.11. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS extenderá las actividades de información y formación sobre alimentación saludable, desarrolladas en el marco de la Red de Escuelas Saludables, a los colegios públicos y privados de la Comunidad Autónoma. Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

1.12. El SCS continuará extendiendo los programas de educación comunitaria sobre nutrición saludable que el Servicio Canario de la Salud ha venido desarrollando en colaboración con Radio Ecca. Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

Para mejorar la realización de actividad física

1.13. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS aumentará la intensidad y la efectividad de las campañas de información para explicar el concepto de actividad física adecuada (al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, durante cinco días a la semana) y de los beneficios que aporta el ejercicio a la población sedentaria (nivel 1 de evidencia científica). Esta actividad será llevada a cabo desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

1.14. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS sensibilizará al personal sanitario, mediante actividades de formación e información, sobre la necesidad y efectividad de la intervención del consejo sobre actividad física, realizada de manera oportunista, en la consulta médica y de enfermería (nivel 1 de evidencia científica). Esta actividad será llevada a cabo por la



Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

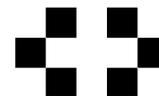
- Al 100% de los usuarios/as de riesgo que acudan al centro de salud se les valorará la actividad física y se les dará el correspondiente consejo adaptado a sus características y con criterios de cantidad y calidad adecuados. Esta actividad ha de potenciarse a partir de la intensificación de las actividades de promoción de la salud por parte de la enfermería.
- Se potenciará que en cada z.b.s. se realicen actividades anuales de información-sensibilización a la población sobre la práctica de actividad física y las repercusiones en la salud, generadas por el propio centro o en colaboración con otras instituciones de la zona.

Obj. 2

El Servicio Canario de la Salud, por medio de los equipos de Atención Primaria de Salud, dará prioridad a la aplicación del "Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular", al objeto de identificar precozmente y ofrecer el tratamiento apropiado a las personas que padecen enfermedad coronaria o que presentan factores de riesgo para su desarrollo. En los pacientes con riesgo cardiovascular moderado y alto se disminuirá aproximadamente un 5% y un 10%, respectivamente, el riesgo de sufrir un evento coronario en los próximos 10 años (en varones > 60 años, la magnitud de la reducción debería estar próxima al doble en cada caso).

Actividades

- 2.1. Los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los equipos de Atención Primaria de Salud identificarán, de manera oportunista, el riesgo cardiovascular de la población general que acude a consulta, adaptando la intervención sanitaria en base a dicho riesgo, con el objetivo de que en el año 2007 el 100% de los pacientes con cardiopatía isquémica y el 50% de las personas con algún factor de



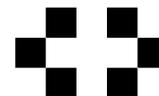
riesgo cardiovascular mayor, estén estratificados según su riesgo cardiovascular y hayan sido incorporados al programa acreditado de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria. Para llevar a cabo esta actividad, el Servicio Canario de la Salud continuará mejorando las dotaciones de medios humanos y tecnológicos que hagan posible la implantación y cumplimiento, en la totalidad de los centros de salud de la Comunidad, del Programa de “Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares”.

- 2.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la totalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica recibirán consejo e intervención sobre estilos de vida cardiosaludables (actividad física, nutrición y abandono de tabaco) para el control estricto de su cardiopatía (nivel 1 de evidencia científica).
- 2.3. A partir de la aprobación del Plan de Salud se revisarán los tratamientos de los pacientes con cardiopatía isquémica para mejorar, progresivamente hasta el 2008, la efectividad y coste-efectividad de los tratamientos indicados. Para ello, los pacientes con cardiopatía isquémica deberán tener pautado tratamiento profiláctico que incluya: ácido acetilsalicílico, betabloqueantes y estatinas. Si existe disfunción en el ventrículo izquierdo es recomendable la incorporación de algún medicamento inhibidor de la enzima de conversión de la Angiotensina II (IECA) (nivel 1 de evidencia científica).

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 3

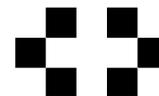
Las personas con manifestaciones agudas de enfermedad coronaria deberán recibir la atención médica apropiada en términos de tiempo y de recursos humanos, equipamiento y medicamentos; independientemente del lugar de residencia.



Actividades

Todas las actividades a desarrollar para la consecución del objetivo anterior, serán impulsadas desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud:

- 3.1. Para reducir las variaciones observadas en la práctica clínica de la atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo y optimizar la efectividad de las decisiones diagnóstico – terapéuticas, el SCS impulsará, en colaboración con las sociedades científicas, la elaboración de vías clínicas consensuadas, que deberán estar disponibles antes de diciembre de 2004 (nivel 2 de evidencia científica).
- 3.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud el SCS garantizará en cualquier paciente que demande atención sanitaria por dolor torácico de probable origen coronario, la reducción progresiva del tiempo de realización del electrocardiograma a la llegada a cualquier centro sanitario, al objeto de aproximarlos al tiempo ideal de 10 min.
- 3.3. En el ámbito extrahospitalario el SCS garantizará, siempre que no exista contraindicación, la administración de oxígeno, alivio dolor (morfina), nitratos, ácido acetilsalicílico y el traslado inmediato en condiciones adecuadas en coordinación con el centro receptor (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias mejorará progresivamente la accesibilidad a la desfibrilación cardíaca, aplicada por parte de personal entrenado, al objeto de llevar a cabo la reanimación básica en un máximo de 8 minutos. Para ello, el Servicio Canario de la Salud desarrollará un programa de implantación de desfibrilación semiautomática en la Comunidad Autónoma en la que se incluya la formación de los profesionales sanitarios y la acreditación de primeros intervinientes. La implantación de este programa alcanzará, especialmente, a las zonas básicas de salud más alejadas e inaccesibles, al objeto de mejorar la equidad en el acceso a esta prestación (nivel 2 de

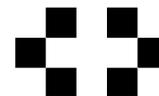


evidencia científica). Esta acción requiere la incorporación de 178 desfibriladores en la Comunidad Autónoma; que se incorporarán progresivamente desde 2005 hasta 2008.

- 3.5. En el ámbito sanitario se llevará a cabo, además de la administración de oxígeno y el alivio del dolor, la utilización precoz de betabloqueantes, IECA, y anticoagulación. Esta actuación deberá ser iniciada desde el centro de salud, centros de Atención Especializada, o servicios de urgencia extrahospitalarios, para ser completada en el hospital (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.6 El Servicio Canario de la Salud mejorará progresivamente, a lo largo del período de ejecución de este Plan de Salud, el acceso a la reperfusión coronaria (fibrinólisis/angioplastia) para las personas con Síndrome Coronario Agudo que lo requieran (nivel 1 de evidencia científica).

El Servicio Canario de la Salud completará, antes de finalizar 2004, la implantación de la fibrinólisis hospitalaria en los servicios de Urgencias del Servicio Canario de la Salud, garantizando que a todo paciente que presente un Síndrome Coronario Agudo, siempre que estuviese indicado, se le aplique esta terapia a la mayor brevedad posible desde el diagnóstico de sospecha. Los tiempos ideales a alcanzar serán, respectivamente, de 90 minutos a partir de la llamada al servicio de urgencias, o 30 minutos a partir de la entrada en el servicio de urgencias. Esta prestación se ampliará posteriormente (2005-2008) a todos aquellos centros extrahospitalarios en los que por su lejanía no se pueda garantizar el acceso rápido a la fibrinólisis tras el diagnóstico de sospecha de Síndrome Coronario Agudo.

El Servicio Canario de la Salud implantará, en los centros hospitalarios de referencia, la Angioplastia Primaria o de rescate, garantizando que a todo paciente que presente un Síndrome Coronario Agudo se le aplique esta terapia, siempre que estuviese indicado, en el plazo aproximado de 90 minutos desde su llegada al hospital.



Para ello el Servicio Canario de Salud elaborará, previamente, un protocolo consensuado basado en el conocimiento científico para su puesta en marcha antes de diciembre de 2004.

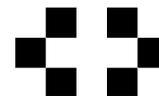
Obj. 4

Las personas con síndrome anginoso o dolor torácico sugestivo de síndrome anginoso tendrán garantizada la realización de los estudios diagnósticos y, en caso de confirmación, el tratamiento apropiado para reducir el riesgo de padecimiento de eventos coronarios.

Actividades

Todas las actividades a desarrollar para la consecución del objetivo anterior, serán impulsadas desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud:

- 4.1. En todas las áreas de salud el SCS garantizará la atención diagnóstica y terapéutica a los pacientes con dolor torácico, de reciente aparición y probable origen coronario; al objeto de aliviar los síntomas y reducir el riesgo de episodios coronarios subsiguientes. La valoración por parte del especialista, una vez derivado por parte del médico de familia, deberá llevarse a cabo en el plazo máximo de diez días, antes de que finalice el año 2008. Para garantizar la ejecución de esta acción se crearán 13 nuevas plazas de cardiología, que se distribuirán, una vez tenidos en cuenta los recursos previamente disponibles, de la siguiente manera: 4 en Gran Canaria, 5 en Tenerife, 2 en La Palma, 1 en Lanzarote y Fuerteventura. Las plazas en Gran Canaria y Tenerife se cubrirían en 2005, 2006, 2007 y 2008; mientras que en Lanzarote, La Palma y Fuerteventura este proceso tendría lugar en 2006. En La Palma se producirá la incorporación de un segundo cardiólogo en 2008. En La Gomera se incorporará un especialista en Medicina Interna en 2006; al objeto de dar una respuesta más amplia e integradora con respecto a otros problemas de salud.



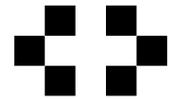
- 4.2. Debe favorecerse la progresiva descentralización del control de los pacientes anticoagulados. Para ello el Servicio Canario de la Salud elaborará, en el último trimestre de 2004, un protocolo consensuado sobre control del paciente anticoagulado en Atención Primaria de Salud, con especial énfasis en los pacientes con enfermedad cardiovascular, de aplicación en toda la Comunidad Autónoma (nivel 1 de evidencia).
- El Servicio Canario de la Salud, introducirá en la cartera de servicios de Atención Primaria el control de los pacientes anticoagulados, en coordinación con los servicios especializados, de forma que en el 2007 esta prestación se oferte, de manera acreditada, en el 50 % de los equipos de Atención Primaria.

Obj. 5

El Servicio Canario de la Salud desarrollará nuevos programas para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que han padecido algún episodio de isquemia coronaria.

Actividades

- 5.1. Para ello, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud dispondrá de un Programa de Rehabilitación Cardíaca antes de que finalice el año 2004 (nivel 1 de evidencia científica). La dotación de recursos humanos para este programa se llevará a cabo inicialmente en los hospitales de referencia, a lo largo del año 2008. Posteriormente, esta oferta de servicios se extenderá al resto de las áreas de salud mediante las tecnologías de la comunicación; de tal manera que todas las personas que tengan un evento coronario agudo, puedan ser evaluadas de forma individual e incluidas en este programa antes de que finalice dicho año. Cada una de las cuatro unidades a desarrollar en los hospitales de referencia estarán integradas por 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 dietista y 1 enfermera. El psicólogo formará parte de las plantillas del servicio de Psiquiatría y llevará a cabo esta



actividad, a tiempo parcial, en el contexto del desarrollo de la ampliación de servicios de la Psiquiatría de enlace.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Tratamientos para la cardiopatía isquémica	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la cardiopatía isquémica frente a cirugía a los 10 años ¹⁰⁰	Ahorro/AVAC
	Angioplastia con un volumen alto de pacientes frente a trombolisis para pacientes con infarto agudo de miocardio ¹⁰¹	Ahorro/AVAC
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 80 años de edad ¹⁰²	3.213/AVAC
	Estrategia del aumento de la utilización de los Beta—Bloqueantes (atenolol y metoprolol) después de un infarto de miocardio frente al tratamiento habitual ¹⁰⁴	3.751/AVAC
	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad principal del vaso izquierdo frente a tratamiento médico ¹⁰⁵	3.782/AVAC
	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a no tratamiento en enfermedades coronarias ¹⁰⁶	6.177/AVG
	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad de doble vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵	8.291/AVAC
	Pravastatina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a placebo en hombres con factores de riesgo adicionales ¹⁰⁷	8.430/AVG
	Angioplastia coronaria transluminal percutánea para pacientes con angina severa y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵	8.727/AVAC
	Aspirina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a no aspirina ¹⁰⁸	8.827/AVG
	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ¹⁰⁰	9.703/AVAC
Angioplastia (volumen alto de pacientes) frente a no intervención (cuidado estándar) para pacientes con infarto agudo de miocardio ¹⁰⁹	10.531/AVAC	
Angioplastia coronaria transluminal coronaria para pacientes con angina moderada y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵	12.364/AVAC	

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Sólo tratamiento quirúrgico (revascularización) para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica para aquellos con angina severa a los 5 años ¹⁰⁰	13.142/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ¹⁰⁰	13.142/AVAC
	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a placebo en enfermedades coronarias (sólo costes directos) ¹⁰⁶	13.291/AVG
	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 5 años ¹⁰⁰	19.056/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico aspirina a los 5 años ¹⁰⁰	25.637/AVAC
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 60 años de edad (en el peor escenario) ¹⁰²	26.061/AVAC
	Angiografía coronaria de rutina frente a ecocardiograma de estrés para un varón edad 55 años de edad con angina típica ¹¹⁰	30.654/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina y simvastatina a los 5 años ¹⁰⁰	34.898/AVAC
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 50 años de edad ¹⁰²	54.264/AVAC
Prevención de la cardiopatía isquémica	Programa con régimen regular de ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares y circulatorias frente a no programa en varones de 35 años de edad ¹¹¹	Ahorro/AVAC
	Programa para dejar de fumar frente a no programa ¹¹²	15/AVG
	Programa para dejar de fumar gestionado por enfermería frente al consejo estándar para supervivientes con infarto agudo de miocardio ¹¹³	204/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a "atención ordinaria" en hombres entre 45 y 49 años ¹¹⁴	475/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a "atención ordinaria" en hombres entre 60 y 64 años de edad ¹¹⁴	629/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en mujeres entre 50 y 54 años ¹¹⁴	804/AVG
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ¹¹⁵	850/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en mujeres entre 35 y 39 años de edad ¹¹⁴	984/AVG
	Tratamiento de sustitución de nicotina y bupropion para dejar de fumar frente a no hacer nada ¹¹⁶	1.549/AVG
	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ¹¹⁷	2.022/AVG
	Programa de control de hipertensión para sujetos de edad entre 45-64 años de edad para reducir infartos frente a no programa ¹¹⁸	2.294/AVAC
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 45 y 49 años ¹¹⁹	2.777/AVG
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en mujeres con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ¹¹⁵	3.126/AVG
	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 35-69 años de edad ¹²⁰	3.149/AVG
	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ¹¹⁷	3.166/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 45 y 49 años de edad ¹¹⁹	3.283/AVG
	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 60-64 años de edad ¹²⁰	3.308/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones de entre 45 y 49 años de edad ¹¹⁹	3.790/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 45-49 años de edad ¹²¹	4.216/AVAC
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 25-29 años de edad ¹²¹	4.384/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Parque de nicotina frente a no parque de nicotina en mujeres fumadoras entre los 45-49 años de edad ¹²¹	4.469/AVAC
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado, en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular y con historia de fumador ¹¹⁵	4.594/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	4.628/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres de entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	4.699/AVG
	Consejo antitabaco y parque de nicotina para dejar de fumar frente a no parque y no consejo en mujeres entre 35-69 años de edad ¹²⁰	4.857/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	5.472/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	5.557/AVG
	Parque de nicotina frente a no parque de nicotina en mujeres fumadoras entre los 25-29 años de edad ¹²¹	5.649/AVAC
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	6.317/AVG
	Parque de nicotina frente a no parque de nicotina en mujeres fumadoras entre los 65-69 años de edad ¹²¹	6.324/AVAC
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres de entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	6.414/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres de entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	6.787/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	8.026/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres de entre 65 y 69 años ¹¹⁹	9.265/AVG
	Programa de intervención multifactorial (consejo individual y colectivo basado en consejo nutricional y cambio de conducta, además si es necesario de medicación) para hombres con hipertensión frente a tratamiento conservador con tratamiento ¹²²	10.091/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 65-69 años de edad ¹²¹	10.118/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en hombres de 60 años de edad asintomáticos ¹²³	10.118/AVAC
	Régimen regular de ejercicios frente a no régimen regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ¹¹¹	14.334/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 60 años de edad asintomáticas ¹²³	14.334/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 40 años de edad asintomáticos ¹²³	18.549/AVAC
	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ¹²⁴	20.236/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 40 años de edad asintomáticas ¹²³	26.981/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 20 años de edad asintomáticos ¹²³	33.726/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 20 años de edad asintomáticas ¹²³	51.432/AVAC
	Régimen no voluntario regular de ejercicios frente a régimen voluntario regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ¹¹¹	62.393/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Rehabilitación Cardíaca	Programa de prevención secundaria para la enfermedad coronaria con extensa rehabilitación cardíaca frente a no programa ¹²⁵	5.727/AVAC
	Programa de rehabilitación cardíaca (ejercicio y consejo) frente a cuidado comunitario usual en pacientes diagnosticados de IAM que se sentían ansiosos y deprimidos en el hospital ¹²⁶	6.829/AVAC
	Rehabilitación cardíaca iniciada después de un infarto agudo de miocardio para pacientes con ansiedad o depresión leve o moderada frente al cuidado normal en Atención Primaria ¹²⁶	8.211/AVAC
Tratamiento trombolítico	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes mayores de 65 años de edad frente a no tratamiento ¹²⁷	774/AVG
	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en mujeres ¹²⁸	1.199/AVG
	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en varones ¹²⁸	1.224/AVG
	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento ¹²⁷	1.311/AVG
	Tratamiento trombolítico intravenoso utilizando alteplase (rt-PA) frente a tratamiento usual sin terapia trombolítica intravenosa en pacientes entre los 18 y 75 años de edad con sospecha clínica de IAM y síntomas mayores en 5 horas ¹²⁹	1.518/AVAC
	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo entre 4 y 6 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento ¹²⁷	1.748/AVG
	Tratamiento trombolítico frente a placebo para mujeres de entre 35-39 años y 60-64 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ¹²⁸	2.142/AVG
	Tratamiento trombolítico frente a placebo para varones de entre 35-39 años y 55-59 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ¹²⁸	2.535/AVG
	Tratamiento trombolítico con estreptoquinasa intracoronaria frente a tratamiento convencional ¹³⁰	2.579/AVG

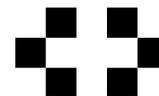
* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio dentro de las 6 horas ¹³¹	10.044/AVG
	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (GUSTO) ¹³²	11.164/AVG
	Tratamiento trombolítico (estreptokinasa o alteplase) frente a tratamiento estándar no trombolítico en pacientes con un infarto agudo de miocardio ¹³¹	12.301/AVG
	Trombolisis frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ¹⁰⁹	13.164/AVAC
	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio entre 7 y 12 horas ¹³¹	14.865/AVG
	Tratamiento trombolítico ante la sospecha del infarto agudo de miocardio en pacientes mayores (a partir de los 80 años de edad) frente a no tratamiento ¹³³	19.692/AVG
	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 1 año ¹³⁴	24.562/AVAC
	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 30 días ¹³⁴	27.162/AVAC
Desfibrilador	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por un policía frente a servicio de emergencia estándar ¹³⁵	22.906/AVAC
	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad de más de 200 pasajeros frente a no desfibrilador ¹³⁶	29.429/AVAC
	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad entre 100 y 200 pasajeros frente a sólo poner el desfibrilador en aviones de gran capacidad ¹³⁶	34.013/AVAC
	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por personal no sanitario frente a servicio de emergencia estándar ¹³⁵	37.054/AVAC
	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficacia moderada en pacientes con eyección menor o igual a 0,3 ¹³⁷	59.857/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Instalación de un desfibrilador automático externo en todos los aviones frente a colocar un desfibrilador en aparatos con una capacidad de más de 200 pasajeros ¹³⁶	78.948/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



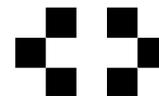
16. Cáncer

Introducción

El cáncer provoca una intensa y dolorosa carga sobre la sociedad en Canarias. Una de cada tres personas sufrirá esta enfermedad a lo largo de su vida, mientras que una de cada cuatro morirá por esta misma causa en nuestra Comunidad. Estas razones, junto con la gran variedad de tipos y asentamientos posibles, así como la gravedad de su curso clínico y de las frecuentes complicaciones y la complejidad de las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles, hacen del cáncer una prioridad y un reto para el Servicio Canario de la Salud. Otros dos factores asociados a los anteriores, como son el intenso impacto físico y psicológico que esta enfermedad produce sobre el paciente y su familia, junto con el elevado coste sanitario que las administraciones públicas deben afrontar para mejorar la oferta de servicios; justifican que el Gobierno de Canarias dé prioridad a la planificación de este problema de salud.

Los criterios utilizados para la selección de intervenciones para afrontar las mejoras de salud y de servicios para dar respuesta a las necesidades generadas por el cáncer, han sido:

- 1º. La magnitud del problema de salud.
- 2º. La existencia de medidas de prevención primaria y/o secundaria con efectividad demostrada.
- 3º. En el caso concreto de valorar la implantación de cribados de base poblacional, se han utilizado los criterios de:
 - Magnitud del problema
 - Existencias de pruebas de cribado con sensibilidad y especificidad conocidas y aceptadas por la población.
 - Historia natural de la enfermedad conocida.
 - Existencia de un periodo de latencia entre el cribado y la aparición de los signos clínicos de la enfermedad, en la cual la intervención modifique el pronóstico.



- Existencia de un tratamiento adecuado que permita modificar el pronóstico de la enfermedad.
- La mejor relación coste-efectividad entre los procedimientos disponibles

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la pendiente de crecimiento de la incidencia de las neoplasias de mayor frecuencia e impacto en Canarias: cáncer de pulmón, cáncer de mama, y cáncer colo-rectal
- Mejorar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- Reducir las desigualdades en el acceso a los servicios asistenciales al cáncer; mejorando la oferta asistencial en las áreas de salud y garantizando el acceso a los tratamientos de mayor efectividad.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer y sus familias.

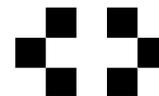
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 6

El Gobierno de Canarias, a través de la colaboración entre los diferentes departamentos que lo componen, desarrollará, aplicará y evaluará las estrategias dirigidas a la reducción de la prevalencia de los factores de riesgo de mayor impacto sobre el desarrollo de cáncer en la población canaria.

Actividades

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de mortalidad conocida. Constituye el factor de riesgo más importante y de mayor peso en la incidencia y mortalidad por cáncer en nuestra Comunidad. Se estima que el porcentaje de muertes por cáncer evitables, con una acción decidida sobre



el tabaco es del 30%. A estos beneficios habría que sumar la contundente contribución a la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

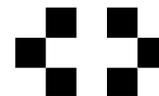
Para conseguir resultados de reducción del tabaquismo, mejora de la alimentación y nutrición y de la realización de actividad física, el Gobierno de Canarias, llevará a cabo la ejecución de las acciones descritas anteriormente en el capítulo de cardiopatía isquémica.

Además, haciendo uso de los diferentes medios de información de masas y de las redes educativas y sanitarias existentes, el Servicio Canario de la Salud, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, difundirá los contenidos del **Código Europeo contra el Cáncer. Tercera revisión 2003** entre la población general. Otras organizaciones que pueden contribuir a esta actividad de difusión, son: las oficinas de farmacia, asociaciones de vecinos, escuelas de padres y de adultos, Red de Escuelas Promotoras de Salud, medios de comunicación (Radio Ecca, etc.). Esta difusión debe utilizar, además, las redes propias de los servicios sanitarios (oficinas de farmacia, centros de salud, etc.). Entre las recomendaciones que más difusión debieran encontrar está la promoción de la alimentación saludable y la realización de actividad física regular, tal como se explicita en el capítulo sobre cardiopatía isquémica.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Para mejorar la salud frente al intenso impacto producido por el cáncer, la Consejería de Sanidad, a través del Servicio Canario de la Salud, se compromete a mejorar los servicios sanitarios desde una doble componente. Por un lado, incorporando nuevas prestaciones o servicios que permitan establecer el diagnóstico del cáncer en los estadíos más precoces. Por otro lado, mediante la mejora del funcionamiento de los servicios asistenciales.

Las actividades propuestas se concentrarán, específicamente, sobre los tipos de cáncer que alcanzan mayores magnitudes en nuestra Comunidad, y que, a



su vez, son más vulnerables tanto a procedimientos de diagnóstico precoz como a mejoras terapéuticas.

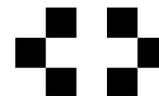
Obj. 7

Ampliar la cobertura del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama y mejorar la gestión clínica de las pacientes con patología mamaria.

Actividades

Todas las actividades a desarrollar para la consecución del objetivo anterior, serán impulsadas desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud:

- 7.1. Se promoverá la adherencia al Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama mediante la ejecución de campañas de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios y a los grupos de población de interés. Esta actividad se iniciará en el año 2004 (nivel 2 de evidencia).
- 7.2. Ampliar el grupo de edad de la mujer a incluir en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, hasta los 69 años; una vez alcanzada la oferta al 100% de la población de 50-64 años (nivel 1 de evidencia).
- 7.3 Antes de que finalice el año 2004, el Servicio Canario de la Salud habrá elaborado los instrumentos (vías clínicas) que expliciten las pautas de actuación frente a la patología mamaria, tanto en población general como, en especial, en grupos de mujeres con riesgo elevado de padecer cáncer de mama. Este instrumento deberá prever tanto la organización entre los servicios hospitalarios, como la coordinación de éstos con Atención Primaria de Salud (nivel 1 de evidencia).



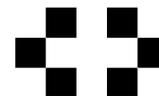
- 7.4 Estos instrumentos (vías clínicas) deberán especificar los tiempos máximos de demora admitidos entre el establecimiento del diagnóstico de cáncer de mama y el inicio del tratamiento, que deberán ser alcanzados antes de que finalice el 2007. Las gerencias de Servicios Sanitarios, en cada Area de Salud, cumplirán los tiempos de espera especificados. Para ello, a lo largo de 2005 y 2006 se dotarán a los hospitales de referencia de Gran Canaria con 2 médicos especialistas en Anatomía Patológica, 2 cirujanos generales, 2 médicos radiólogos y un médico ginecólogo. En Tenerife, las dotaciones consistirán en 2 médicos especialistas en Anatomía Patológica, 2 cirujanos generales, 2 médicos radiólogos y 2 médicos ginecólogos. En 2008 se incorporará un oncólogo médico en La Palma y otro en Fuerteventura
- 7.5. A partir de la aprobación de este Plan de Salud (año 2004), cada gerencia hospitalaria llevará a cabo el seguimiento de la gestión y tiempos de espera de los pacientes oncológicos. Sin que exista evidencia científica al respecto, la experiencia local en nuestra Comunidad parece indicar que los servicios de admisión podrían llevar a cabo esta actividad de manera apropiada.

Obj. 8

Anticipar el diagnóstico de cáncer de colon y recto mediante el diseño, pilotaje y aplicación de un programa de diagnóstico precoz específico.

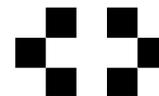
Actividades

Puesta en marcha de un programa de cribado del cáncer colo-rectal, a partir de la existencia de pruebas científicas suficientes de que las tecnologías disponibles no son sólo efectivas sino costo-efectivas; alcanzando cotas de costo-utilidad semejantes al cribado de cáncer de mama. Sin embargo, dado que no existe aún suficiente evidencia sobre cuál es el tipo de



tecnología diagnóstica más costo-efectiva; cuáles son las tasas de cumplimiento a lo largo del tiempo para cada una de las técnicas diagnósticas disponibles; y cuál es la edad óptima de inicio y finalización del programa; es necesario establecer un grupo de expertos que aborden estas cuestiones y contribuyan al diseño de este programa de cribado. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, llevará a cabo las siguientes actividades:

- 8.1. Diseñar el proyecto piloto de cribado de cáncer colo-rectal durante el año 2006 (nivel 1 de evidencia).
- 8.2. Iniciar la aplicación del proyecto, mediante una experiencia piloto en las zonas de mayor incidencia del archipiélago, durante el año 2007; al objeto de evaluar tasas de adherencia a las diferentes opciones terapéuticas y llevar a cabo el análisis coste-efectividad de cada una de ellas; a partir de los resultados de los años siguientes. La aplicación de este proyecto requerirá la incorporación de un médico endoscopista en el año 2007.
- 8.3. Elaborar y difundir guías de práctica clínica que promuevan la homogeneidad en la toma de decisiones clínicas en la identificación y manejo de los grupos de alto riesgo de colo-rectal, y que incluyan referencias a los signos y síntomas útiles para establecer la sospecha de patología; al objeto de activar los procedimientos de confirmación diagnóstica en el menor tiempo posible (nivel 1 de evidencia). Esta actividad deberá estar culminada a lo largo del año 2004.

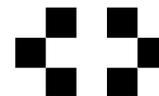


Obj. 9

Mejorar la efectividad y la cobertura del diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero.

Actividades

- 9.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud iniciará, a lo largo del año 2004, un proyecto de evaluación sobre el alcance real de las actividades de cribado de cáncer de cuello uterino ofrecidas a la población; a la vez que revisará la evidencia científica disponible para reorientar la oferta de servicios.
- 9.2. Posteriormente, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud realizará una experiencia piloto en zonas de salud diferentes; para valorar estrategias alternativas de cribado de base poblacional / oportunista, con diferentes modelos de oferta, que incluya la evaluación de su capacidad de captación (grado de adherencia), costes y relación coste-efectividad entre las tecnologías y fórmulas organizativas disponibles; incorporando, además, la evaluación de resultados intermedios. Esta actividad comenzará a pilotarse a partir de 2005.
- 9.3. A partir de año 2007 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reorientará los recursos actualmente empleados en el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, hacia un nuevo programa de cribado poblacional en el que se mejoren, además de la eficacia diagnóstica; la efectividad real, a partir de la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas (nivel 1 de evidencia) y fórmulas organizativas y de un incremento de la cobertura en todos los estratos sociales.



Obj. 10

Promover el uso apropiado de los procedimientos de efectividad demostrada para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata

Actividades

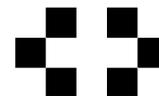
10.1. Hasta la actualidad continúa sin existir suficiente evidencia científica que justifique la implantación de un programa de cribado poblacional del cáncer de próstata. En consecuencia, las pruebas de cribado deberán aplicarse únicamente sobre grupos de población de mayor riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, dada la alta incidencia y prevalencia de este tumor, el Servicio Canario de la Salud elaborará, difundirá y monitorizará el impacto de una guía de recomendaciones clínicas sobre cáncer de próstata (nivel 1 de evidencia). Este instrumento para mejorar la toma de decisiones clínicas deberá estar elaborado, por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, antes de que finalice el año 2005.

Obj. 11

Mejorar la calidad asistencial a los pacientes con cáncer; por medio de la mejora de la dotación y coordinación de los recursos asistenciales.

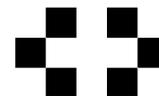
Actividades

La atención de los pacientes con cáncer es una actividad asistencial compleja que requiere la actuación coordinada de diversos servicios hospitalarios entre sí, y, de éstos, con Atención Primaria. La descoordinación de estas actuaciones puede ser causa de situaciones de ineficiencia, y de reducción de la calidad de la atención. Por ello, al objeto de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial, a través de la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, la Dirección General de Programas Asistenciales



del Servicio Canario de la Salud, elaborará unas normas generales de la organización de la atención sanitaria al paciente con cáncer. Estas normas deberán contemplar:

- 11.1. El Servicio Canario de la Salud creará, a lo largo de 2004, una Unidad de Planificación, Evaluación y Seguimiento de los procesos oncológicos, ubicada en su Dirección General de Programas Asistenciales. Entre las funciones de esta nueva unidad, estarán: el diseño de nuevos programas de cribado, la integración de estos con la actividad asistencial a los pacientes con cáncer, el diseño de instrumentos de coordinación (vías clínicas) y de guías para mejorar el uso apropiado de las tecnologías (guías clínicas), la valoración de la dotación de los recursos humanos, entre otras. La dotación requerida será la de un responsable de unidad, dos técnicos superiores y dos auxiliares administrativos; cuya incorporación será progresiva entre el 2005-2008.
- 11.2. La disponibilidad de vías clínicas adaptadas según los recursos de cada hospital para la atención de la patología tumoral de mayor prevalencia y gravedad (nivel 2 de evidencia). Cada hospital deberá elaborar, como mínimo una vía clínica sobre cáncer al año. Estas vías clínicas deben contemplar la intervención coordinada de cada servicio hospitalario y nivel asistencial, haciendo explícitos:
 - Los mecanismos de coordinación y conexión con los servicios de Atención Primaria, incluyendo los pasos a seguir con el paciente cuando éste entra y sale de la atención hospitalaria, para garantizar la continuidad de la atención.
 - Los mecanismos de coordinación y conexión con los recursos de soporte psicosocial y la interrelación con los servicios de Cuidados Paliativos, cuando éstos sean precisos.
 - Las vías clínicas deben establecer los tiempos máximos de demora para el diagnóstico y el inicio del plan terapéutico.



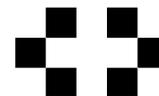
- 11.3. La incorporación tecnológica en los hospitales estará condicionada por el reconocimiento de prioridad a los procedimientos diagnósticos para confirmar la sospecha de cáncer. Además, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud revisará y actualizará las dotaciones de recursos humanos para asegurar que las pruebas diagnósticas se lleven a cabo con la celeridad requerida y explicitada en las vías clínicas. Además se deberá mejorar la eficiencia en la utilización de los quirófanos de los grandes hospitales para procedimientos quirúrgicos oncológicos, y se revisarán los recursos humanos de los servicios asistenciales relacionados con la atención oncológica; para que puedan cumplirse los objetivos del Plan de Salud. Este proceso de revisión, homogeneización y actualización de plantillas se iniciará en 2005.
- 11.4. Los hospitales de tercer nivel de Canarias ofertarán las técnicas diagnósticas y terapéuticas para alcanzar con precisión y rapidez el estudio de extensión y asegurar el tratamiento adecuado del cáncer. Por el contrario otras tecnologías diagnósticas de elevada complejidad y coste requerirán concentrar su producción y ser ubicadas en un único centro de referencia a nivel regional.

Obj. 12

Desarrollar los recursos sanitarios destinados a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y la de sus familias.

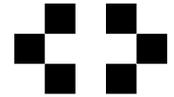
Actividades

- 12.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará los recursos de apoyo psicosocial en el proceso de atención al enfermo oncológico; a partir del reconocimiento de que el cáncer impacta sobre la calidad de vida y la esfera psico-biológico-social del paciente y de su familia. Atendiendo



a esta necesidad, se incorporará la figura asistencial del psicólogo clínico, adscrito al servicio de Psiquiatría y formando parte de los nuevos recursos de “Psiquiatría de enlace”. La actividad de este profesional estará integrada con la de los trabajadores sociales y del voluntariado de organizaciones sociales a la atención al paciente con cáncer y a su entorno familiar (nivel 2 de evidencia). Esta actividad comenzará a ejecutarse en las áreas de salud de La Gomera y El Hierro, a partir de 2005, mediante la dotación de una enfermera de enlace que asumirá, además, actividades de soporte a los cuidados paliativos. Posteriormente, a partir de 2006, se extenderá a los hospitales de referencia y de aquí al resto de las áreas de salud en 2006 y 2007. Se dotará a cada uno de los hospitales de referencia con un psicólogo clínico; mientras que esta actividad se llevará a cabo a tiempo parcial en los hospitales de Lanzarote, La Palma y Fuerteventura por parte de los nuevos recursos de Psiquiatría de enlace.

- 12.2. El Servicio Canario de la Salud ampliará la cobertura de cuidados paliativos para que todo paciente que lo requiera, y su familia, tenga acceso a estos servicios en el tiempo adecuado, en continuidad y cerca de su domicilio. Para ello la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará un programa comunitario de cuidados paliativos, en el seno del Plan de Atención Sociosanitaria de Canarias, que descansará sobre la coordinación entre Atención Primaria de Salud y Atención Especializada (nivel 1 de evidencia). Este programa deberá estar finalizado en 2004, por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, para culminar su ejecución, en todas las áreas de salud, desde 2005-2008. En el año 2006 se dotará a las áreas de salud de La Palma y Fuerteventura con un Facultativo Especialista de Área (FEA) y una enfermera, para conformar el núcleo hospitalario del programa de Cuidados Paliativos. En El Hierro y en La Gomera, esta actividad será asumida



por un Facultativo disponible en el Area, respaldado por la enfermera de enlace. En 2005, los servicios de Cuidados Paliativos en el Área de Salud de Tenerife se verán incrementados en un FEA, y en otro en 2006.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Cribado del cáncer de próstata	Biopsia frente a no biopsia en varones de 50 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ¹³⁸	Ahorro/AVAC
	Biopsia frente a no biopsia en varones de 60 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/ml) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ¹³⁸	12.647/AVAC
Cribado del cáncer colo-rectal	Cribado del cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia cada 5 años frente a no cribado ^{139,140}	Ahorro/AVG- 11.073/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con sigmoidoscopia flexible cada 5 años ¹⁴¹	Ahorro/AVG
	Programa de cribado de cáncer colo-rectal (Hemoccult test-II) (cada dos años para 65-74 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	1.666/AVG
	Programa de cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad frente a no cribado ¹⁴³	2.392/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar para personas entre los 45 y 75 años de edad cada 2 años frente a no cribado ¹⁴⁴	2.970/AVG
	Programa de cribado de cáncer colo-rectal (Hemoccult test-II) (cada año para 50-74 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	4.164/AVG
	Cribado con la prueba de sangre oculta en heces para el cáncer colo-rectal frente a no cribado en varones y mujeres de 50 a 74 años de edad ¹⁴⁵	7.865/AVAC
	Cribado de cáncer colo-rectal con la prueba de sangre oculta en heces anual en población general de 50 años de edad frente a no cribado ¹⁴¹	8.183/AVAC
	Cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia una sola vez para ambos sexos entre los 50 y 54 años de edad frente a no cribado ¹⁴⁶	8.431/AVAC
Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a no cribado ^{139,141}	9.260/AVG- 15.507/AVG	

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años ¹⁴⁷	9.595/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con la prueba fecal de sangre oculta anual ¹⁴¹	9.597/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁷	9.801/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con la prueba de sangre oculta en heces anual frente a no cribado ¹⁴⁷	10.290/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁷	10.949/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal a partir de los 50 años de edad con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁸	11.365/AVG
	Programa de cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años frente a cribado con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad ¹⁴³	11.938/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces y sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁷	12.103/AVG
	Cribado cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces cada año frente a no cribado ¹³⁹	12.614/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal una vez con sigmoidoscopia flexible cada 5 o 10 años a los 55 años de edad ¹⁴⁹	14.334/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia) frente a no cribado ¹⁵⁰	16.673/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratación más sigmoidoscopia cada 10 años frente a sigmoidoscopia cada 10 años ¹⁴⁹	17.875/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a no cribado ¹⁴¹	30.782/AVAC
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 10 años ¹⁴⁹	43.169/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Cribado del cáncer de cérvix uterino	Cribado del cáncer de cérvix uterino cada 4 años con Autopap frente a cribado cervical con citología manual ¹⁵¹	92/AVG
	Captación de mujeres no cribadas previamente de cáncer de cérvix en el programa de cribado de mujeres con edades entre los 20-59 años de edad frente a no programa ¹⁵²	222/AVG
	Programa de cribado de cáncer cervical (Pap smear test) (cada 3 años para 20-69 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	2.091/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer cervical (25-59 años de edad e intervalo de cribado cada 4 o 5 años) frente a no cribado ¹⁵³	2.253/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer de cérvix de útero (mujeres entre 20-69 años de edad e intervalo de cribado cada 4 años) ¹⁵³	2.915/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer cervical (mujeres entre 15-69 años de edad e intervalo de cribado cada 3 ó 2 años) ¹⁵³	4.850/AVG
	Cribado del cáncer de cérvix uterino anualmente con Autopap frente a cribado con citología manual ¹⁵¹	6.053/AVG
	Programa de cribado para cáncer de cérvix de útero cada 3 años frente a un programa de cribado cada 5 años para mujeres entre 20-59 años de edad ¹⁵²	10.991/AVG
	Programa de cribado de cáncer cervical (Pap smear test) cada 5 años para mujeres entre 30-59 años de edad frente a no cribado ¹⁴²	11.333/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-76 años de edad (intervalo entre los exámenes de 7 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	15.060/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-75 años (intervalo entre los exámenes de 6 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	18.646/AVG
Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-72 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	23.576/AVG	
Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27 y 82 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	28.955/AVG	

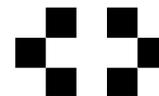
* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado cada 3 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ¹⁵⁵	31.053/AVAC
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-78 años (intervalo entre los exámenes de 4 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	31.375/AVG
	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 4 años frente a Pap smear ¹⁵⁶	34.612/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-79 años (intervalo entre los exámenes de 3 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	49.932/AVG
Cribado del cáncer de mama	Cribado del cáncer de mama cada tres años para mujeres entre 50-65 años de edad frente a no programa de cribado ¹⁵⁷	3.541/AVAC
	Programa de cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 70 años de edad frente a no programa ^{158,159}	4.370/AVG- 12.033/AVAC
	Programa de cribado del cáncer de mama cada 2 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ¹⁶⁰	5.227/AVG
	Programa de cribado del cáncer de mama (bianual durante 10 años) frente a no intervención en mujeres entre 50 y 64 años de edad ¹⁶¹	5.680/AVG
	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa de cribado de cáncer de mama cada tres años entre los 50-65 años de edad ¹⁵⁷	5.818/AVAC
	Programa de cribado del cáncer de mama cada 3 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ¹⁶⁰	6.197/AVG
	Programa de cribado con mamografía en mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no programa ¹⁶²	7.253/AVG
	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre los 45-69 años de edad ¹⁶³	15.177/AVAC
	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 70-75 años de edad ¹⁶⁴	16.020/AVAC
	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre los 50-59 años de edad cada 2 años frente a no cribado ¹⁶⁵	16.150/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado para el cáncer de mama cada 1,3 años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ¹⁵⁷	16.863/AVAC
	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 50-69 años de edad ¹⁶⁶	18.489/AVAC
Cribado del cáncer de pulmón	Cribado del cáncer pulmonar con una tomografía computarizada en una cohorte de alto riesgo (60-74 años de edad) una sola vez frente a no cribado ¹⁶⁷	4.952/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



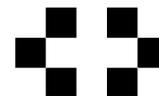
17. Diabetes Mellitus

Introducción

El Plan de Salud de Canarias sitúa a la Diabetes Mellitus como un problema de salud con entidad propia, al que se le ha concedido una alta prioridad en la agenda de la política sanitaria del Gobierno. La magnitud y evolución epidemiológica que la diabetes tiene en Canarias; su impacto sanitario, expresado en términos de restricciones a la cantidad y calidad de vida; y el notable impacto social que genera, son las razones que justifican que la Diabetes Mellitus permanezca como un problema de salud abordado independientemente en esta edición del Plan de Salud. La Diabetes Mellitus es una entidad nosológica específica que, al igual que otros problemas de salud, comparte base fisiopatológica y factores de riesgo con otras patologías y es, a su vez, factor de riesgo importantísimo de la enfermedad cardiovascular. Este hecho sirve, por tanto, para justificar la inclusión de la prevención y el control de la diabetes, de modo operativo, dentro del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la morbilidad y la mortalidad prematura debida a la Diabetes Mellitus, en el año 2020.
- Reducir la incidencia de las complicaciones de la Diabetes Mellitus (amputaciones, ceguera, insuficiencia renal crónica y complicaciones del embarazo) y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 13

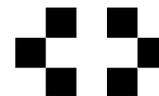
Reducir, a largo plazo (2020), la pendiente de crecimiento del número de personas que desarrollan diabetes tipo 2. Para alcanzar este objetivo, será necesario actuar sobre la población general, desarrollando un conjunto de acciones que requieren la coordinación intersectorial de diferentes departamentos del Gobierno de Canarias.

Actividades

La prevalencia global de diabetes tipo 2 en el conjunto de la población puede reducirse mediante estrategias de prevención y reducción de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad central (nivel 1 de evidencia científica). Esta actuación debe ser más intensa sobre subgrupos y personas de alto riesgo, mediante la promoción de dietas adecuadamente balanceadas y de la realización de actividad física regular.

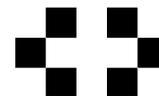
Durante el período de vigencia del Plan, el Servicio Canario de la Salud en colaboración con la Consejería de Educación, las sociedades científicas médicas, y las asociaciones de afectados por Diabetes Mellitus, desarrollará:

- 13.1. Recomendaciones para mejorar la calidad de la dieta, incrementar los niveles de actividad física y reducir las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población general de Canarias. Estos instrumentos se difundirán, a modo de actuaciones de educación para la salud, a través de los siguientes programas y redes: La Red Canaria de Municipios Saludables, el Programa de Alimentación Saludable en desarrollo con Radio Ecca, la Red de Escuelas Promotoras de Salud, la Red de Empresas Saludables y Seguras y las Escuelas de Adultos de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes; además de la red sanitaria pública (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será



coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto. Para ello, será preciso incorporar en el seno de la Dirección General de Salud Pública, 2 técnicos superiores, uno en el año 2006 y otro en el 2007, y un técnico de grado medio, en 2006.

- 13.2. Campañas de alto impacto publicitario sobre divulgación y concienciación de la importancia de la diabetes y la obesidad, para promover cambios hacia estilos y hábitos de vida sanos (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.3. Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad desde el “Programa del Niño Sano”. El “Programa del Niño Sano” constituye una plataforma inmejorable para interaccionar con la madre al objeto de establecer hábitos dietéticos apropiados para reducir el riesgo de desarrollo de sobrepeso. En etapas más avanzadas de la infancia, este mismo programa hace posible la modificación de los factores de riesgo para reducir sobrepeso, obesidad e incremento de la actividad física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.4. Impulso a la difusión e implantación de la Red de Escuelas Promotoras de Salud y a la Red de Empresas Saludables y Seguras, en toda la Comunidad Autónoma Canaria por medio de la elaboración de un programa de educación para la salud con contenido específico en hábitos de vida saludables: alimentación y nutrición, actividad física y conductas adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.



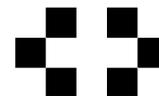
- 13.5. Vigilancia de la calidad nutricional de los menús de los comedores de los centros educativos (colegios y universidades) y de empresas (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004. Para ello la Dirección General de Salud Pública se dotará de un técnico dietista en 2006 para Tenerife y otro en 2007 para Gran Canaria, adscritos a la Dirección General de Salud Pública, con carácter provincial.
- 13.6. Desarrollar normativa autonómica que garantice la presencia y autenticidad de la información nutricional en el etiquetado de alimentos. Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Consumo del Gobierno de Canarias, desde 2004.
- 13.7. El Gobierno de Canarias subvencionará el acceso de los más desfavorecidos a los alimentos básicos de mayor valor para la salud (frutas y verduras), mediante las modificaciones que puedan efectuarse en el Régimen Específico de Abastecimiento.

Obj. 14

El Servicio Canario de la Salud implantará, desarrollará, y monitorizará las estrategias de efectividad demostrada para continuar identificando el mayor número de personas con Diabetes Mellitus que no hayan sido diagnosticadas, así como a aquellas otras que poseen un mayor riesgo para desarrollar diabetes.

Actividades

Todas las actividades a desarrollar para la consecución del objetivo anterior, serán impulsadas desde la Dirección General de Programas Asistenciales y la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud:



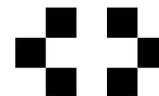
14.1. Si bien el valor del cribado de Diabetes Mellitus (DM) en población general no ha sido determinado hasta la actualidad, éste deberá aplicarse de manera oportunista y generalizada, a partir del año 2004, a los siguientes grupos de riesgo (nivel 1 de evidencia):

- Personas > 40 años con algún familiar de primer grado afecto de DM tipo 2 y que tengan al menos uno de los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial, obesidad y/o dislipemia.
- Mujeres con antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido hijos de más de 4 kg. de peso al nacer.
- Niños con sobrepeso (criterios de ADA).
- Glucemia basal elevada.

En estos subgrupos, el cribado deberá llevarse a cabo de manera periódica, al objeto de establecer el diagnóstico en los estadios más precoces en los que sea posible. Para que el cribado sobre grupos de riesgo alcance el mayor impacto posible, será necesario que durante el año 2004 y siguientes, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, lleve a cabo las siguientes estrategias:

- Información y sensibilización a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, matronas y farmacéuticos), al objeto de potenciar las actividades de identificación precoz de casos y mejorar el control metabólico de los pacientes.
- Información y sensibilización a la población mediante carteles y/o folletos informativos y de captación, ubicados en locales de asociaciones de vecinos, farmacias, centros de salud, centros de trabajo, etc.

Para garantizar que las personas con factores de riesgo de diabetes adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para modificar sus estilos de vida, incorporando la realización regular de actividad física, dieta equilibrada y/o reducción de peso; será necesario:



- 14.2. Desarrollar actividades de educación sanitaria dirigida de forma especial a los grupos de riesgo, tanto en los centros de salud y servicios de Endocrinología hospitalarios, como desde las Unidades Básicas Sanitarias de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas. Estos programas deberán estar estructurados (para garantizar su aplicación sistemática), y ser personalizables, permitiendo su adaptación a las necesidades y condiciones de los pacientes (nivel 1 de evidencia).
- 14.3. Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover la actividad física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será promovida por la Dirección General de Salud Pública, en el seno de la Red Canaria de Municipios Saludables, al objeto de desarrollar el mayor número posible de programas durante el periodo 2004-2008.
- 14.4. Impulsar la implantación de programas de intervención antitabáquica en todos los centros sanitarios (nivel 1 de evidencia). Esta actividad se llevará a cabo de la manera descrita en los apartados anteriores del Plan de Salud correspondientes a cardiopatía isquémica y cáncer; coordinada desde la Dirección General de Salud Pública.
- 14.5. Crear una comisión central multidisciplinar que valore los casos de obesidades mórbidas resistentes a tratamiento convencional y que valore la cirugía bariátrica como opción terapéutica.

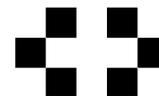
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 15

Reducir la incidencia de complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus.

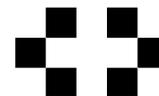
Actividades

Para alcanzar, a medio-largo plazo, los objetivos específicos de mejora de la oferta asistencial que se establecen en el Plan de Salud, es preciso que



el Servicio Canario de la Salud desarrolle una serie de actuaciones que mejoren, de manera progresiva y continua, la oferta de servicios sanitarios a este problema de salud. Esta oferta de servicios deberá alcanzar tanto a los pacientes que aún no han desarrollado complicaciones, como a aquellos que ya las padecen.

- 15.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud elaborará y distribuirá la “cartilla del diabético” para facilitar el seguimiento, el control metabólico y la valoración integral de las repercusiones orgánicas de las personas con diabetes. Esta actividad deberá estar en funcionamiento en 2005.
- 15.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Programas Asistenciales, garantizará la presencia de la figura del “experto consultor” en diabetes en cada área de salud. Estos expertos consultores deberán estar ejerciendo su actividad de apoyo a los profesionales de Atención Primaria en todas las áreas de salud en el período comprendido entre 2005 y 2008. Estos profesionales servirán de enlace entre niveles asistenciales (nivel 1 de evidencia). En 2006 se producirá la incorporación de un consultor en diabetes en Gran Canaria y en Tenerife. En 2007 se llevará a cabo la incorporación de otro consultor en Gran Canaria, Tenerife y en La Palma. En 2008 se llevará a cabo la incorporación del consultor en Lanzarote y Fuerteventura; así como otro adicional en Tenerife, para prestar apoyo a las áreas de salud de El Hierro y La Gomera.
- 15.3. El Servicio Canario de la Salud incorporará, progresivamente, la figura del educador para la salud en Atención Primaria y en Atención Especializada; al objeto de potenciar los componentes de educación para la salud que favorezcan los cambios de conductas necesarios relacionados con la alimentación, nutrición, actividad física y mejora de cumplimiento terapéutico (nivel 1 de evidencia). En el 2005 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reforzará la presencia de los educadores para la salud en los centros hospitalarios de referencia, para posteriormente, en el 2005- 2008, avanzar hacia el resto de los hospitales y equipos de



Atención Primaria. Para ello se incorporará 1 educador de la salud en cada uno de los hospitales de referencia, en 2005-2007. En 2007 se incorporará el del hospital de La Palma. En 2008 se incorporaría un educador para la salud en cada uno de los hospitales de Lanzarote y Fuerteventura. Paralelamente, se incorporarían educadores para la salud en Atención Primaria de Salud : 2 en el Área de salud de Gran Canaria, 2 en la de Tenerife, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.

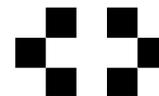
- 15.4. El Servicio Canario de la Salud garantizará una atención integral eficaz al paciente diabético mediante la coordinación entre todas las especialidades implicadas en su control y el médico de familia (nivel 3 de evidencia). Esta coordinación requiere la elaboración de un instrumento (vía clínica) que establezca: los procedimientos de coordinación entre profesionales hospitalarios y entre niveles asistenciales; las actividades de efectividad probada a desarrollar sobre los pacientes, y, su cronología. Este instrumento, cuya elaboración será coordinada por la Dirección General de Programas Asistenciales, deberá estar disponible antes de que finalice el año 2005. Esta acción requiere, fundamentalmente, la reorganización y coordinación de los recursos humanos de Atención Especializada.

Obj. 16

Reducir la incidencia de complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con Diabetes Mellitus.

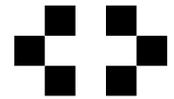
Actividades

- 16.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud promoverá desde el año 2004, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, la aplicación del control y tratamiento intensivo del paciente diabético;



haciendo especial énfasis en la mejora de los resultados del control de los niveles de glucosa y cifras de tensión arterial (nivel 1 de evidencia científica).

- 16.2. El Servicio Canario de la Salud, con el objeto de detectar y tratar precozmente las complicaciones visuales asociadas a la retinopatía diabética, implantará progresivamente, a partir de 2004, el programa de cribado de retinopatía diabética con imagen digital a través de la cámara de retina no-midriática, y la administración precoz de tratamiento con láser (nivel 1 de evidencia científica). La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ampliará progresivamente la cobertura de este programa, al objeto de que para el año 2007, alcance a todas las áreas de salud.
- 16.3. A lo largo de 2005-2006, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, potenciará las actividades de cribado de microalbuminuria entre los pacientes afectos de Diabetes Mellitus; al objeto de detectar precozmente el inicio de nefropatía diabética; y poder instaurar el tratamiento más costo-efectivo con inhibidores de la ECA; para retrasar la evolución de esta complicación (nivel 1 de evidencia científica).
- 16.4. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, potenciará las actividades de educación y cuidados del pie diabético, por parte de la enfermería en los equipos de Atención Primaria; al objeto de reducir la incidencia de lesiones que pudieran conducir a amputaciones (nivel 2 de evidencia científica).
- 16.5. El Servicio Canario de la Salud, a partir de la informatización en Atención Primaria y Atención Especializada dispondrá de instrumentos que servirán como sistemas de vigilancia epidemiológica de la diabetes. Este sistema de información permitirá llevar a cabo, progresivamente, la evaluación de resultados del



proceso asistencial a los pacientes diabéticos (nivel 1 de evidencia). Esta actividad estará coordinada entre la Dirección General de Programas Asistenciales y la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, y deberá haberse iniciado en el año 2004, para consolidarse hacia el 2007. La informatización en Atención Primaria de Salud precisa la dotación de 1500 equipos informáticos, la consolidación del desarrollo de las aplicaciones a utilizar y la garantía del funcionamiento de las redes de comunicación del Gobierno de Canarias.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Prevención primaria de la diabetes	Programa para modificar el comportamiento de los varones con sobrepeso y obesidad en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	Ahorro/AVG
	Consejo del médico generalista al grupo de adultos de alto riesgo como grupo diana en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	Ahorro/AVG
	Campañas en los medios con apoyo de la comunidad dirigido a la población en general (adultos con sobrepeso) en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	642/AVG
	Dieta intensiva y modificación de comportamiento a las mujeres con gestación diabética en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	1.440/AVG
	Dieta intensiva y cambio de conducta a todas las personas seriamente obesas y con mala tolerancia a la glucosa, en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	1.610/AVG
	Cirugía para obesidad severa en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	7.895/AVG
	Comparar tratamiento de obeso en diabéticos tipo 2 con un programa de ejercicio y dieta frente no programa ¹⁶⁹	16.169/AVAC
Cribado y tratamiento de la retinopatía diabética	Programa de cribado con la cámara no-midriática digital y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 ¹⁷⁰	1.027/AVAC
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 1 ¹⁷¹	2.108/AVAC
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 1 y 2 ¹⁷¹	2.963/AVAC
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 2 ¹⁷¹	3.279/AVAC

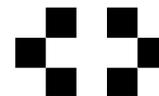
* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Intervalo de cribado cada 5 años para la retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado anual ¹⁷²	14.139/AVAC
	Intervalos de cribado cada 3 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ¹⁷²	25.399/AVAC
	Intervalo de cribado cada 2 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ¹⁷²	41.905/AVAC
Reducción de la progresión de la nefropatía	Tratamiento con inhibidor ECA para retrasar el progreso de la nefropatía frente a no tratamiento en pacientes diabéticos tipo 1 ^{173,174}	Ahorro/AVAC-Ahorro/AVG
	Control intensivo de hipertensión para diabéticos tipo 2 con inhibidor ECA frente a un control más moderado de la hipertensión (tratamiento con dieta y medicación pero sin inhibidor ECA) ^{175,176}	Ahorro/AVAC-938/AVG
	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, inhibidor ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 1 ¹⁷⁷	5.663/AVAC
	Tratar a todos los diabéticos a partir de 50 años de edad con nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 con el inhibidor ECA frente a pacientes cribados con microalbuminuria y tratamiento si son positivos ¹⁷⁸	6.324/AVAC
	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 2 ¹⁷⁷	13.004/AVAC
Insulinoterapia intensiva	Política de control intensivo (insulina) de glucosa frente a una política de control convencional de glucosa (principalmente dieta) ¹⁷⁹	1.520/AVG
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de microalbuminuria más inhibidor ECA, frente a tratamiento convencional de insulina, en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	4.472/AVG
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía y microalbuminuria más inhibidor ECA, frente a tratamiento convencional de insulina, en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	4.727/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Tratamiento intensivo sólo con insulina frente a tratamiento convencional en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	5.481/AVG
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	5.841/AVG
	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 2 frente al tratamiento estándar ¹⁸¹	15.480/AVAC
	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 1 frente al tratamiento estándar ¹⁸²	19.336/AVAC
	Control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 con tratamiento de insulina frente a tratamiento convencional ¹⁷⁵	35.062/AVAC
Reducción de la progresión de la neuropatía	Prevención intensiva (educación de los pacientes, cuidados del pie y calzado) en pacientes con riesgo o alto riesgo de úlcera del pie y amputación frente a no programa ¹⁸³	5.004/AVAC
Cribado de nefropatía diabética	Doble tira reactiva pre-cribado de una muestra de orina con la inmunoturbidimetría para resultados positivos frente al cribado tradicional de la microalbuminuria utilizando la prueba de laboratorio ¹⁸⁴	9.275/AVAC
	Programa de cribado y rápido tratamiento con inhibidor ECA para la nefropatía frente a no cribado en pacientes tipo 1 ¹⁸⁵	11.944/AVG
	Cribado de la microalbuminuria y tratamiento con un inhibidor ECA si es positivo frente a no cribado ¹⁸⁶	28.667/AVAC
Cribado de la diabetes	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez para personas entre los 25 y 34 años de edad frente a no cribado y tratamiento ¹⁸⁷	11.397/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



18. Salud mental

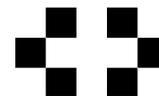
Introducción

El primer Plan de Salud de Canarias sirvió de base y punto de arranque para el desarrollo de la reforma de la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental. Esta segunda edición del Plan de Salud, en su extensión hasta el año 2008, incorpora aquellas actuaciones necesarias para avanzar en la consolidación de la reforma que no han podido ser ejecutadas hasta ahora. Se hace necesario culminar la transformación de las antiguas estructuras y procedimientos de atención sanitaria, social, educativas, judiciales y penitenciarias, para proporcionar la atención apropiada a la salud mental y, en particular, a los colectivos emergentes como población infantil y juvenil, personas con trastornos profundos del desarrollo, o con trastornos de la conducta alimentaria, y personas con enfermedad mental de larga evolución. En esta misma línea habrán de desarrollarse los recursos sociosanitarios para la atención de enfermos mentales con patologías de larga duración. Por estas razones, las acciones incluidas en este apartado del Plan de Salud difieren tanto en la orientación, contenidos y formulación, de aquellas otras actuaciones a desarrollar sobre la cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, etc.; dado que, a diferencia de estos últimos problemas de salud que cuentan con una estructura sanitaria específica, la salud mental se encuentra todavía en la fase de desarrollo de estructuras asistenciales propias.

El conjunto de actuaciones con las que se compromete el Gobierno de Canarias para mejorar los niveles de salud mental, se articulan para alcanzar los siguientes objetivos generales.

OBJETIVOS GENERALES

- Actualizar la red de dispositivos asistenciales para atención a la salud mental.
- Mejorar la atención a la salud mental a grupos específicos mediante programas para la atención en salud mental de la población infantil y juvenil.
- Mejorar la atención específica mediante programas para la atención sociosanitaria de personas con enfermedad mental de larga duración.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 17

Actualización de los dispositivos asistenciales existentes

Actividades

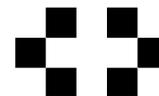
- 17.1. El personal de salud mental colaborará en la elaboración de los programas preventivos que se propongan tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada
- 17.2. A lo largo del presente plan se producirá la implantación del Registro Acumulativo de casos Psiquiátricos (RACP) en las áreas sanitarias de Canarias, que permitirá disponer de una información imprescindible sobre la evolución de los pacientes y la utilización de los recursos, herramienta estratégica para una adecuada gestión clínica de los recursos existentes, permitiendo una monitorización continua de los mismos y el desarrollo de programas preventivos específicos. La ejecución de este objetivo exige la incorporación de cinco auxiliares administrativos a distribuir entre los hospitales de Gran Canaria (2) y Tenerife (3), más el apoyo de otros tres auxiliares en las áreas de salud de La Palma, Fuerteventura y Lanzarote.

Obj. 18

Atención específica a la población infantil y juvenil

Actividades

- 18.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará y aplicará instrumentos, de efectividad demostrada, para la detección precoz de problemas de salud mental en población infantil y juvenil contando con la colaboración del personal de salud mental.



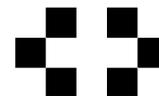
18.2. El personal de Salud mental participará activamente con otras instituciones en la aplicación de programas para prevenir problemas de salud mental en grupos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los niños maltratados, con SIDA, niños sujetos a medidas de protección, hijos de madre / padre con enfermedad mental grave, niños con enfermedades crónicas (trastornos profundos del desarrollo), hijos de padres toxicómanos, niños sujetos a medidas judiciales, emigrantes, niños con deficiencia mental o con trastornos de la conducta alimentaria.

Obi. 19

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración

Actividades

- 19.1. El personal de los servicios de Salud mental, potenciará su participación en el desarrollo de los programas de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para enfermos mentales crónicos (PIRP), que se propongan desde los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (CIRPAC), para personas con enfermedad mental crónica, en coordinación con la Atención Primaria.
- 19.2. El personal de Salud mental participará activamente en los programas (en el contexto de los PIRP), con otras instituciones para prevenir problemas de aislamiento y deterioro en grupos de enfermos mentales crónicos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los que viven solos ó con familiares muy mayores.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 20

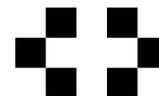
Actualización de los dispositivos asistenciales existentes

Actividades

20.1 A lo largo del presente Plan se continuarán desarrollando los recursos rehabilitadores hospitalarios sanitarios (URAs), que reemplazarán a las antiguas áreas de crónicos de los hospitales psiquiátricos. Los dispositivos que se detallan a continuación se ajustarán de manera dinámica en relación a las necesidades cambiantes de la población en cada área de salud.

- El Plan funcional de la URA de Tenerife contempla 110 plazas en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife.
- El Plan Funcional de la URA en Gran Canaria contempla 120 plazas en el Hospital Militar de Las Palmas.
- Las URAs incluirán entre sus plazas una zona de mayor apoyo sanitario, que representará un 25% de las camas, para enfermos en los que haya remitido la fase aguda (en la UIB del Hospital General), pero precisen una estancia intermedia, entre las de Agudos en los hospitales generales y las de URA; son enfermos que se beneficiarán más de cuidados rehabilitadores que de los estrictamente de contención, propios de las Unidades de Agudos.

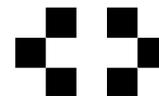
20.2. Durante la vigencia del presente Plan se aumentará el número de camas de agudos en hospitales generales, paralelamente al cierre de las camas de agudos en los hospitales psiquiátricos en Canarias; que se transformarán, progresivamente, en centros rehabilitadores para enfermos crónicos. Para ello se mejorarán las plantillas de las UIB de Fuerteventura, La Palma y Lanzarote, al objeto de aumentar un 20% su número actual de camas. Entre 2005 y 2007, se incorporarán 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería en los hospitales de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura.



20.3. Se mejorará, progresivamente, la dotación de personal en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), fundamentalmente dirigida a incrementar personal en las zonas que han tenido importantes crecimientos demográficos, psiquiatras, psicólogos y especialmente personal de enfermería (enfermera y auxiliar) para los programas de seguimiento de los pacientes en la comunidad, apoyando los Programas de Rehabilitación Comunitaria (PIRP), especialmente en las áreas de salud en las que estos recursos están menos desarrollados. Los recursos humanos requeridos son; en el *Hospital Universitario Materno Insular: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 3 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo; en el H. Universitario NS Candelaria, 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 enfermera y 5 auxiliares de enfermería; en el Consorcio Hospitalario de Tenerife: 3 auxiliares de enfermería; en el H. General de Lanzarote: 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo; en el H. General de La Palma: 1 psiquiatra y 2 auxiliares administrativos; en el H. General de Fuerteventura: 1 psiquiatra y 2 auxiliares administrativos; en el H.General de La Gomera y en el del Hierro, se incrementará el número de visitas**.

La actividad del trabajador social sólo se lleva a cabo, con dedicación exclusiva, en las áreas de Gran Canaria y Lanzarote. Ante su incuestionable necesidad resulta imprescindible, para garantizar sus funciones, la existencia de programas y protocolos específicos en Atención Primaria que garanticen la atención de los problemas de salud mental desde esta categoría profesional, así como asegurar la cobertura de Trabajo Social en el 100% de las zonas de salud. La ejecución de esta acción requiere incrementar en 8 los recursos humanos de trabajo social en Atención Primaria de Salud; distribuyéndose cronológicamente de la siguiente manera: 2 en 2005, 3 en 2006 y 3 en 2007.

* Se estudia la posibilidad de disponer de recursos presenciales fijos



20.4. A lo largo del presente Plan se potenciará la actividad de Psiquiatría de enlace en el ámbito hospitalario, para dar respuesta a las necesidades de los colectivos emergentes de riesgo, haciendo especial énfasis en las nuevas prestaciones de servicio a la dependencia tabáquica, rehabilitación cardíaca y apoyo psicosocial a los pacientes oncológicos y a sus familiares; así como a la población infantil y juvenil hospitalizados por trastornos mentales en los servicios de Pediatría. Para la ejecución de esta acción se incorporarán 11 psicólogos clínicos que se distribuirán del siguiente modo entre las diferentes áreas de salud y anualidades: en el 2005 se dotará a cada uno de los hospitales de referencia (Gran Canaria y Tenerife) con 2 psicólogos; posteriormente, entre 2006 y 2007, en cada uno de los hospitales insulares de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura, se incorporará 1 psicólogo clínico. Además, se incorporará una enfermera en Gran Canaria y otra en Tenerife.

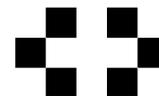
20.5. A lo largo del presente Plan, se impulsarán las nuevas tecnologías en el campo de las telecomunicaciones, incorporando nuevas áreas de salud al proyecto de telepsiquiatría, (asistencial, educativa, administrativa, etc.) siempre como complemento a la atención directa y con el objetivo de mejorar la accesibilidad y equidad, sobre todo en la población de las islas más alejadas.

Obj. 21

Atención específica a la población infantil y juvenil

Actividades

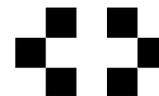
21.1. Durante el período de vigencia del Plan se pondrá en marcha el programa de atención a la salud mental infantil y juvenil en todas las áreas de la Comunidad Autónoma. Para ello se garantizará que en cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), exista al menos un responsable del programa, con dedicación exclusiva a la atención de niños y adolescentes (0-18 años), que garantice el desarrollo del



mismo, y que cumpla un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad, así como con el equipo de coordinación del programa, que estará ubicado en el hospital de día de referencia. La ejecución de este objetivo requiere de 15 psiquiatras / psicólogos o pediatras con formación específica en patología mental infantil; que se distribuirán entre las USMC de la red hospitalaria pública en Canarias. La incorporación de estos profesionales se llevará a cabo de manera progresiva desde 2005 al 2007: 4 en el Área de Salud de Tenerife, 8 en Gran Canaria, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.

21.2. Durante el período de vigencia del Plan, se pondrán en marcha dos hospitales de día, uno en Tenerife y otro en Gran Canaria, para atender a la población infantil y juvenil con problemas graves de salud mental. Éstos serán dispositivos de referencia provincial. Este tipo de dispositivo precisa de un soporte psicopedagógico, que conformaría la subunidad educativa, y que aportaría mediante convenio de colaboración la Consejería de Educación. En cuanto a las funciones a desarrollar, el Hospital de Día es un dispositivo de asistencia secundaria, formando parte de la Red de Salud Mental. Sus funciones serán:

- a) Albergar el Equipo de Coordinación del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil, situados en un nivel terciario de atención.
- b) Atender a los pacientes, derivados de las unidades de salud mental comunitarias, bien directamente o después de una estancia en la U.I.B. del Hospital General, o en la planta de Hospitalización Pediátrica, y que presenten patologías que, por su complejidad o cronicidad, no puedan ser atendidas en régimen ambulatorio.
- c) La dotación final de cada uno de los hospitales de día requerirá: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, 1 celador, 1 administrativo, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional y 1 monitor ocupacional. Estos recursos se irán asignando desde 2003 hasta 2008.



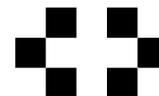
21.3. Se garantizará en todos los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales de Canarias, la existencia de camas con las condiciones adecuadas para la hospitalización de menores de 14 años con problemas graves de salud mental. Las necesidades de ingreso por trastorno mental en el grupo de 15 a 17 años se resolverán según las características de cada caso en los servicios de Pediatría o de Psiquiatría.

Obj. 22

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración

Actividades

22.1. A lo largo del presente plan se desarrollarán de forma equitativa y homogénea en todo el territorio canario los recursos sociosanitarios que permitan la adecuada atención de aquellas personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración. En dicho desarrollo, se respetarán las especificidades que por razones de la historia de los actuales recursos existentes, el grado y ritmo de implementación de otros recursos complementarios, u otras suficientemente justificadas, pudieran exigir ajustes en cada isla, siempre sometidas al acuerdo del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para personas con enfermedad mental de larga duración (CIRPAC) correspondiente y con la aprobación de todas las partes representadas en la Comisión Asesora de Salud Mental, garantizando siempre una asignación financiera que asegure un reparto proporcional a la población de todos los recursos. Todo ello en el contexto del Programa de Atención Sociosanitaria “Área de Discapacitados”, ya aprobado por el Gobierno de Canarias, y que incorpora gran parte de los dispositivos sociosanitarios de los PIRP (Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para pacientes con enfermedad mental de larga duración) de cada área sanitaria. Es necesario

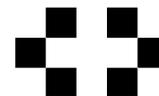


contemplar y desarrollar el área de empleo, para este tipo de usuario con discapacidad, que sólo ha quedado esbozada en los planes anteriormente citados.

Los dispositivos sociosanitarios irán dirigidos a personas entre 16 y 64 años, ya que a partir de los 65 serán subsidiarios del Programa de Atención Sociosanitaria “Área de Mayores”, sin que su condición de enfermo mental sea motivo de exclusión de dicho programa. Para los menores, en situación de riesgo social, deberán dotarse y desarrollarse los planes y programas para la atención y asistencia a este segmento de edad, con la participación de la D.G. del Menor y la Familia, la Consejería de Educación y el SCS, entre otros.

Los dispositivos sociosanitarios estarán diferenciados según tres tipos:

- a) Los llamados actualmente centros de día para enfermos mentales, que tienen un importante componente de Rehabilitación Psicosocial, se corresponden con los llamados, desde los Servicios Sociales, Centros Ocupacionales. Podrían llamarse Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) para enfermos mentales, que es como se denominan en otras CCAA. Tienen claramente un componente sanitario, pero también social. Sus necesidades se estiman en unas 40 plazas por 100.000 personas entre 16 y 64 años. Se define como centro de día a aquél recurso comunitario del espacio sociosanitario en el que se desarrollan programas estructurados de rehabilitación, que han demostrado su eficacia científica, orientados a lograr el máximo desarrollo factible de autonomía personal y el mayor grado posible de integración socio-familiar, en aquellos usuarios cuyas necesidades desborden las actuaciones de las USMC.



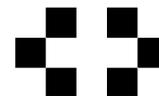
b) Recursos para alojamiento alternativo al domicilio propio o familiar. Es un recurso básicamente social. Si existe un desarrollo adecuado y suficiente de los recursos sanitarios de apoyo en la comunidad, sus necesidades se estiman en unas 50 plazas por 100.000 personas entre 16 y 64 años. Se distribuyen en un abanico de posibilidades que deberían adaptarse estrictamente a cada territorio, pero que se podrían distribuir como sigue:

- Alojamiento tutelado (pisos asistidos y pensiones): 30 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.
- Mini-residencias: 20 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.

Se define como piso tutelado a aquel recurso residencial del espacio sociosanitario, donde viven un número reducido de personas con discapacidad por enfermedad mental de larga duración, destinado a personas que requieren cierta supervisión en su desenvolvimiento personal y en el manejo de su vida diaria, pero que conservan un nivel de autonomía que les permite responsabilizarse de tareas domésticas y convivir en un mismo hogar con otros usuarios. Su objeto es desarrollar en la comunidad las siguientes prestaciones:

- o vivienda normalizada compartida, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- o mejora de la autonomía personal.
- o potenciación de las habilidades sociales.
- o apoyo de la normalización y la integración social.

Se define como plazas tuteladas en pensión para enfermos mentales a aquel recurso residencial del espacio sociosanitario destinado a personas con discapacidad por enfermedad mental de larga duración, que sólo requieren un cierto grado de supervisión en su desenvolvimiento personal y en el manejo de su vida diaria, pero que por sus características personales no se benefician de la convivencia



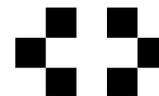
con otras personas en un piso tutelado. Su objeto es desarrollar en la comunidad las siguientes prestaciones:

- alojamiento y manutención concertada a cargo de terceros, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- mejora de la autonomía personal.
- potenciación de las habilidades sociales.
- apoyo de la normalización y la integración social.

Se define como mini-residencia para enfermos mentales a aquel recurso residencial del espacio sociosanitario, multifuncional y flexible, destinado a personas que no disponen de suficiente autonomía en su desenvolvimiento personal y en el control efectivo de su vida diaria. Su objeto es desarrollar en la comunidad las siguientes prestaciones:

- cobertura continuada (24 horas) de necesidades básicas de residencia, manutención y cuidado personal
- mejora de la autonomía personal
- evitación de la marginación y la institucionalización
- apoyo de la normalización y la integración social

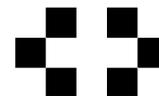
- c) Un Plan de Acceso al Empleo, para personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración, resulta imprescindible para el adecuado desarrollo de los PIRP. Se trata de recursos complementarios de los anteriores, pero que son en gran parte la razón de ser de los propios PIRP; deben estar estrechamente relacionados con los centros de día, se distribuyen igual que en el caso anterior en un abanico de posibilidades que varía en cuanto a nomenclatura, pero no en su finalidad. Exige la colaboración inexcusable de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Sus necesidades están cifradas en 50 plazas de oferta de empleo por 100.000 personas entre 18 y 64 años.



22.2. Además de los tres tipos de dispositivos, antes citados, en los que están implicados diferentes administraciones, existen importantes diferencias, entre áreas de salud, en una serie de dispositivos fundamentalmente sanitarios que sólo están recogidos en el PIRP de Tenerife, por haberse entendido en el resto de los CIRPAC que son de implicación estrictamente sanitaria. En las áreas de salud restantes, la respuesta asistencial a los enfermos mentales crónicos se ha canalizado a través de la potenciación de otros tipos de dispositivos. Los recursos desarrollados por el PIRP de Tenerife, son:

- a) Las unidades de noche, se estima su necesidad en unas 10 plazas por cada 350.000 habitantes. Recurso transitorio vinculado a las URAS.
- b) Las unidades móviles, una por cada 350.000 personas. Son equipos de intervención comunitaria para personas con enfermedad mental que no acuden sistemáticamente a los recursos, con importante riesgo para su salud y la de sus familiares y vecinos.
- c) Las comunidades terapéuticas, con unos ratios similares a los de las URAS, concebidas para atender las necesidades de personas que no se ajustan a los recursos anteriores, todavía insuficientes y en algunos casos inexistentes.

22.3. Hasta no disponer de las fórmulas jurídicas que permitan su estabilización por medio de convenios plurianuales, continuar con el programa de subvenciones a las ONGs de enfermos mentales, con alrededor de 150.250 euros, destinados a potenciar su participación e implicación en los recursos de apoyo comunitario, talleres, pisos protegidos etc., y distribuidos proporcionalmente entre las 13 asociaciones existentes con este tipo de actividad y distribuidas por todo el archipiélago; en la actualidad su participación es cada vez más directa a través de los PIRP (Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario).



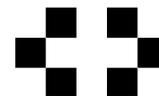
19. Seguridad Vial y Laboral

Introducción

La Prevención es una actividad de base cultural y, por lo tanto, afecta a modos y a todas las dimensiones de la vida, costumbres, conocimientos y grados de desarrollo de una comunidad. Con relación a los accidentes, la prevención es la única alternativa disponible, independientemente de que se trate de un accidente de tráfico, de un accidente domiciliario o de un accidente laboral. Por ello el Gobierno de Canarias se compromete a desarrollar y a velar por la aplicación de esta Cultura de la Prevención en todas las Instituciones tanto públicas como privadas de nuestra Comunidad desde la cooperación y el trabajo en equipo, asumiendo el compromiso público con la calidad de la prevención.

Las propuestas contenidas en este Plan de Salud sobre Seguridad Vial contribuyen a la búsqueda de soluciones coordinadas con las Jefaturas Provinciales de Tráfico de nuestra Comunidad así como con otras instituciones públicas y privadas canarias para hacer frente a la siniestralidad de tráfico en la Comunidad Autónoma Canaria. En el resto de comunidades autónomas, sin embargo, ya se ha acometido la elaboración de planes de seguridad vial y se mejora en la compleja coordinación de competencias en un área en la que las responsabilidades están tan compartidas.

Este Plan de Salud, por otro lado, establece sinergias intensas con el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Canarias a lo largo del periodo 2004-2007, período en el que ambos coinciden. En los aspectos formativos este Plan de Salud se concreta en el Plan de Reducción de la Siniestralidad Laboral 2005-2008 incluido dentro de la renovación de los Cuartos Acuerdos de Concertación Social de Canarias 2005-2008. El éxito de estas medidas de actuación requiere la ejecución paralela de otras medidas de acompañamiento centradas en la formación de los trabajadores y empresarios así como en las mejoras de la información disponible relacionada con la seguridad y salud en el trabajo, explicitadas en estos acuerdos que se citan. Por esta razón, se recoge una agenda de formación y otra de investigación específica sobre la materia. Estas agendas se incluyen en el apartado de "Condiciones necesarias para la consolidación del Plan de Salud de Canarias".



OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD VIAL

- Reducción de la siniestralidad por accidentes de tráfico en Canarias
- Reducción de la mortalidad y morbilidad crónica (secuelas) derivada de los accidentes de tráfico.
- Mejora de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias sobre seguridad vial.

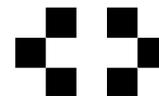
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 23

Detectar y reducir puntos negros y tramos de concentración de accidentes, mediante la mejora de las condiciones de las vías de circulación

Actividades

- 23.1. Para reducir el riesgo de invasión del sentido contrario y salida de la calzada de los vehículos, se incrementará, en las carreteras, la utilización de sistemas de contención de vehículos.
- 23.2. Mejorar la señalización en carreteras, incrementando la presencia de paneles variables, ubicados adecuadamente y con una selección de mensajes apropiada y concisa (simplificar mensajes con pictogramas). Además, deberá garantizarse el posterior mantenimiento de los sistemas de vigilancia, alerta e información.
- 23.3. Para mejorar la seguridad en los túneles habrá de seleccionarse el tipo de señalización más adecuada y disponer de barreras previas para reducir las consecuencias de los accidentes en el interior de los túneles.



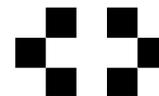
- 23.4. Para reducir la incidencia de los atropellos en áreas urbanas, se incorporarán semáforos de travesía en municipios y áreas específicas de riesgo en núcleos urbanos. Otras medidas de efectividad demostrada en zonas escolares, son los caminos escolares y las zonas 30.
- 23.5. Reglamentar la publicidad en los núcleos urbanos y especialmente en lugares de alta conflictividad.
- 23.6. Regular el transporte de mercancías peligrosas y vehículos pesados (túneles, urbes), tanto en términos de creación de vías accesorias como horarios específicos.
- 23.7. Mejorar la iluminación en pasos de peatones.
- 23.8. El sistema de comunicación y alerta sobre obstáculos en la carretera, se canalizará vía teléfono 112
- 23.9. Para mejorar la seguridad de los peatones y ciclistas en carretera, se fomentará la creación de senderos peatonales y “carriles bicis” en los laterales de las carreteras.

Obj. 24

Reducción de los riesgos propios del vehículo

Actividades

- 24.1. Enfatizar la importancia de los mecanismos de seguridad y neumáticos a través de campañas informativas y de manera oportunista en las Inspecciones Técnicas de Vehículos.
- 24.2. Mejorar la coordinación entre la Dirección General de Industria y los Ayuntamientos para revisar los vehículos que han sufrido accidentes, en cumplimiento del decreto 2042/94 que regula la ITV.



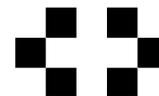
24.3. Para reducir el riesgo asociado a los vehículos de gran volumen y/o peso se llevarán a cabo inspecciones técnicas en carretera de los vehículos industriales y de transporte colectivo.

Obj. 25

Reducción de los riesgos propios del conductor y del peatón

Actividades

- 25.1. El Servicio Canario de Salud deberá informar, a través de la actuación profesional (médicos y de enfermería) sobre las situaciones que comportan riesgo para la seguridad vial: enfermedades, tratamientos, etc.
- 25.2. El Servicio Canario de Salud promoverá la inclusión, en los informes de alta médica hospitalaria, el consejo sobre restricción de conducción y otras actividades potencialmente peligrosas, vinculadas al padecimiento o convalecencia por determinadas enfermedades y realización de tratamientos farmacológicos.
- 25.3. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud informará a la sociedad sobre el riesgo de accidentes asociados a patologías concretas: Síndrome de Apnea del Sueño
- 25.4. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud promoverá la utilización de alcoholímetros voluntariamente.
- 25.5. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud campañas informativas permanentes, difundidas a través de los diferentes medios de comunicación, sobre: grupos de edad (jóvenes, mayores); utilización de elementos de protección (casco, cinturón); riesgos asociados al consumo de sustancias como el alcohol y las drogas; utilización del teléfono móvil durante la conducción; estado de conservación de neumáticos; precauciones y riesgos de la conducción en bicicleta en carretera; entre otros. Habría



que destacar entre todas las posibles, las correspondientes al uso del casco por parte de motoristas y ciclistas, los sistemas de sujeción de niños en el coche, y la mayor presencia del soporte humano (guardias o voluntarios) para ayudar a cruzar las calles a niños en áreas escolares.

25.6. Para reducir los atropellos en carretera se promoverá el uso, por parte de los peatones, del chaleco de alta visibilidad con cintas reflectantes.

Obj. 26

Mejorar el respeto y cumplimiento de los límites de velocidad establecidos en carretera y vía urbana

Actividades

26.1. A partir de la aprobación de éste plan se intensificará la vigilancia del cumplimiento de los límites de velocidad en la conducción en carretera y en área urbana, por medio de un incremento de la presencia policial en la carretera y/o mediante el uso complementario de otros tipos de señales de alerta.

26.2. Las instituciones relacionadas con la seguridad vial deberán llevar a cabo actuaciones para sensibilizar al sector judicial en la intensificación de las penas asociadas a la siniestralidad vial.

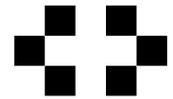
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 27

Mejorar, de manera continua, la efectividad de los sistemas de emergencia frente al accidente

Actividades

Mejorar el acceso al sistema de emergencias, mediante:



27.1 Actividades de difusión pública del teléfono único de u

27.2 rgencias 112.

27.2 Mejorar la identificación de los teléfonos SOS con una correcta señalización.

27.3 Mejorar la cobertura telefónica móvil en toda la red de carreteras, especialmente en las rutas más desfavorecidas y en todos los túneles de la red viaria.

Facilitar el acceso de los recursos de emergencias al lugar del incidente:

27.4 Evitando que en las vías de nueva construcción existan tendidos de cable que las crucen (eléctricos, telefónicos, etc.).

27.5 Suprimir, progresivamente, los tendidos de cables que cruzan las vías de mayor tráfico o de alta siniestralidad.

27.6 Habilitar helisuperficies y favorecer la construcción de superficies polivalentes que puedan, en caso de necesidad, servir de helisuperficie (parques de seguridad vial, miradores turísticos, etc.), especialmente en lugares poco accesibles.

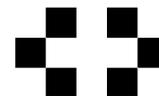
Obj. 28

Mejora de la efectividad de la respuesta asistencial de los servicios sanitarios frente al accidente grave (politraumatizado)

Actividades

Incrementando la oferta de servicios mediante la:

28.1 Realización de determinaciones sanguíneas para detectar presencia de alcohol u otras drogas, por parte del Servicio Canario de la Salud.



28.2 Prestación de soporte a las familias en las crisis, por parte del Servicio Canario de la Salud.

28.3 Incorporación de desfibriladores semiautomáticos en los dispositivos de transporte del servicio de Urgencias canario.

OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

- Reducción de la siniestralidad asociada a la actividad laboral en Canarias.
- Difusión de una cultura preventiva en el seno de la sociedad canaria.
- Consolidación de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias sobre seguridad y salud en el trabajo.

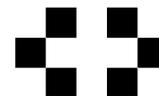
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obi. 29

Incrementar los niveles de alerta en la población sobre la importancia y el carácter evitable de la siniestralidad laboral

Actividades

29.1. Las actividades de información y sensibilización se desarrollarán durante cada ejercicio del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Canarias, desde 2003 a 2007, mediante las siguientes fórmulas: programas y anuncios informativos en las cadenas de televisión, cuñas de radio y anuncios en medios informativos escritos y folletos informativos que promuevan la adopción de conductas preventivas en el conjunto de la población y, en especial, entre la población trabajadora.



29.2. Elaboración y edición de guías preventivas adaptadas a las actividades laborales de mayor siniestralidad.

Obj. 30

Estimular e incentivar la responsabilidad de los empresarios en la prevención de riesgos laborales

Actividades

30.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las empresas para contribuir a la sustitución de maquinaria y sistemas de trabajo obsoletos e inseguros presentes en Canarias. Se concederá prioridad al sector de la construcción. Esta actividad se iniciará desde el 2004.

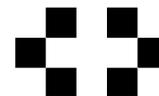
30.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las confederaciones empresariales y organizaciones sindicales para el desarrollo de proyectos y actuaciones de mejora de la seguridad laboral para reducir la siniestralidad de los trabajadores. Esta actividad se iniciará desde el 2004 y se prolongará anualmente hasta el 2008.

Obj. 31

Ejecutar actuaciones planificadas específicamente sobre las actividades profesionales de mayor riesgo y siniestralidad

Actividades

31.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará, durante el período 2004-2008, un plan específico de actuación en el sector de la construcción. Para ello, constituirá la mesa de trabajo de la



construcción, al objeto de garantizar el seguimiento de la implantación de los planes de seguridad en las obras de construcción.

31.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará un plan específico de actuación en el sector agrario, durante el periodo 2004-2008. Para ello llevará a cabo, previamente, el análisis y estudio de las condiciones de trabajo en el sector agrícola. Se concederá especial importancia a la detección de la exposición, aguda y crónica relacionada con el uso de productos fitosanitarios. A tal fin la administración sanitaria llevará a cabo el seguimiento y tratamiento de los casos.

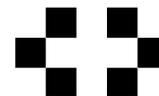
31.3. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará entre 2004-2008 un plan de actuación en los establecimientos turísticos alojativos al amparo del Decreto 20/2003 de 10 de Febrero sobre seguridad y protección contra incendios en estos establecimientos. Tiene por objeto la verificación del cumplimiento de las condiciones de seguridad y protección contra incendios establecidos en las disposiciones vigentes sobre la materia.

Obj. 32

Mejora de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias en seguridad y salud en el trabajo

Actividades

Para afrontar con las mejores garantías de éxito la ejecución de las actuaciones requeridas para una más eficaz protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, se requiere una coordinación efectiva y eficiente entre diferentes departamentos del Gobierno de Canarias con competencias sobre la materia, fundamentalmente de las administraciones públicas canarias competentes en materia de trabajo, de sanidad y de industria. En el marco de dicha coordinación, la administración competente

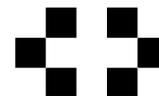


en materia de trabajo velará, en particular, para que la información obtenida por la Inspección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el ejercicio de sus competencias, sea puesta en conocimiento de las administraciones sanitaria y de industria, a los fines previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Industria.

La coordinación administrativa indicada se deberá referir, al menos, a la elaboración de normas preventivas, al control de su cumplimiento por medio de los servicios de inspección, a la promoción de la prevención, a la investigación y a la vigilancia epidemiológica sobre riesgos laborales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Entre las actuaciones a corto plazo, para mejorar la coordinación interadministrativa, a desarrollar a partir de la aprobación de este Plan, se incluirán:

- 32.1. Mejora de la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales calificados como graves, muy graves y mortales.
- 32.2. Mejora del control de la gestión preventiva de las empresas de mayor siniestralidad.
- 32.3. Intensificación del control del cumplimiento de las condiciones de acreditación de los servicios de Prevención Ajenos, acreditados para actuar como tales en Canarias.
- 32.4. Mejora del control de las empresas obligadas a constituir servicios de Prevención Propios, y que no dispongan de tales servicios.
- 32.5. Unificación de los criterios técnicos a utilizar para la realización de las evaluaciones de riesgos, la planificación preventiva y la formación por los servicios de Prevención.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 33

Mejorar la efectividad de los servicios de Vigilancia de la salud

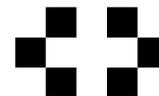
Actividades

- 33.1. A lo largo del periodo de vigencia de este plan, la autoridad laboral en el Gobierno de Canarias, potenciará la incorporación de la especialidad de Vigilancia de la salud a través de los servicios de Prevención propios, mancomunados y ajenos. En cada caso, la autoridad competente deberá exigir la calidad de las actuaciones de los servicios de Prevención mediante un riguroso seguimiento de sus actuaciones y sobre la calidad con la que las desarrolla. La autoridad sanitaria deberá comprobar que los recursos para la vigilancia de la salud estén correctamente dimensionados y estructurados en función de objetivos de prevención evaluables.
- 33.2. Durante el periodo 2004-2005 el Servicio Canario de la Salud elaborará la relación de variables de mayor importancia para mejorar el grado de conocimiento sobre la salud laboral, al objeto de su incorporación y registro en la historia clínica, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Posteriormente este set mínimo de datos se incorporará al proceso de informatización de la historia clínica.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Reducir alcoholismo	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a no hacer nada ¹⁸⁸	418/AVG
	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte mínimo ¹⁸⁸	792/AVG
	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte máximo ¹⁸⁸	1.213/AVG
Educación vial	Programa de educación de seguridad en carretera frente a no programa en población general ¹⁸⁹	489/AVAC
Unidades para politraumatizados	Un sistema ideal de 8 centros de trauma para heridos severos frente a los cuidados actuales ¹⁹⁰	1.756/AVAC
Evacuación urgente	Helicóptero para servicios médicos de emergencia para pacientes traumáticos frente a no hacer nada ¹⁹¹	2.067/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



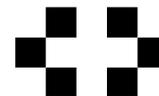
20. Envejecimiento

Introducción

La sociedad canaria es una sociedad que ha comenzado a envejecer bruscamente, fundamentalmente en relación a la intensa reducción de la natalidad que se inició en Canarias hace ya, aproximadamente, diez años. A este estrechamiento “por la base” de la pirámide poblacional clásica, se une un continuo crecimiento de la esperanza de vida en la población. Este incremento de la población de más de 65 años y, en especial, el crecimiento más acentuado del sector de población de más de 80 años, se produce tanto en términos absolutos como relativos. Este sector poblacional en crecimiento concentra, además, las tasas más altas de comorbilidad, por lo que demanda servicios sanitarios (preventivos y asistenciales) y sociosanitarios que aún están insuficientemente desarrollados en Canarias, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa.

Además, el compromiso del Sistema Nacional de Salud con la mejora de la equidad, junto con la necesidad que tiene el Servicio Canario de la Salud de mejorar su propia eficiencia; ha llevado al Gobierno de Canarias, a través de este Plan de Salud, a establecer una selección de nuevas actuaciones, efectivas y costo-efectivas, dirigidas a mejorar la oferta de servicios sanitarios, así como los niveles de salud, autonomía y de calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores. Es importante señalar que el conjunto de actuaciones que se incluyen en este apartado, si bien se concentran en el impulso a los servicios sanitarios para los mayores, se garantiza la adecuada conexión con la planificación del espacio sociosanitario.

El objeto del Plan de Salud y del Plan Sociosanitario de Canarias es la ampliación y la diversificación de la oferta de servicios para las personas mayores, para adaptar la oferta a los diferentes niveles de necesidades.



OBJETIVOS GENERALES

- Aumentar la expectativa de vida de las personas mayores, libre de enfermedad e incapacidad.
- Favorecer la permanencia de las personas mayores en su domicilio y/o entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.
- Mejorar la oferta y la calidad en la provisión de servicios sanitarios a las personas mayores.
- Mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios ofertados a la población; adecuando necesidad y oferta.

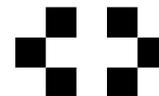
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 34

Impulsar las actividades de promoción de la salud en la población de más de 65 años, para afrontar el envejecimiento en condiciones más saludables y retrasar la morbilidad que genera incapacidad y pérdida de autonomía y de calidad de vida relacionada con la salud.

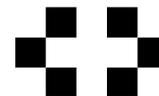
Actividades

34.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter periódico, el Servicio Canario de la Salud promoverá la práctica de actividad física por parte de las personas mayores, mediante mensajes informativos y promocionales a través de los medios de comunicación de masas, programas de actuación municipales y, de modo sistemático, desde los centros de servicios sociales y la consulta de enfermería en Atención Primaria de Salud. Esta actividad contribuye tanto a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud como a la supervivencia. La práctica de actividad física se ha constituido en un factor de protección de incapacidad y mortalidad en este grupo de población (nivel 1 de evidencia científica). Esta



actuación, que será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, requiere, para mejorar su impacto, además de la colaboración entre las administraciones insulares y municipales y el Servicio Canario de la Salud. Para ello, se establecerán recomendaciones, científicamente contrastadas, para cada grupo de edad.

- 34.2. Mejora del grado de ejecución de las medidas de promoción y prevención de la salud (alimentación saludable y abandono del consumo de tabaco, entre otras), incluidas en el Programa Marco de Atención de las Personas Mayores de Atención Primaria, dirigidas a las personas mayores. Los equipos de Atención Primaria, y de manera especial, los profesionales de enfermería, intensificarán los esfuerzos destinados a identificar precozmente la incapacidad en las actividades instrumentales de la vida diaria, para intervenir sobre sus causas y evitar, de esta forma, el progreso de la incapacidad hacia la dependencia (nivel de evidencia 1).
- 34.3. Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico (guías de práctica clínica) en las personas mayores, al objeto de mejorar la selección y uso apropiado de estos medicamentos, tanto en Atención Primaria de Salud como en Atención Especializada. Se hará especial énfasis en los fármacos asociados más intensamente a reacciones adversas graves en este grupo de edad (analgésico-antiinflamatorios, hipnóticos, sedantes, y antipsicóticos, entre otros) (nivel de evidencia 1). Esta actividad será impulsada, a partir de 2005, desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

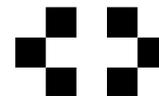
Obj. 35

Retrasar la progresión de la enfermedad, la hospitalización y la pérdida de autonomía de las personas mayores, favoreciendo la permanencia en el domicilio y/o entorno habitual; mediante la mejora de la oferta de servicios desde Atención Primaria de Salud, orientada tanto a las personas mayores de riesgo como a los enfermos.

El conjunto de actuaciones que se exponen a continuación habrán de entenderse como acciones complementarias coordinadas desde el equipo de Atención Primaria y, en particular, por parte del médico de familia y de la enfermera, responsables de la gestión de los problemas de salud de cada persona.

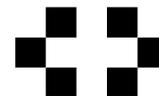
Actividades

- 35.1. Antes de finalizar el 2004, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud finalizará la implantación del Programa Marco de Atención a las Personas Mayores en el 100% de los equipos de Atención Primaria de Salud (nivel de evidencia 1).
- 35.2. Antes de finalizar el año 2005 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud deberá haber coordinado la elaboración de un catálogo de pruebas complementarias, en Atención Primaria, en el que se establezcan los criterios de uso apropiado de aquellos tests requeridos para dar continuidad a los programas asistenciales de mayor prioridad. El objeto de esta medida es múltiple: reducir las esperas y la incertidumbre de los pacientes, anticipando el diagnóstico y posible tratamiento; ampliar el grado de autonomía de los profesionales en Atención Primaria; y liberar las agendas de los profesionales en



Atención Especializada. Especial prioridad deberá prestarse a los problemas de salud incluidos en este Plan de Salud: deterioro cognitivo y depresión, cáncer, cardiopatía isquémica y Diabetes Mellitus.

- 35.3. Al objeto de facilitar el acceso de los mayores a aquellas ayudas técnicas de efectividad demostrada, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud adecuará el catálogo de prestaciones de material ortoprotésico y reorganizará el proceso de prescripción, para que en todos los casos, estas ayudas sean prescritas por el médico de Atención Primaria antes del 2005. En la actualidad, estas prescripciones requieren de interconsultas con la Atención Especializada, teniendo inconvenientes tanto para el paciente como para sus cuidadores (desplazamientos, esperas, pérdidas laborales); a la vez que se crea otra lista de espera y se contribuye a incrementar las que corresponden a los propios especialistas. Para promover la adecuada indicación de estas ayudas técnicas se podrían establecer guías de práctica o de recomendaciones clínicas, que redujeran las variaciones inapropiadas de las decisiones clínicas, enfatizando aquellas medidas terapéuticas efectivas, y, entre ellas, las de mejor relación coste-efectividad. En particular se promoverá la prescripción de los protectores de cadera en las mujeres de mayor riesgo de padecer caídas y fractura de cadera (nivel de evidencia 1).
- 35.4. El Servicio Canario de Salud en el marco asistencial de Atención Primaria, a partir del año 2004, potenciará y garantizará la calidad y eficiencia en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios (nivel 1 de evidencia).
- 35.5. Antes de que finalice el año 2006, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ofertará un servicio telefónico de apoyo orientado a la resolución de problemas que pudieran ser suscitados por parte de los cuidadores de las personas mayores y/o discapacitadas.

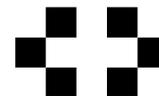


Obj. 36

Mejorar la calidad asistencial a los mayores y el uso apropiado de los recursos hospitalarios destinados a este grupo de población, mediante la intensificación y la especialización de la oferta de servicios sanitarios.

Actividades

36.1. Se crearán equipos multidisciplinares de valoración geriátrica en los hospitales del Servicio Canario de la Salud, integrados al menos por: dos médicos y una trabajadora social. Estos integrantes deberán ser expertos en la gestión clínica de los problemas de salud de la persona mayor. La actividad de esta unidad debe estar funcionalmente integrada en la del conjunto de la plantilla del hospital. Las funciones de estos equipos se orientarán a la gestión de los pacientes geriátricos hospitalizados, con pluripatología y polifarmacia, tendencia a la dependencia, y con condicionantes psíquicos y sociales que pueden complicar la situación de enfermedad aguda que motivó el ingreso. Estos equipos actuarán como consultores del resto de los servicios hospitalarios y de apoyo a los equipos de Atención Primaria de Salud y de los servicios sociales comunitarios; al objeto de favorecer el alta, la continuidad de los cuidados y la permanencia en la comunidad (nivel de evidencia 1). Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a partir de 2005. En 2005-2006 se crearán estas unidades en cada uno de los hospitales de referencia (salvo el H. Gral. de Gran Canaria Dr. Negrín), con la siguiente composición: 2 FEA y 1 trabajador social. En el Dr. Negrín se incorporará a formar parte de la unidad 1 trabajador social. En el área de Tenerife se prolongará hasta 2008, al tener que crearse 2 unidades. Estas unidades se extenderán a La Palma y a Fuerteventura en 2007, con sólo un FEA y 1 trabajador social, incorporándose el segundo FEA en el 2008.

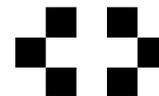


36.2. Los equipos multidisciplinares de valoración geriátrica utilizarán un programa o vía clínica de integración y coordinación asistencial como instrumento base para la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria (nivel de evidencia 1). Esta actividad será coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a partir de 2004.

36.3. A partir de 2005 se crearán, en los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud, unidades de ictus integradas por personal de enfermería especializado bajo la dirección del neurólogo y ejecutando las directrices contenidas en vías clínicas previamente elaboradas por los servicios implicados en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes (nivel de evidencia 1). Estas unidades se establecerán inicialmente en los servicios de los hospitales de referencia. Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. La ejecución de esta acción requiere, en Tenerife, la incorporación de dos neurólogos, al objeto de garantizar la Atención Especializada continuada, en el Hospital Universitario de Canarias; además de 3 enfermeras y un auxiliar de enfermería. En Gran Canaria, se incorporará un solo neurólogo (Hospital Universitario Insular-Maternoinfantil de Gran Canaria), 6 enfermeras (a distribuir 3/3 entre los hospitales de referencia), y un auxiliar de enfermería en cada centro. Esta actividad se ejecutará entre 2006-2007.

36.4. A partir del año 2004 el Servicio Canario de Salud dispondrá de una Guía de Práctica Clínica sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer, de forma que los pacientes que presenten deterioro cognitivo, serán estudiados en Atención Primaria de acuerdo a las recomendaciones de dicha Guía de Práctica Clínica, con la confirmación diagnóstica posterior en el nivel de Atención Especializada.

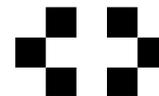
Además todos los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud reforzarán los recursos especializados destinados a la



confirmación precoz del diagnóstico y establecimiento de las pautas terapéuticas de aquellas demencias que planteen dificultad diagnóstica o complejidad en el abordaje terapéutico. Estos pacientes serán monitorizados posteriormente por parte de los profesionales de Atención Primaria en base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica actualizada por la Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer (nivel de evidencia 1). Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

36.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud, cada hospital de la red del Servicio Canario de la Salud, deberá elaborar un protocolo con el objetivo de disminuir la duración del tiempo de estancia de los pacientes geriátricos en los servicios de Urgencias. Existen evidencias que relacionan la duración de la estancia de las personas mayores en los servicios de Urgencias hospitalarios, con resultados negativos por el riesgo de delirium, deshidratación, úlceras por presión, inmovilidad, rabdomiolisis. Del mismo modo existen pruebas científicas que confirman que la aplicación de este tipo de protocolos, favorecidos por la presencia de equipos de valoración geriátrica, consiguen acortar las estancias en estos servicios y reducir la institucionalización (nivel de evidencia 2). Esta actividad será coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

36.6. Antes de que finalice el año 2005, el 100% de las unidades administrativas de los equipos de Atención Primaria dispondrán de un protocolo que permita ofertar un trato más personalizado a las personas mayores con dependencia y a sus familiares. Entre las medidas prioritarias a desarrollar se encuentra la emisión de la “tarjeta identificativa” que garantice el acompañamiento familiar de las personas mayores afectadas de algún proceso incapacitante, como el deterioro cognitivo o demencias. Además, se facilitará la elección de horario para consultas sanitarias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Esta actividad será



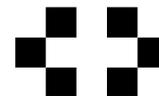
coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Obj. 37

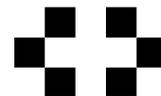
El Gobierno de Canarias incrementará y diversificará su oferta asistencial de infraestructuras para las personas mayores, al objeto de adaptarla a las necesidades reales de los pacientes y mejorar el uso apropiado de las camas de hospitales de agudos; completando la oferta con la creación de camas de media estancia y convalecencia, y plazas de hospital de día geriátrico.

Actividades

- 37.1. El Gobierno de Canarias finalizará el proceso de elaboración del Plan Sociosanitario de Canarias, a lo largo del año 2004, que incluirá a los programas de infraestructuras sanitarias “área de mayores y área de discapacitados”, aprobados por el Gobierno. En este proceso de elaboración habrán de participar las Consejerías de Empleo y Asuntos Sociales, la de Sanidad, por parte del Gobierno de Canarias, además de los cabildos insulares y representantes de los municipios.
- 37.2. El Servicio Canario de la Salud desarrollará una oferta de camas de media estancia o convalecencia, destinadas a favorecer la recuperación de los niveles previos de autonomía de las personas, sin limitación de edad. Este recurso se caracterizará por el límite máximo de ocupación, que se situará en 3 meses. La oferta de este tipo de recurso será equivalente al 5% de las camas de agudos disponibles. Esta oferta comenzará a ejecutarse a partir de 2005. Esta nueva oferta de servicios sanitarios es independiente de la oferta de servicios contemplada en el Plan Sociosanitario de Canarias (Área de Mayores).



- 37.3. Antes de que finalice el año 2007, cada Area de Salud deberá haber iniciado el desarrollo de un sistema de hospitalización diurna para la población geriátrica como complemento a la red sanitaria de hospitalización de agudos y media estancia o convalecencia; que deberá estar coordinada con los recursos sociosanitarios en el área de salud.
- 37.4. El Servicio Canario de la Salud creará nuevos equipos multidisciplinares, adscritos al Area de Salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas institucionalizadas en centros sociosanitarios de bajo requerimiento asistencial. Estos equipos estarán compuestos por médicos de familia, enfermería, fisioterapeuta y farmacéutico. El dimensionamiento de estos equipos dependerá del número de plazas residenciales. La ejecución de esta acción requiere que en el 2004 se consoliden, con la incorporación adicional de una enfermera, cada uno de los equipos existentes en Gran Canaria y Tenerife. En el 2005 se creará otro equipo básico (médico de familia y dos enfermeras) en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife. Posteriormente, a partir de 2006 se crearían las unidades en La Palma, Lanzarote y La Gomera (médico de familia, enfermera, fisioterapeuta). En el año 2007, se reforzarán, con la incorporación de cuatro trabajadores sociales, las unidades existentes en las áreas de salud de Gran Canaria (1 trabajador social) y Tenerife (3 trabajadores sociales). En el mismo año (2007), se ampliará la red, con la creación de una unidad en Gran Canaria, Tenerife y Fuerteventura; integradas por un médico de familia, enfermera, fisioterapeuta y trabajador social. Finalmente en 2008 se incorporarán 3 unidades adicionales en Gran Canaria y otras tres en Tenerife, integradas, cada una, por 1 médico de familia, dos enfermeras y un fisioterapeuta. En este mismo año se incorporarán dos auxiliares administrativos en Gran Canaria y otros dos en Tenerife, para dar apoyo organizativo a las seis unidades que estarán en funcionamiento en cada una de estas áreas de salud. En 2008 el Area de Salud de La Palma verá incrementada su dotación con otro equipo (médico, dos enfermeras y fisioterapeuta); en

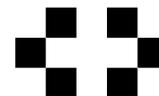


Lanzarote un médico y una enfermera, en La Gomera se incorporará una enfermera y un fisioterapeuta; y, en El Hierro, una enfermera.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Vacunación contra la gripe	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con alto riesgo frente a no programa ¹⁹²	Ahorro/AVAC
	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad frente a no programa ¹⁹²	1.410/AVG
	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con bajo riesgo frente a no programa ¹⁹²	5.344/AVG
Promoción de la salud	Implantar un programa de ejercicios físicos para personas mayores de 65 años frente a no programa ¹⁹³	1.097/AVG
Atención Geriátrica	Evaluación de un programa integral geriátrico en consultas externas frente al cuidado estándar ¹⁹⁴	8.981/AVAC
Prevención de fracturas	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en mujeres con más de 65 años de edad, frente a no intervención ¹⁹⁵	Ahorro/AVAC
	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en varones con más de 85 años de edad, frente a no intervención ¹⁹⁵	13.339/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



21. Condiciones necesarias para la consolidación del Plan de Salud de Canarias 2004-2008

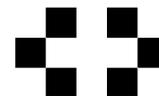
El Plan de Salud identificó desde la fase inicial de su primera experiencia de formulación para el periodo 1997-2001, una serie de factores clave necesarios para que el desarrollo y la consolidación de las políticas de salud propuestas por el propio Plan, alcancen los objetivos generales de mejora de la salud, de la equidad y de la eficiencia. Estos factores se describen, a continuación, bajo el epígrafe de “condiciones necesarias” o de “acompañamiento”, para la consolidación del Plan de Salud de Canarias.

21.1.- Participación de la comunidad

La mayor parte de la sociedad tiende a proteger su salud y a evitar los factores que implican riesgo de enfermar, hasta el alcance de sus posibilidades. Esta reflexión ha inspirado el lema de la estrategia de comunicación desarrollada por el Plan de Salud de Canarias: "La salud está en tus manos"

En los inicios del siglo XX fueron las mejoras del saneamiento público, vivienda y alimentación, las que, canalizadas a través de las administraciones públicas, consiguieron incrementar substancialmente la esperanza de vida de la población de los países desarrollados. Posteriormente, a mediados de siglo XX, la irrupción de la tecnología médica (asepsia, antibioterapia, cirugía, entre otras), produjo otro incremento importante de la esperanza de vida en estos mismos países. A partir de entonces las ganancias en salud se han producido, fundamentalmente, a partir de la mejora de los hábitos de vida. En el futuro se prevé que las terapias genéticas contribuyan, de una manera sensible, a mejorar la esperanza y la calidad de vida; pero mientras no se alcance dicha etapa, seguirán siendo los cambios de los hábitos o estilos de vida, que se sitúan fundamentalmente en el ámbito de la responsabilidad individual, las iniciativas que van a contribuir de una manera más sensible a la mejora de la salud de la población.

En el conjunto de la sociedad canaria, la mujer ocupa y desempeña un papel preeminente con relación a la salud, y, en especial en lo relativo a la adopción de hábitos de vida saludables; dado que en el reparto de responsabilidades familiares



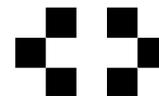
tradicionalmente ha llevado a cabo la selección de los alimentos y la preparación de las comidas, el control de la salud de los hijos (vacunas, peso, crecimiento, enfermedades, etc.). La perspectiva de género es igualmente importante, en el caso de la mujer, debido a que presenta un riesgo específico para el padecimiento de algunos problemas de salud: cánceres de mama, endometrio y cérvix uterino, enfermedad cerebrovascular, Diabetes Mellitus, enfermedad de Alzheimer, etc. Además, en la mujer se están produciendo ahora los cambios más intensos en los hábitos de vida, adoptando conductas de riesgo anteriormente ejercidas con mayor intensidad por el hombre. Así, el consumo de tabaco y alcohol aumenta en la mujer, con lo que se reducen las diferencias en la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica y cáncer de pulmón, entre ambos géneros. Esta tendencia, claramente expresada en otros países más desarrollados, se está iniciando ahora en Canarias.

Además de la perspectiva de sensibilización y participación individual, el Plan de Salud contempla la participación comunitaria desde otra perspectiva.

La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su Salud, la entendemos como una contribución de los ciudadanos en determinados proyectos y programas establecidos desde los servicios sanitarios o desde sus propias organizaciones. También la consideramos como el proceso de organización y dinamización de las estructuras adecuadas y necesarias para que se produzca y se articule dicha participación en, y con los servicios municipales, insulares y autonómicos de salud. Pero además, la participación implica contribuir a fomentar aptitudes y capacidades que permitan a los ciudadanos y a los trabajadores sanitarios, opinar y/o decidir responsablemente y de modo informado, sobre los problemas de salud que les afectan. Entendemos también que contribuye a una gestión más eficiente, eficaz, equitativa y autosuficiente de los planes y servicios de salud de su ámbito territorial.

La Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA), reconoce "... el derecho de los ciudadanos a participar a través de las instituciones comunitarias en las actividades sanitarias" (artículo 6, apartado d), y en particular "... en la orientación, evaluación y el control del Sistema Canario de la Salud" (artículo 4, apartado g).

La Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA) propone además, el Plan de Salud de Canarias como eje central alrededor del cual todas las organizaciones e instituciones que tienen algo que ver con la salud, se deben poner



de acuerdo: "Es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a la evaluación".

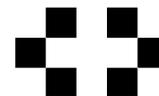
Reconoce también la Ley 11/1994, la necesidad de dar efectividad al ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos canarios en los asuntos relacionados con la salud para lo que indica (artículo 12, apartado 5) "El Gobierno de Canarias favorecerá las condiciones materiales y organizativas necesarias para el ejercicio del derecho a la participación de la población en el Servicio Canario de la Salud, impulsando la creación y desarrollo de los órganos de participación que se establezcan"; "el "Consejo Canario de la Salud" a nivel de toda la Comunidad Autónoma, los "Consejos de Salud del Area" en cada isla, los "Consejos de Salud de Zona", para cada zona básica de salud, y los "Consejos Municipales de Salud", aún no reglamentados, para aquellos municipios con dos o más zonas básicas de Salud.

La creación de los órganos de participación del Servicio Canario de Salud es una expresión de la concepción de que la Salud es algo que trasciende a la mera organización de los servicios y que la participación comunitaria es un requisito necesario y condición de eficacia para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios y para el desarrollo de los Planes de Salud.

El impulso de la participación a través de los Consejos de Salud se plantea como un proceso pedagógico y también de control social de las acciones de salud. Posibilitar la participación en las tareas, en el sistema de información, y en los órganos de participación constituyen pasos que favorecerán el desarrollo de una mayor capacidad de los ciudadanos, para participar de modo más informado, comprometido y responsable en las decisiones que les afecten.

En relación a la promoción de la participación de la comunidad en el desarrollo de su Salud, la Consejería de Sanidad se ha establecido los siguientes objetivos:

Impulsar una dinámica de participación efectiva de los ciudadanos en los Organos de Dirección y Participación que la Ley de Ordenación Sanitaria de



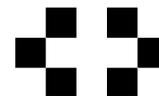
Canarias establece. Constituye un proceso a largo plazo que genera, y a la vez requiere cambios considerables en la cultura, proceso y estructura del Servicio Canario de Salud, Corporaciones Locales y demás instituciones y organizaciones implicadas.

También pretende la potenciación del papel de los Ayuntamientos y Cabildos, como instituciones de la Comunidad Autónoma de Canarias con competencias en Salud Pública, junto a las estructuras territoriales del Servicio Canario de Salud: Areas de Salud y Zonas Básicas de Salud. Aquellas presentan hoy, en general, una amplia variabilidad en cuanto a su capacidad de gestión de los asuntos de Salud Pública pero con déficits históricos importantes. Por otro lado, las nuevas estructuras de las Direcciones de Area y el nuevo modelo de Atención Primaria presentan un desarrollo pujante pero no exento de dificultades, asociadas a las limitaciones derivadas de su carácter innovador y al incipiente desarrollo del necesario proceso descentralizador en el Servicio Canario de Salud.

En el momento actual de Canarias el desarrollo de las prácticas de autocuidado y la generalización de la adopción de las conductas de vida saludables, por parte de la población, constituyen las estrategias más eficientes para el logro de los objetivos del Plan de Salud.

Por otro lado, en nuestra Comunidad Autónoma no existe tradición en cuanto al papel que han de jugar los representantes sociales en el sistema sanitario público. Sin embargo, tanto a nivel estatal como en la Comunidad Autónoma existe legislación que pretende impulsar la presencia de los órganos de participación comunitaria en la gestión de los recursos del propio Sistema Sanitario. El Plan de Salud pretende incorporar a los representantes sociales como Ayuntamientos, Cabildos, Sindicatos, Asociaciones de vecinos y consumidores, entre otras, a la vez que impulsar la creación de los Consejos de Salud de zona y área, como elementos de participación.

Esta reducida experiencia de organización social para la acción en nuestra Comunidad Autónoma repercute así mismo sobre la escasez del movimiento de voluntariado, lo que traduce un rol social predominantemente pasivo; siendo necesario estimular la adopción de una actividad más activa desde la sociedad y para la sociedad; complementando de este modo la, hasta ahora, relación unidireccional desde las administraciones públicas a la sociedad.



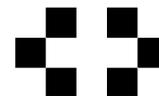
Al objeto de impulsar la actividad de los órganos de participación de la comunidad en los procesos de planificación sanitaria, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias dedicará 100.000 euros, en el año 2005, para llevar a cabo la constitución de dichos órganos. Posteriormente, en el 2006, se destinará una cantidad similar (100.000 euros), para la celebración de la Conferencia de Salud en cada área de salud; que tendrá por objeto llevar a cabo actividades relacionadas con la territorialización del Plan de Salud en cada área.

21.2.- Cooperación intersectorial

La constatación de que tanto dentro del Gobierno de Canarias, como en las administraciones locales y estatales, son numerosos los organismos que poseen claras competencias sobre aspectos relacionados, directa o indirectamente, con la conservación de la salud, obliga al Plan de Salud a la búsqueda de sinergias y alianzas intersectoriales. La importancia de los factores ambientales sobre la salud, el impacto de los accidentes de tráfico y de trabajo, las implicaciones de las políticas sociosanitarias, exigen la necesidad de este enfoque.

Es preciso enfatizar la necesidad de la coordinación entre los distintos departamentos del Gobierno de Canarias, y de este con los ayuntamientos, cabildos y administración del Estado, al objeto de asegurar la adecuada utilización de los recursos existentes en la Comunidad Autónoma, y el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud. Relacionando esta necesidad de mejora de la coordinación intersectorial con la expuesta en el epígrafe anterior de responsabilización y participación de la sociedad, se obtiene el escenario adecuado para la aplicación del Plan de Salud. Esto, sin embargo, nos obliga a reconocer el cambio que es preciso promover desde todos los sectores implicados.

Este es uno de los desafíos que el proceso planificador iniciado con el Plan de Salud desde el Servicio Canario de la Salud ha de afrontar. Los acuerdos con Ayuntamientos y Cabildos pueden contribuir, si se formulan de modo coherente, a incrementar el dinamismo, el interés, la presencia y efectividad de la acción interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad, y por tanto, determinará la viabilidad y eficacia del Plan de Salud.

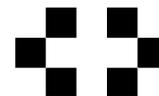


Para el Plan de Salud 2004-2008, los requerimientos de alianzas más relevantes deberán establecerse, dentro del Gobierno de Canarias, entre los departamentos de Sanidad y Consumo, y el de Empleo y Asuntos Sociales; en lo referente al desarrollo de las políticas sociosanitarias para mayores, discapacitados y enfermos mentales crónicos. En el diseño y ejecución de estas políticas, es imprescindible, así mismo, la participación de cabildos y municipios. La Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias tiene un protagonismo intenso en cuanto a las actividades de educación para la salud desde las más tempranas etapas educativas; dado que los hábitos de vida saludables o conductas de riesgo para la salud de alto impacto (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, experiencia con drogas ilegales, alimentación saludable) comienzan a establecerse muy precozmente; actuando como factores condicionantes para los problemas de salud como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la Diabetes Mellitus. Sin embargo, más importante aún que lo anterior es el conseguir crear en los escolares, especialmente adolescentes, una cultura preventiva que pueda ser aplicada a cualquier actividad en la vida posterior, desde la nutrición y la práctica regular de ejercicio físico, a la búsqueda de la seguridad en el trabajo y al volante de un automóvil. En nuestro ámbito, salvo casos aislados, prácticamente no se ha explorado el papel de las corporaciones locales (municipios) en la contribución a la educación para la salud de los jóvenes.

Por último, algunas de las políticas de salud, relacionadas con la siniestralidad laboral o por accidentes de tráfico, contempladas en el actual Plan de Salud afectan a la administración del Estado. Por esta razón, las alianzas habrán de proyectarse hacia las administraciones estatales (Ministerios de Trabajo e Interior).

21.3.- Participación de los profesionales

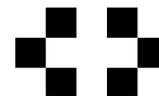
Los cambios organizativos que se han producido en el Sistema Sanitario Público de Canarias, tras recibirse las transferencias de las competencias de autogestión sanitaria, han estado orientados hacia la mejora de la oferta de servicios sanitarios a la población, tanto en términos de mejora de la accesibilidad, como en relación a la mejora de la calidad asistencial. Las mejoras de las infraestructuras y el incremento de los programas y prestaciones asistenciales, son canalizados a la población a través de los profesionales sanitarios; que son, en realidad, la pieza clave del Sistema Sanitario.



En este proceso de desarrollo el Plan de Salud ha ocupado una posición estratégica, impregnando los contenidos de los contratos de gestión convenida con las áreas de salud y las gerencias de servicios sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada). A partir de los contratos de gestión convenida, los objetivos del Plan de Salud necesitan de instrumentos específicos (contratos internos, vías clínicas, guías de práctica clínica, entre otros), para garantizar la ejecución operativa y homogénea de las políticas de salud frente a cada paciente. El reto aquí, reside en la mejora continua de la calidad científico-técnica de las decisiones de los profesionales y de los resultados de salud de los pacientes. Aspectos intermedios que han de ir conociéndose y resolviéndose, son, la existencia de variaciones en las decisiones y en las prácticas médicas, de enfermería, e incluso de trabajo social. Estas variaciones son producto de desviaciones de la práctica científica, que reducen el uso apropiado y eficiente de los recursos disponibles, a la vez que empeoran los resultados de salud de los pacientes. La medicina basada en la evidencia, por medio de la aplicación de guías y vías de práctica clínica basadas en el conocimiento científico, constituyen herramientas para la mejora de la calidad asistencial. Por esta razón la edición actual del Plan de Salud contempla la elaboración de instrumentos para guiar científicamente la toma de decisiones clínicas; así como vías clínicas que tratarán de coordinar las actuaciones sanitarias a problemas de salud concretos entre los diferentes servicios hospitalarios implicados y con Atención Primaria de Salud.

El Plan pretende, además, promover, entre los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales, el desempeño del papel de "agente de salud", al objeto de forzar el proceso de cambio de conductas de riesgo hacia hábitos de vida más saludables.

Para consolidar el proceso de cambio anteriormente esbozado, y avanzar en la consecución de los objetivos generales del Plan de Salud; que son coherentes con el lema de "Mas Salud y Mejores Servicios", es necesario adecuar las plantillas de los equipos de Atención Primaria, y de los servicios especializados implicados en la ejecución de las actuaciones contempladas en este Plan de Salud; atendiendo a los estándares aceptados para garantizar la calidad de las prestaciones. Especial atención habrá que dedicar, tal como se ha expuesto en el apartado correspondiente, al desarrollo de los recursos humanos para la atención a la salud mental; al objeto de dotarla de estructuras asistenciales propias.

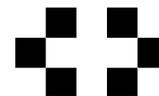


En relación con la Atención Primaria de Salud (APS), el Servicio Canario de la Salud definirá a lo largo de 2004 nuevos criterios para la asignación de recursos a las zonas básicas de salud y a las áreas; teniendo en cuenta las características demográficas y la actualización del mapa sanitario de Canarias, el nivel socioeconómico y de instrucción, la carga mórbida y tiempo requerido para la ejecución de la cartera de servicios ofertada en cada equipo de Atención Primaria. No obstante, hasta que se establezcan los nuevos criterios de asignación de recursos para APS, los incrementos mínimos requeridos para garantizar la calidad asistencial y el mantenimiento de los servicios ofertados, son: 123 médicos de familia, 4 médicos pediatras, 133 enfermeras, 21 trabajadores sociales de perfil sanitario para asegurar la adecuada coordinación de actividades en el ámbito sociosanitario, 80 auxiliares administrativos, 35 fisioterapeutas, 5 odontólogos, 40 higienistas dentales y 37 matronas. Estos recursos se distribuirán entre las diferentes áreas de salud, a lo largo del periodo de ejecución del Plan de Salud.

21.4.- Formación

El proceso continuo de incorporación de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias, la creciente sensibilización sobre aspectos de protección de la salud unidos a los cambios organizativos y de gestión inherentes al proceso de ordenación iniciado tras las transferencias sanitarias, demandan el diseño de líneas de formación-actualización coherentes con estas tendencias. Para ello habrán de conjugarse las necesidades sentidas por los profesionales, con aquellas previstas por la Administración Sanitaria.

Complementariamente la consecución de los objetivos del Plan de Salud aparece como un evento formación-dependiente vinculado a tres sectores diferentes pero relacionados. En primer término se encuentra la población escolar, la cual se caracteriza por su accesibilidad y por estar sujeta al proceso de aprendizaje. Los otros dos grupos son la población general y el colectivo de profesionales sanitarios. En cada uno de estos escenarios, las actividades de formación-actualización en relación a los objetivos del Plan de Salud han de perseguir la mejora del nivel de educación sanitaria de la población de modo que, conociendo ésta los riesgos de las distintas opciones, se optimice la elección individual sobre los estilos de vida a adoptar.



Para los profesionales del sector sanitario y educativo las actividades de formación irán orientadas a garantizar la homogeneidad y máxima efectividad de las intervenciones como agentes educadores y provocadores del cambio en los hábitos de vida hacia conductas favorecedoras para la conservación de la salud.

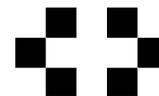
El Plan de Salud habrá de establecer, a estos efectos, los canales adecuados a través de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, para involucrar al profesorado de E.G.B. en el proceso de educación sanitaria a la población escolar dada su especial susceptibilidad para incorporar procedimientos de prevención primordial.

Del mismo modo se potenciarán los canales de comunicación y participación con las Universidades Canarias para conseguir un mayor nivel de colaboración en los niveles superiores de educación al objeto de adaptar la formación de los futuros profesionales a las necesidades reales del Sistema Canario de Salud.

El Plan de Salud deberá invitar a las Organizaciones no Gubernamentales relacionadas con aspectos sanitarios, a intervenir en el proceso de educación y sensibilización sanitaria de la población general; complementando de éste modo las actividades informativas desarrolladas, a modo de campañas, desde las administraciones públicas (Ayuntamientos, Cabildos, Gobierno Autónomo).

El Plan de Salud ha identificado las áreas de conocimiento en las que se hace preciso incidir desde los niveles profesionales sanitarios, educadores, y de los servicios sociales; al objeto de aproximar y consolidar los objetivos del Plan para la mejora de la salud de la población. Esta relación de áreas de conocimiento en las que existen necesidades de formación será utilizada por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) para desarrollar los diferentes programas de formación continuada. Además de las actuaciones docentes canalizadas a través de la ESSSCAN, se requiere la difusión de actividades educativas y docentes provistas desde los siguientes sectores que a continuación se detallan:

- 1.- A partir de la aprobación del Plan de Salud, las consejerías del Gobierno de Canarias de Educación, Cultura y Deportes y la de Sanidad, desarrollarán, conjuntamente, actividades de sensibilización, asesoramiento e información dirigidas al profesorado de todos los niveles educativos, para que éste actualice sus conocimientos sobre cada uno de los siguientes problemas de salud:



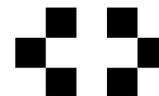
- Desarrollo de cultura preventiva
- Tabaco, alcohol y drogas ilegales
- Alimentación y nutrición saludable
- Ejercicio físico
- Seguridad vial

2.- El Gobierno de Canarias promoverá ante las Universidades Canarias la inclusión en el currículo de pregrado de Ciencias de la Salud, los contenidos y las metodologías docentes adecuadas para la intervención sobre los siguientes aspectos:

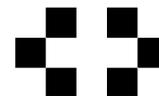
- Educación para la salud
- Medicina basada en la evidencia: uso apropiado de recursos y variaciones en la práctica médica
- Atención sanitaria al anciano
- Cuidados paliativos

3.- La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias desarrollará una oferta formativa dirigida a los profesionales sanitarios, en todos los niveles asistenciales, con una cobertura anual de entre el 10 y el 15%, al objeto de actualizar y optimizar la formación en la detección y el manejo de los aspectos relacionados con los problemas de salud abordados por los programas de salud priorizados por el Plan de Salud; contemplando en cada uno de ellos la perspectiva de género. Además, todas las líneas y actividades docentes incorporarán un componente de formación en educación para la salud. La oferta formativa dirigida a los profesionales sanitarios deberá incorporar los siguientes contenidos:

- Formación del personal sanitario de los equipos de Atención Primaria para fomentar el abandono del tabaco a través de la provisión de una intervención estructurada. Formación a los docentes en el manejo del consejo antitabáquico en los escolares. El Servicio Canario de Salud asegurará este proceso de formación al menos a un facultativo y un enfermero por centro de salud, durante el período 2004-2008.



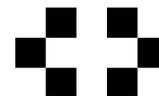
- Formación del personal sanitario (profesionales de medicina y enfermería) para detectar e intervenir en las personas con problemas derivados de una alimentación inadecuada o con sedentarismo.
- Formación en técnicas de resucitación cardiopulmonar, fibrinólisis y en el uso del desfibrilador semiautomático a profesionales sanitarios; y en técnicas de resucitación cardiopulmonar y en el uso del desfibrilador semiautomático a cuerpos profesionales que puedan actuar como primeros intervinientes (policía, bomberos, etc.).
- Formación de profesionales de Atención Primaria en la identificación precoz de cánceres y su manejo mediante las guías de prácticas clínica.
- Formación de profesionales de Atención Primaria en el manejo bio-psico-social del paciente terminal y de su familia.
- Formación en control de calidad en los programas de cribado del cáncer. Esta actividad debe ir específicamente dirigida a los profesionales implicados en todos los programas de diagnóstico precoz del cáncer existentes en Canarias.
- Educación para la salud en la Diabetes Mellitus y en cardiopatía isquémica.
- Formación en el manejo terapéutico del paciente diabético.
- Formación continuada en salud mental para el personal sanitario de la Red de Salud Mental, que priorice las técnicas más eficientes de aplicación en los grupos de mayor riesgo o severidad de patología.
- Formación continuada dirigida al personal de Atención Primaria (pediatras, médicos de familia), cuyo objetivo sea capacitar a este personal para el diagnóstico precoz de patologías de salud mental, así como el manejo y seguimiento de los casos menos severos.
- Formación continuada para los profesionales de la Red de Salud Mental, que garantice que a lo largo de la vigencia del Plan, en todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Canarias se haya impartido formación en técnicas psicoeducativas y rehabilitadoras.



- Formación continuada dirigida al personal de Atención Primaria, cuyo objetivo sea capacitar a este personal para la intervención precoz en personas con patologías mentales de larga evolución.
- Formación continuada en Geriátrica para los equipos de Atención Primaria, que contemple, además, la rotación por centros asistenciales en régimen de internamiento, consultas externas, manejo de medicamentos, etc. El Servicio Canario de Salud asegurará este proceso de formación al menos a un facultativo, un enfermero y un trabajador social por centro de salud, durante el período 2004-2008.
- Formación específica sobre los aspectos éticos relacionados con las personas mayores.
- Formación para elevar el nivel de autonomía y de resolución por parte de los cuidadores informales.
- Programas de entrenamiento para los profesionales de los servicios de Urgencias y para los equipos asistenciales al politraumatizado.

4.- Para la consolidación de los objetivos del Plan de Salud se requiere, complementariamente, la incorporación, en la formación de postgrado, de las siguientes actividades y contenidos formativos:

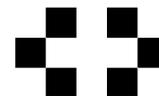
- Durante la vigencia del presente plan, se seguirá apoyando la formación de postgrado en salud mental; que incluirá la formación anual de 3 MIR en Psiquiatría, 2 PIR en Psicología y 5 Enfermeros Especialistas en Salud Mental en Gran Canaria, y en Tenerife. Esto implica la acreditación docente para Psiquiatría MIR y Psicología PIR del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife y su correspondiente dotación para formar 1 MIR y 1 PIR anual.
- Formación continuada para los Profesionales de la Red de Salud Mental, que garantice que a lo largo de la vigencia del Plan, en todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Canarias exista, al menos, una persona con formación específica en psicopatología infantil.



- Se consolidará la formación de Médicos Internos Residentes de Geriátría en aquellos centros sanitarios de Canarias acreditados.
- Se promoverá que la formación de los médicos residentes de Anatomía Patológica en los hospitales docentes potencien la realización de necropsias a las víctimas mortales de los accidentes de tráfico. Esta acción va orientada a mejorar la validez de la información sobre la presencia de tóxicos en sangre y para mejorar la certidumbre sobre la causa del fallecimiento.

5.- La Academia Canaria de Seguridad impulsará programas formativos dirigidos a primeros intervinientes y a población general, para mejorar los resultados asistenciales en los accidentes de tráfico:

- Formación de los primeros intervinientes en los accidentes de tráfico, mediante:
 - Formación multisectorial del personal de ambulancias (SUC) en la Academia Canaria de Seguridad.
 - Formación sanitaria específica para personal de ambulancias.
 - Mejora de la formación policial en cumplimentación e investigación de atestados
- Formación de la población, por medio de :
 - Difusión de programas formativos en medios de televisión.
 - Creación de una página web interactiva.
 - Creación de juegos en CD interactivos.
 - Concursos dirigidos a una amplia población diana.
 - Potenciar la educación vial: formar a formadores (magisterio), contenidos en la escuela, promover dinámicas en otras licenciaturas, medios de comunicación, entre otros

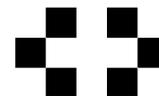


21.5.- La mejora de la calidad asistencial

La mejora de la calidad de la atención sanitaria es, en la actualidad, un objetivo primordial de los sistemas sanitarios. Así, la Ley General de Sanidad y la más reciente Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, dedican contenidos específicos relacionados con el desarrollo de instrumentos para la evaluación y mejora de la calidad asistencial en el entorno sanitario, como es la Agencia Nacional de Calidad. Para desarrollar estas actividades en nuestra Comunidad se propiciará la participación de las sociedades científicas tanto médicas como de enfermería. Recientemente, han sido diferentes, los servicios autonómicos de salud del Estado Español que comenzaron a desarrollar diferentes planes o estrategias de calidad.

En la misma línea, la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, incluye, entre las funciones de la estructura sanitaria pública, la evaluación, control y mejora de la calidad de los servicios sanitarios (art.23); asignándole esta competencia al Servicio Canario de Salud. Posteriormente, en nuestra Comunidad Autónoma, se desarrolla el Decreto 220/2000, de 4 de diciembre, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la calidad del servicio público y a las mejores prácticas en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias. En este Decreto se establece que, para la elaboración y gestión de las Cartas de Servicios y de los sistemas de evaluación de la calidad, se designarán unidades administrativas con rango de jefaturas de servicio o similar, y, propone como modelo de referencia para la evaluación el modelo de “calidad total” de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad “EFQM”.

Hasta la fecha, las actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en el seno del Servicio Canario de Salud se han desarrollado de forma incipiente, y fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. En este nivel asistencial, la evaluación de la cartera de servicios mide la calidad científico-técnica de la provisión asistencial, mediante auditorías de las historias de salud y encuestas de valoración de la satisfacción de los usuarios. En el nivel asistencial de Atención Especializada, las comisiones de calidad hospitalarias tienen un desarrollo desigual y su penetración en el tejido asistencial es aún incipiente. En este nivel asistencial se aplican regularmente encuestas de



satisfacción al alta hospitalaria, que debieran complementarse, tal como debiera ocurrir en Atención Primaria de Salud, con la evaluación de resultados.

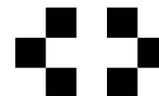
Por estas razones, se identifica como una condición necesaria para la consolidación del Plan de Salud, el desarrollo específico de un Plan de Calidad Total, que contribuya a incorporar mejoras en los resultados de salud, a la vez que en la equidad y en la eficiencia del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Este proceso de planificación deberá integrar a todos los servicios sanitarios y podría utilizar el modelo EFQM como herramienta de referencia. Para ello, a partir de dicho instrumento de planificación deberá promoverse la homogeneización de los mecanismos ya existentes en el Sistema Sanitario Público para la evaluación periódica del trabajo profesional; definiendo para ello los criterios y estándares generales que puedan ser aceptados por el colectivo sanitario.

El Plan de Salud promoverá, así mismo, el establecimiento de criterios de acreditación de Centros, Servicios Sociales y Sanitarios; al objeto de garantizar que el proceso de prestación de servicios alcance un nivel de calidad óptimo.

21.6.- Investigación

El Plan de Salud ha de constituir una referencia adicional para la definición de los problemas sociosanitarios prioritarios de ser investigados en nuestra Comunidad Autónoma. Al igual que ha ocurrido en otras Instituciones nacionales e internacionales, se pretende instituir una política de investigación coherente con nuestras necesidades, potenciando la investigación de calidad en las áreas clínicas, epidemiológicas, tecnológicas y de gestión, relacionadas con los problemas de salud más importantes identificados por el Plan de Salud. Esta estrategia ha sido desarrollada conjuntamente con la Dirección General de Universidades, en la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

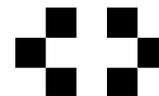
Desde la visión del Plan de Salud la investigación habrá de satisfacer necesidades de información para evaluar el grado de consecución de los objetivos cuya situación de partida era previamente conocida; debiendo servir en otros casos para definir por primera vez la situación basal de un determinado problema de salud. Esto nos permitirá establecer nuevos objetivos durante las revisiones que se realicen sobre el Plan de Salud.



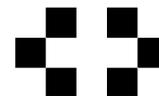
A continuación se exponen las áreas prioritarias de investigación que han sido detectadas desde el Plan de Salud y que precisan, para su ejecución, la puesta en marcha de proyectos de investigación específicos. Esta agenda de investigación será ejecutada por parte de la Fundación Canaria de Investigación y Salud "FUNCIS", a través de las convocatorias que anualmente lleve a cabo.

Agenda de investigación 2004-2008:

- Conocer la distribución epidemiológica de la población canaria con respecto al riesgo cardiovascular, en base a tablas de predicción del riesgo vascular.
- Viabilidad y pertinencia de la elaboración de tablas de predicción propias aprovechando el estudio de investigación ya en marcha denominado CDC en Canarias; que se ocupa de analizar prospectivamente las características epidemiológicas del cáncer, diabetes y las enfermedades cardiovasculares.
- Estudios evaluativos sobre la forma en que son atendidos los pacientes con síndrome coronario agudo, en cada Area de Salud y en los distintos niveles asistenciales del Servicio Canario de Salud (Atención Primaria, ambulancias medicalizadas, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). Estos estudios deberían incluir información sobre tiempos medios de demora desde la derivación por el médico general hasta la visita por el especialista; así como el tiempo medio transcurrido para la realización de las distintas pruebas diagnósticas (angiografía).
- Valoración de los requisitos necesarios para el establecimiento de servicios de revascularización.
- Evaluación de tecnologías sobre las diferentes modalidades de cribado sobre el cáncer colo-rectal y el carcinoma de cérvix uterino, incluyendo efectividad diagnóstica (sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo), grado de adherencia y evaluación económica.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la intervención familiar en enfermos esquizofrénicos.



- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la intervención domiciliaria.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los programas de rehabilitación psicosocial en los centros de día.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los programas de intervención en salud mental desde Atención Primaria.
- Estudios de utilización de psicofármacos
- Estudio epidemiológico sobre la ludopatía.
- Estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria
- Situación funcional de las personas mayores en la Comunidad Canaria.
- Efectividad, seguridad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de las nuevas tecnologías para las personas mayores.
- Utilización de recursos sanitarios para las personas mayores por parte de los profesionales sanitarios.
- Aspectos básicos, clínicos y genéticos sobre el envejecimiento.
- Impacto sobre la salud de las condiciones de trabajo.
- Mapas de Incapacidades Temporales por Sectores de Actividad.
- Mapas de Riesgos Laborales por Zonas Básicas de Salud y por Sectores.
- Incidencia e impacto del cáncer ocupacional .
- Incidencia e impacto sanitario del uso de productos fitosanitarios en Canarias (organoclorados, organofosforados, y carbamatos) y organoclorados industriales (bifenilos policlorados y otros).
- Incidencia e impacto de los riesgos psicosociales emergentes (depresión, ansiedad, intimidación/acoso, fatiga crónica., etc.)

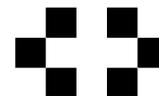


- Investigación sobre los condicionantes locales relacionados con la siniestralidad vial, en cada área de salud.
- Explotación de estadísticas de infracciones, para el diseño de campañas de actuación y de evaluación del impacto de las mismas.
- El Plan de Salud tiene otras necesidades de información que pueden verse satisfechas a través de la información generada por medio de procedimientos habituales, desde los propios servicios sanitarios, sociales y educativos, entre otros de nuestra Comunidad Autónoma.

21.7.- Sistemas de información

La información constituye hoy en día el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación, tanto en sanidad como en cualquier otra materia. El desarrollo de sistemas de información sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma ha estado caracterizado por su escasez y falta de homogeneidad. La necesidad por parte del Plan de Salud de captar los aspectos diferenciales de cada área sanitaria, nos obliga a homogeneizar e integrar en un sistema común la recogida, almacenamiento y explotación de la información, así como a garantizar la calidad de la misma. Sin embargo en la actualidad se hace preciso manejar, además de datos cuantitativos, información sobre aspectos cualitativos relacionados con la satisfacción de usuarios, entre otros. El reto consiste en organizar un sistema de información homogéneo e integrador que permita la planificación, evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación (Comunidad Autónoma, área sanitaria, servicios especializados y de Atención Primaria de salud).

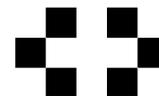
Es prioritario impulsar el desarrollo y el grado de implantación de la historia clínica informatizada, en todas las áreas de salud, durante el periodo de vigencia de este Plan. Esto permitirá sistematizar el control y seguimiento del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular, y la evaluación de resultados en cada uno de los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud (cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, envejecimiento, salud mental, seguridad vial y seguridad y salud laboral). En cualquier caso, es imprescindible destacar la



necesidad de que se garanticen la disponibilidad y respuesta de las redes de comunicaciones dependientes del Gobierno de Canarias.

En la medida en la que este instrumento se consolide, perderá importancia la necesidad de crear y/o mantener algún registro específico de enfermedad. No es este el caso de los registros hospitalarios de tumores; dado que estos han llegado a ser una herramienta fundamental para el control de la calidad de la asistencia oncológica del centro. Estos registros deben entenderse, no sólo como una base de datos exhaustiva que incluya los aspectos más importantes de todas las neoplasias diagnosticadas y/o tratadas en un centro hospitalario; sino también como un sistema dinámico actualizado continuamente, que permita a los clínicos y gestores conocer los resultados de su actuación profesional a corto, medio y largo plazo. Además, estos registros pueden contribuir a simplificar los procesos de recogida de datos para la actualización del Registro Poblacional de Cáncer de Canarias. Para que el registro sea útil debe permitir el acceso a datos demográficos, número y tipo de tumores, estadios, tratamientos y resultados del mismo de forma inmediata; a la vez que supervivencia global y libre de enfermedad a medio y largo plazo, manteniendo todas las garantías de confidencialidad. Para ello, los cuatro hospitales de referencia de Canarias deberán disponer de un registro hospitalario de estas características. Los cuatro registros harán uso de la misma herramienta informática (software) para garantizar su interconectividad y la de estos con el Registro Poblacional del Cáncer de Canarias. Este registro tiene como objetivo adicional proveer de información sobre incidencia con un retraso máximo de 2 años. Además, habrá que ir incorporando, progresivamente, estudios poblacionales de supervivencia. Una ubicación estratégica para este registro requeriría la creación de una unidad de epidemiología, inicialmente dotada por un médico epidemiólogo; que podría generar valor añadido para otras actividades de análisis hospitalario. Esta hipótesis exigiría la dotación de un epidemiólogo en cada hospital de referencia, a lo largo del periodo 2005-2007.

Para mejorar la toma de decisiones en política sobre siniestralidad vial, se hace igualmente necesario mejorar el conocimiento de todos aquellos aspectos que intervienen en la misma. Por esta razón, la Dirección General de Seguridad de la Consejería de Presidencia del Gobierno de Canarias, deberá coordinar la elaboración de un conjunto mínimo básico de datos necesarios para el análisis de la



accidentalidad desde la perspectiva de las diferentes administraciones implicadas; a través de una base de datos de acceso múltiple, con las siguientes características:

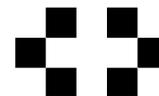
- Centralización de la comunicación de incidencias por medio del teléfono único de urgencias 1-1-2.
- Crear la figura de un técnico de explotación de datos para seguimiento de la casuística.
- Interconectar las bases de datos mediante un código único para cada incidente.

En el mismo sentido será necesario mejorar los sistemas de información relacionados con los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:

- El Instituto Canario de Seguridad Laboral implantará el sistema de notificación de accidentes de trabajo DELTA (Declaración Electrónica de Trabajadores Accidentados). La fase de implantación de este sistema se llevará a cabo desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2004.
- Ligada al punto anterior, el Instituto Canario de Seguridad Laboral pondrá en marcha de forma inmediata el sistema de información sobre daños profesionales, mediante notificación telemática de los partes de accidentes de trabajo desde las entidades gestoras o colaboradoras de la Seguridad Social, de acuerdo a criterios de calidad en la recogida y transmisión de la información a la autoridad competente.
- El Servicio Canario de la Salud, en la línea establecida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pondrá en marcha el registro sanitario de enfermedades profesionales ya existente en Canarias, a través del Sistema de Información en Salud Laboral "SISAL".

21.8.- Evaluación de las tecnologías sanitarias

El continuo y rápido incremento del conocimiento médico, la diversidad de medios de diagnóstico y de alternativas terapéuticas, el coste económico de las mismas y por último los inconvenientes y los riesgos potenciales para los usuarios, han de ser valorados de modo integral y dentro del contexto de la planificación

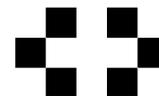


sanitaria de la Comunidad Autónoma, a la hora de seleccionar las innovaciones tecnológicas en términos de efectividad y eficiencia.

La propia Organización Mundial de la Salud propone, en su estrategia de salud para todos, la evaluación sistemática de los procedimientos tecnológicos en sanidad. Esta propuesta incluye la valoración previa de la necesidad y del rendimiento teórico de la incorporación tecnológica, así como del uso apropiado de la misma una vez efectuada la adquisición.

El conjugar los criterios de eficiencia y equidad resulta especialmente difícil cuando se trata de analizar aspectos relacionados con la ubicación, accesibilidad y utilización de la alta tecnología. Por esta misma razón es especialmente importante evaluar la introducción y el uso apropiado de la tecnología sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, desde una perspectiva sanitaria, social, económica y ética.

Al objeto de garantizar que el Sistema Canario de Salud lleve a cabo sus actuaciones acorde a los puntos señalados anteriormente, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias exigirá, previamente a la incorporación tecnológica, informes de evaluación de las tecnologías sanitarias, al objeto de identificar precozmente las tecnologías prometedoras y llevar a cabo la evaluación de la efectividad, seguridad, costo-efectividad de las diferentes alternativas disponibles. A la vez, efectuará propuestas sobre el modo más eficiente y equitativo de su ubicación en el territorio de la Comunidad Canaria (nivel 1 de evidencia).



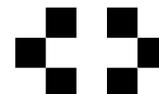
22. Ficha financiera

Presupuesto global

cifras en euros

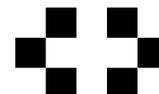
Área de actuación	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Cardiopatía isquémica	198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18	7.375.572,47
Cáncer	30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04	2.456.566,67
Diabetes	30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39	1.720.610,42
Salud Mental	557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54	3.643.511,14
Envejecimiento	62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28	6.407.058,65
Condiciones de consolidación						
Programas educativos y consejos de salud	60.071,00	181.474,00	152.650,00	63.748,00	65.023,00	522.966,00
Plantillas	0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59	19.724.681,50
Total nuevas acciones por año (*)	938.609,49	10.070.936,75	9.622.927,38	10.407.176,21	10.811.317,02	41.850.966,85
Total acumulado	938.609,49	11.009.546,24	20.632.473,62	31.039.649,83	41.850.966,85	

(*) Incluye únicamente aquellas acciones que requieren de nueva financiación por parte del SCS



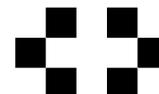
Presupuesto para el área de Cardiopatía Isquémica

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 1						
<i>Impulsar las reformas en la normativa vigente para las competencias en materia de inspecciones y sanciones en materia de tabaco</i>						
Gran Canaria						
Técnicos para inspección	1			47.347,38		
Tenerife						
Técnicos para inspección	1				48.294,33	
Aumentar la intensidad de las campañas antitabaco						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
Desarrollar actividades formativas para profesores padres y alumnos sobre los problemas del tabaquismo						
Comunidad autónoma						
Técnico de formación	1			47.347,38		
Promover los grupos de autoayuda para dejar de fumar e cada zona básica de salud						
Comunidad autónoma						
Sustituciones para asistir a formación			40.705,34	41.519,45	42.349,84	43.196,83
Aumentar la intensidad de las campañas dirigidas a promover una alimentación más saludables						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
Proveer material formativo sobre alimentación saludable						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		60.101,21	61.303,23	62.529,30	63.779,88	65.055,48
Aumentar la intensidad de las campañas para mejorar la realización de ejercicio físico						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
Proveer material divulgativo sobre ejercicio físico						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		30.050,61	30.651,62	31.264,65	31.889,95	32.527,75
TOTAL OBJETIVO 1		90.151,82	673.571,09	781.737,27	749.077,69	714.799,03
OBJETIVO 3						
<i>Garantizar en el ámbito extrahospitalario administración de oxígeno, alivio del dolor etc,</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para medidas de seguridad	147	80.134,95	81.737,65	83.372,40		
Mejorar la accesibilidad a la desfibrilación						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para desfibriladores	178		200.000,00	261.682,00	368.915,00	250.000,00
TOTAL OBJETIVO 3		80.134,95	281.737,65	345.054,40	368.915,00	250.000,00
OBJETIVO 4						
<i>Garantizar la atención diagnóstica y terapéutica en todas las áreas de salud</i>						
Gran Canaria						
cardiólogos	4		51.053,37	104.148,88		54.178,25
Tenerife						
cardiólogos	5		51.053,37	104.148,88	53.115,93	54.178,25
La Palma						
cardiólogos	2			56.368,33		58.645,61
Fuerteventura						
cardiólogos	1			56.368,33		
Lanzarote						
cardiólogos	1			56.368,33		
Favorecer la continua descentralización del control de los pacientes anticoagulados						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para formación y edición		28.200,00				
Presupuesto equipamiento			113.904,00	407.160,00	813.600,00	
TOTAL OBJETIVO 4		28.200,00	216.010,74	784.562,75	866.715,93	167.002,11
OBJETIVO 5						
<i>Crear las unidades de rehabilitación cardiaca</i>						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2					108.356,50
Fisioterapeuta	2					72.617,12
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	2					73.396,42
Dietista	2					73.396,42
Tenerife						
Psicólogo clínico	2					108.356,50
Fisioterapeuta	2					72.617,12
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	2					73.396,42
Dietista	2					73.396,42
Crear las unidades antitabaco						
La Palma						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Fuerteventura						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Lanzarote						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Gomera						
Enfermera	1					40.187,99
El Hierro						
Enfermera	1					40.187,99
TOTAL OBJETIVO 5		0,00	0,00	0,00	0,00	977.902,04
TOTAL		198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18



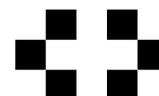
Presupuesto para el área de Cáncer

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 7						
Ampliar el grupo de edad a incluir en el programa de cáncer de mama hasta los 69 años						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado				300.506,05		
Elaborar la vía clínica para el Programa de Cribado de Cáncer de Mama						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado						
Campaña de promoción			96.161,94	98.085,18	100.046,88	102.047,82
Garantizar los tiempos máximos de demora						
Gran Canaria						
Patólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Cirujanos	2		51.053,37	52.074,43		
Ginecólogos	1		51.053,37			
Radiólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Tenerife						
Patólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Cirujanos	2		51.053,37	52.074,43		
Ginecólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Radiólogos	2		51.053,37	52.074,43		
La Palma						
Oncólogo	1					58.645,61
Fuerteventura						
Oncólogo	1					58.645,61
Crear el servicio de Planificación, evaluación, y seguimiento de procesos oncológicos						
Comunidad autónoma						
Técnicos grupo A	3		46.419,00	47.347,38	48.294,32	
Auxiliares administrativo	2		16.675,86	17.009,37		
TOTAL OBJETIVO 7		0,00	567.683,73	827.469,02	148.341,20	219.339,04
OBJETIVO 8						
Iniciar la experiencia piloto del programa de cribado del Cáncer colo-rectal						
Tenerife						
Endoscopista	1				53.115,92	
TOTAL OBJETIVO 8		0,00	0,00	0,00	53.115,92	0,00
OBJETIVO 12						
Unidades de apoyo psicosocial para enfermos con cáncer						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2			104.148,87		
Tenerife						
Psicólogo clínico	2			104.148,87		
Campaña de sensibilización a los profesionales						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado		30.651,62				
Ampliar la obertura de los cuidados paliativos						
Gran Canaria						
FEA	1		51.053,37			
Tenerife						
FEA	2		51.053,37	52.074,43		
La Palma						
FEA	1			56.368,33		
Enfermera	1			38.627,44		
Fuerteventura						
FEA	1			56.368,33		
Enfermera	1			38.627,44		
Gomera						
FEA (ubicado en el área)	1				57.495,70	
TOTAL OBJETIVO 12		30.651,62	102.106,73	450.363,71	57.495,70	0,00
TOTAL		30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04



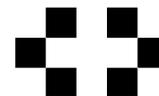
Presupuesto para el área de Diabetes Mellitus

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 13						
Actuaciones de educación para la salud a través de Red Canaria de Municipios Saludables, etc						
Comunidad Autónoma						
Técnico superior (Salud pública)	2			47.347,38	48.294,32	
Técnico medio (Salud Pública)	1			38.050,79		
Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			25.000,00			
Impulsar la difusión e implementación de la Red Canaria de Municipios Saludables						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			42.070,85	42.912,27	43.770,51	44.645,92
Vigilancia de la calidad nutricional de los comedores de los centros educativos y empresas						
Gran Canaria						
Técnico Dietista	1				35.294,54	
Tenerife						
Técnico Dietista	1			34.602,49		
TOTAL OBJETIVO 13		0,00	67.070,85	162.912,92	127.359,37	44.645,92
OBJETIVO 14						
Campaña de sensibilización dirigida a los profesionales						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto por estimar		30.051,00				
Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover el ejercicio físico						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto de formación (Radio ECCA)			84.142,00	85.824,84	87.541,34	89.292,16
TOTAL OBJETIVO 14		30.051,00	84.142,00	85.824,84	87.541,34	89.292,16
OBJETIVO 15						
Garantizar la presencia de la figura del experto consultor en diabetes						
Gran Canaria						
Experto consultor	2			52.074,43	53.115,92	
Tenerife						
Experto consultor	3			52.074,43	53.115,92	54.178,24
La Palma						
Experto consultor	1				57.495,70	
Fuerteventura						
Experto consultor	1					58.645,61
Lanzarote						
Experto consultor	1					58.645,61
Incorporar progresivamente la figura del educador en atención primaria y especializada						
Comunidad Autónoma						
Enfermeras en atención primaria	7		31.624,22	64.513,41	69.909,13	75.494,86
Enfermeras en atención especializada	7		34.581,55	70.546,36	75.378,63	80.375,98
TOTAL OBJETIVO 15		0,00	66.205,77	239.208,64	309.015,30	327.340,30
TOTAL		30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39



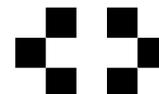
Presupuesto para el área de Salud Mental

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 17						
Implementar el registro acumulativo de casos psiquiátricos en las Áreas sanitarias de Canarias						
Gran Canaria						
Auxiliar Administrativo	2		33.351,72			
Tenerife						
Auxiliares Administrativos	3		50.027,58			
TOTAL OBJETIVO 17		0,00	83.379,30	0,00	0,00	0,00
OBJETIVO 20						
Aumentar el número de camas de agudos en hospitales generales						
La Palma						
Enfermera	1		37.870,04			
Auxiliar de enfermería	1		20.748,77			
Fuerteventura						
Enfermera	1			38.627,44		
Auxiliar de enfermería	1			21.163,75		
Lanzarote						
Enfermera	1				39.399,99	
Auxiliar de enfermería	1				21.587,03	
Mejorar la dotación de recursos humanos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)						
Gran Canaria						
Psiquiatras / Psicólogos	4	100.104,64				108.356,50
ATS/DUE	3	33.903,48		35.273,18		36.698,21
Auxiliar Administrativo	1					19.666,12
Auxiliar enfermería	1					19.963,44
Tenerife						
Psiquiatras / Psicólogos	4		51.053,37	52.074,44		108.356,50
ATS/DUE	1					36.698,21
Auxiliares de enfermería	8		18.812,00	57.564,72	58.716,00	19.963,44
Trabajadores sociales	6		68.202,76	69.566,82	70.958,16	
Auxiliar Administrativo	1					19.666,12
La Palma						
Psiquiatra / psicólogo	1		55.263,07			
Auxiliares Administrativos	2		20.468,57	20.877,94		
Trabajadores sociales	1				39.584,54	
Lanzarote						
Auxiliar de enfermería	1		20.748,77			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
Fuerteventura						
Psiquiatra / Psicólogo	1		55.263,07			
Auxiliares Administrativos	2		20.468,57	20.877,94		
Trabajadores sociales	1			38.808,37		
Gomera						
<i>Escenario 3: Recursos presenciales fijos</i>						
Psiquiatra / psicólogo	2		110.526,14			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
El Hierro						
<i>Escenario 3: Recursos presenciales fijos</i>						
Psiquiatra / Psicólogo	2		110.526,14			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
Garantizar una adecuada asistencia mediante interconsulta						
Gran Canaria						
ATS/DUE	1		31.624,22			
Tenerife						
ATS/DUE	1		31.624,22			
TOTAL OBJETIVO 20		134.008,12	714.605,42	354.834,60	230.245,72	369.368,54
OBJETIVO 21						
Poner en funcionamiento dos hospitales de día al objeto de atender a la población infanto juvenil						
Gran Canaria						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediатras	10	50.052,32	153.160,11	156.223,32	159.347,79	
ATS/DUE	1		31.624,22			
Auxiliares de enfermería	12	109.010,70	37.063,64	37.804,92	38.561,02	
Celador	1	18.520,43				
Auxiliares Administrativos	1		18.531,82			
Trabajador Social	1		34.101,38			
Terapeuta ocupacional	1	33.258,83				
Monitores ocupacionales	1			19.188,24		
Tenerife						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediатras	6	50.052,32	102.106,74	52.074,44	106.231,86	
ATS/DUE	1		31.624,22			
Auxiliares de enfermería	12	110.658,84	37.624,00	38.376,48	39.144,00	
Celador	1	18.520,43				
Auxiliares Administrativos	1		18.531,82			
Trabajador Social	1		34.101,38			
Terapeuta ocupacional	1	33.258,83				
Monitores ocupacionales	1			19.188,24		
La Palma						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediатras	1				57.495,70	
Fuerteventura						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediатras	1		55.263,07			
Lanzarote						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediатras	1			56.368,33		
TOTAL OBJETIVO 21		423.332,70	553.732,40	379.223,97	400.780,37	0,00
TOTAL		557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54



Presupuesto para el área de Envejecimiento

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 34						
<i>Promover la práctica del ejercicio físico por parte de las personas mayores</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,89	191.339,65
Presupuesto para material			36.060,73	36.781,94	37.517,58	
<i>Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico en las personas mayores</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto elaboración de la guía			36.060,73			
TOTAL OBJETIVO 34		0,00	252.425,09	220.691,64	225.105,47	191.339,65
OBJETIVO 35						
<i>Elaboración del catálogo de pruebas complementarias</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			60.101,21			
<i>Implementar la enfermería comunitaria de enlace</i>						
Enfermeras (Atención Primaria)	41		347.866,42	322.567,00	329.018,30	335.598,70
TOTAL OBJETIVO 35		0,00	407.967,63	322.567,00	329.018,30	335.598,70
OBJETIVO 36						
<i>Crear las unidades de valoración geriátrica</i>						
Gran Canaria						
Adjunto/Especialista de Área	2		51.053,37	52.074,44		
Trabajador Social	2		34.101,38	34.783,41		
Tenerife						
Adjunto/Especialista de Área	4		51.053,37	52.074,44	53.115,93	54.178,25
Trabajador Social	2		34.101,38	34.783,41		
La Palma						
Adjunto/Especialista de Área	2				57.495,70	58.645,61
Trabajador Social	1				39.584,54	
Fuerteventura						
Adjunto/Especialista de Área	2				57.495,70	58.645,61
Trabajador Social	1				39.584,54	
<i>Crear las unidades de ictus /demencia</i>						
Gran Canaria						
Neurólogo	1			52.074,44		
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	6			105.819,54	107.935,92	
Auxiliar de enfermería	2			19.188,24	19.572,00	
Tenerife						
Neurólogo	2			104.148,88		
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	3			105.819,54		
Auxiliar de enfermería	1			19.188,24		
TOTAL OBJETIVO 36		0,00	170.309,50	579.954,58	374.784,33	171.469,47
OBJETIVO 37						
<i>Equipos asistenciales adscritos al área de salud</i>						
Gran Canaria						
Médicos generales	5		50.641,25		43.696,00	133.708,00
Enfermeras	10	31.004,14	63.248,44		32.901,83	201.359,22
Fisioterapeutas	5		35.925,15		37.376,52	114.372,15
Trabajadores sociales	1				35.609,37	
Aux. Administrativos	2					39.800,02
Tenerife						
Médicos generales	5		50.641,25		52.687,16	161.222,70
Enfermeras	10	31.004,14	63.248,44		32.901,83	201.359,22
Fisioterapeutas	5		35.925,15		37.376,52	114.372,15
Trabajadores sociales	3				106.828,11	
Aux. Administrativos	2					39.800,02
La Palma						
Médicos generales	2			55.947,97		58.208,27
Enfermeras	3			36.281,66		75.494,88
Fisioterapeutas	2			40.668,61		42.311,62
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
Fuerteventura						
Médicos generales	1				57.066,93	
Enfermeras	1				37.007,29	
Fisioterapeutas	1				41.481,98	
Trabajadores sociales	1				39.714,82	
Lanzarote						
Médicos generales	2			55.947,97		58.208,27
Enfermeras	2			36.281,66		37.747,44
Fisioterapeutas	1			40.668,61		
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
Gomera						
Médicos generales	1			55.947,97		
Enfermeras	2			36.281,66		37.747,44
Fisioterapeutas	1					42.311,62
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
El Hierro						
Médicos generales						
Enfermeras	1					37.747,44
Fisioterapeutas						
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
TOTAL OBJETIVO 37		62.008,28	299.629,68	513.770,51	554.648,36	1.395.770,46
TOTAL ENVEJECIMIENTO		62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28



Presupuesto para Plantillas

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: Presupuesto						
Comunidad Autónoma						
Médicos generales	127,00		1.860.847,36	1.138.838,59	1.991.340,61	1.974.746,11
Odontólogos	5,00		106.334,14	108.460,82	55.315,02	0,00
Enfermeras	133,00		1.681.513,61	596.571,79	1.369.132,25	1.357.722,81
Trabajadores sociales	21,00		255.283,03	185.991,92	341.481,17	0,00
Fisioterapeutas	35,00		329.237,91	261.195,41	380.599,02	349.389,90
Matronas	37,00		338.003,34	229.842,27	390.731,86	478.255,80
Higienistas dentales	40,00		257.372,95	236.268,37	348.102,06	218.500,99
Auxiliares administrativos	80,00		338.542,66	243.750,71	227.906,92	845.327,47
Auxiliares de enfermería	35,00		181.750,17	226.581,88	105.051,60	214.305,27
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: atención especializada						
Gran Canaria						
Epidemiólogos	2,00			52.074,43	53.115,92	
Auxiliares enfermería	2,00			19.188,24	19.572,01	
Tenerife						
Epidemiólogos	2,00			52.074,43	53.115,92	
Rehabilitadores (FEA)	4,00			52.074,43	106.231,84	54.178,24
Auxiliares enfermería	2,00			19.188,24	19.572,01	
TOTAL		0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59

Recursos necesarios para la consolidación del Plan

CATEGORÍA DE RECURSO	2004	2005	2006	2007	2008
Plantillas		5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59
Programas con Medios de comunicación (radio ECCA)	42.071,00	42.912,00	43.771,00	44.646,00	45.539,00
Programa de sexualidad	18.000,00	18.360,00	18.727,00	19.102,00	19.484,00
Constitución de los consejos de salud		120.202,00			
Conferencia de salud			90.152,00		
TOTAL	60.071,00	5.530.359,17	3.574.751,53	5.525.016,21	5.557.449,59

ANEXO

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Chang R (1996)	EEUU	1	Artroplastia total de cadera frente a no artroplastia total de cadera en mujeres de 60 años con osteoartritis de cadera en al ACR (limitación funcional significativa pero no dependiente) ¹⁹⁸ .		Ahorro
Clark W (2000)	Canadá	2	Tratamiento con inhibidor ECA para retrasar el progreso de la nefropatía frente a no tratamiento en pacientes diabéticos tipo 1 ¹⁷³ .		Ahorro
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	3	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a cirugía a los 10 años ¹⁰⁰		Ahorro
DCCT (2002)	EEUU	4	Control intensivo de hipertensión para diabéticos tipo 2 con inhibidor ECA frente a un control más moderado de la hipertensión (tratamiento con dieta y medicación pero sin inhibidor ECA) ¹⁷⁵		Ahorro
Gottlieb R (1996)	EEUU	5	Biopsia frente a no biopsia en varones de 50 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ¹³⁸		Ahorro
Hatziandreu E (1988)	EEUU	6	Programa con régimen regular de ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares y circulatorias frente a no programa en varones de 35 años de edad ¹¹¹		Ahorro
Hendry B (1997)	Reino Unido	7	Se comparan dos escenarios para reducir la progresión de la insuficiencia renal en pacientes diabéticos tipo 1, uno con 25 mg de captopril tres veces al día frente a otro escenario sin tratamiento profiláctico ¹⁷⁴	Ahorro	
Lieu TA (1997)	EEUU	8	Angioplastia con un volumen alto de pacientes frente a trombolisis para pacientes con infarto agudo de miocardio ¹⁰¹		Ahorro
Loeve F (2000)	Holanda	9	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁰	Ahorro	
Postma MJ (1999)	Holanda	10	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con alto riesgo frente a no programa ¹⁹²	Ahorro	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Segal L (1998)	EEUU	11	Programa para modificar el comportamiento de los varones con sobrepeso y obesidad en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependiente frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	Ahorro	
Segal L (1998)	EEUU	12	Consejo del medico generalista al grupo de adultos de alto riesgo como grupo diana en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependiente frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	Ahorro	
Segui-Gomez M (2002)	EEUU	13	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en personas mayores (mujeres con más de 65 años de edad) frente a no intervención ¹⁹⁵		Ahorro
Sonnenberg A (2000)	EEUU	14	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con sigmoidoscopia flexible cada 5 años ¹⁴¹	Ahorro	
Phillips C (1993)	Reino Unido	15	Programa para dejar de fumar frente a no programa ¹¹²	15	
Smith B (1999)	EEUU	16	Cribado del cáncer de cérvix uterino cada 4 años con Autopap frente a cribado cervical con citología manual ¹⁵¹	92	
Krumholz HM (1993)	EEUU	17	Programa para dejar de fumar gestionado por enfermería frente al consejo estándar para supervivientes con infarto agudo de miocardio ¹¹³	204	
Waugh N (1996)	Reino Unido	18	Captación de mujeres no cribadas previamente de cáncer de cervix uterino en el programa de cribado de mujeres con edades entre los 20-59 años de edad frente a no programa ¹⁵²	222	
Wutzke SE (2001)	Australia	19	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a no hacer nada ¹⁸⁸	418	
Comas A (1998)	España	20	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente "atención ordinaria" en hombres entre 45 y 49 años ¹¹⁴	475	
Shiell A (1993)	Australia	21	Programa de educación de seguridad en carretera frente a no programa en población general ¹⁸⁹		489
Comas A (1998)	España	22	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente "atención ordinaria" en varones entre 60 y 64 años de edad ¹¹⁴	629	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Segal L (1998)	EEUU	23	Campañas en los medios con apoyo de la comunidad dirigido a la población en general (adultos con sobrepeso) en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependientes frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	642	
Haigh R (1991)	Reino Unido	24	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes mayores de 65 años de edad frente a no tratamiento ¹²⁷	774	
Wutzke SE (2001)	Australia	25	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte mínimo ¹⁸⁸	792	
Comas A (1998)	España	26	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente "atención ordinaria" en mujeres entre 50 y 54 años ¹¹⁴	804	
Field K (1995)	Reino Unido	27	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ¹¹⁵	850	
UK PDSG (1998)	Reino Unido	28	Programa de control estricto de la presión arterial con inhibidor ECA frente a un control menos estricto en hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 ¹⁷⁶	938	
Comas A (1998)	España	29	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente "atención ordinaria" en mujeres entre 35 y 39 años de edad ¹¹⁴	984	
López J (2001)	España	30	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 ¹⁷⁰		1.027
Munro J (1997)	Reino Unido	31	Implantar un programa de ejercicios físicos para personas mayores de 65 años frente a no programa ¹⁹³	1.097	
Fenn P (1991)	Reino Unido	32	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en mujeres ¹²⁸	1.199	
Wutzke SE (2001)	Australia	33	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte máximo ¹⁸⁸	1.213	
Fenn P (1991)	Reino Unido	34	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en varones ¹²⁸	1.224	
Haigh R (1991)	Reino Unido	35	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años edad frente a no tratamiento ¹²⁷	1.311	
Postma MJ (1999)	Holanda	36	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad frente a no programa ¹⁹²	1.410	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Segal L (1998)	EEUU	37	Dieta intensiva y modificación de comportamiento a las mujeres con gestación diabética en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependiente frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	1.440	
Levin L (1992)	Suecia	38	Tratamiento trombolítico intravenoso utilizando alteplase (rt-PA) frente a tratamiento usual sin terapia trombolítica intravenosa en pacientes entre los 18 y 75 años de edad con sospecha clínica de IAM y síntomas mayores en 5 horas ¹²⁹		1.518
Gray A (2000)	Reino Unido	39	Política de control intensivo (insulina) de glucosa frente a una política de control convencional de glucosa (principalmente dieta) ¹⁷⁹	1.520	
Nice (2002)	Reino Unido	40	Tratamiento de sustitución de nicotina y bupropion para dejar de fumar frente a no hacer nada ¹¹⁶	1.549	
Segal L (1998)	EEUU	41	Dieta intensiva y cambio de conducta a todas las personas seriamente obesas y con mala tolerancia a la glucosa, en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependientes frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	1.610	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	42	Programa de cribado de cáncer colorectal (Hemoccult test-II) (cada dos años para 65-74 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	1.666	
Haigh R (1991)	Reino Unido	43	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo entre 4 y 6 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento ¹²⁷	1.748	
O'Kelly T (1990)	Reino Unido	44	Un sistema ideal de 8 centros de trauma para heridos severos frente a los cuidados actuales ¹⁹⁰		1.756
Wasley MA (1997)	EEUU	45	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ¹¹⁷	2.022	
Gearhart PA (1997)	EEUU	46	Helicóptero para servicios médicos de emergencia para pacientes traumáticos frente a no hacer nada ¹⁹¹	2.067	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	47	Programa de cribado de cáncer cervix uterina (Pap smear test) (cada 3 años para mujeres entre los 20-69 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	2.091	
Javitt J (1996)	EEUU	48	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes insulinodependientes ¹⁷¹		2.108

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Fenn P (1991)	Reino Unido	49	Tratamiento trombolítico frente a placebo para mujeres de entre 35-39 años y 60-64 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ¹²⁸	2.142	
Gyrd-Hansen D (1995)	Dinamarca	50	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix de utero (mujeres entre 25-59 años de edad e intervalo de cribado cada 4 o 5 años) ¹⁵³	2.253	
Smith G (1990)	EEUU	51	Programa de control de hipertensión para sujetos de edad entre 45-64 años de edad para reducir infartos frente a no programa ¹¹⁸		2.294
Sonnenberg A (2002)	EEUU	52	Programa de cribado del cáncer colorectal con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad frente a no cribado ¹⁴³	2.392	
Fenn P (1991)	Reino Unido	53	Tratamiento trombolítico frente a placebo para varones de entre 35-39 años y 55-59 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ¹²⁸	2.535	
Simoons M (1991)	Holanda	54	Tratamiento trombolítico con estreptoquinasa intracoronaria frente a tratamiento convencional ¹³⁰	2.579	
Williams A (1985)	Reino Unido	55	Prótesis de cadera para el tratamiento de artrosis de cadera frente a prótesis ¹⁰⁵		2.727
Plans P (1995)	España	56	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones entre 45 y 49 años de edad ¹¹⁹	2.777	
Gyrd-Hansen D (1995)	Dinamarca	57	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix de utero (mujeres entre 20-69 años de edad e intervalo de cribado cada 4 años) ¹⁵³	2.915	
Javitt J (1996)	EEUU	58	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos ¹⁷¹		2.963
Gyrd-Hansen D (1998)	Dinamarca	59	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar para personas entre los 45 y 75 años de edad cada 2 años frente a no cribado ¹⁴⁴	2.970	
Field K (1995)	Reino Unido	60	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en mujeres con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ¹¹⁵	3.126	
Lowin A (1996)	Reino Unido	61	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 35-69 años de edad ¹²⁰	3.149	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Wasley MA (1997)	EEUU	62	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ¹¹⁷	3.166	
Tsevat J (1995)	EEUU	63	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 80 años de edad ¹⁰²		3.213
Javitt J (1996)	EEUU	64	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes no insulino dependientes ¹⁷¹		3.279
Plans P (1995)	España	65	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones entre 45 y 49 años de edad ¹¹⁹	3.283	
Lowin A (1996)	Reino Unido	66	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 60-64 años de edad ¹²⁰	3.308	
de Koning H (1991)	Holanda	67	Cribado del cáncer de mama cada tres años para mujeres entre 50-65 años de edad frente a no programa de cribado ¹⁵⁷		3.541
Phillips KA (2000)	EEUU	68	Estrategia del aumento de la utilización de los Beta—Bloqueantes (atenolol y metoprolol) después de un infarto de miocardio frente al tratamiento habitual ¹⁰⁴		3.751
Williams A (1985)	Reino Unido	69	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad principal del vaso izquierdo frente a tratamiento médico ¹⁰⁵		3.782
Plans P (1995)	España	70	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 45 y 49 años de edad ¹¹⁹	3.790	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	71	Programa de cribado de cáncer colorectal (Hemoccult test-II) (cada año para 50-74 años de edad) frente a no cribado ¹⁴²	4.164	
Fiscella K (1996)	EEUU	72	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 45-49 años de edad ¹²¹		4.216
Van Ineveld B (1993)	Holanda	73	Programa de cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 70 años de edad frente a no programa ¹⁵⁹	4.370	
Fiscella K (1996)	EEUU	74	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 25-29 años de edad ¹²¹		4.384
Fiscella K (1996)	EEUU	75	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 45-49 años de edad ¹²¹		4.469

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Palmer A (2000)	Suiza	76	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de la microalbuminuria más inhibidor ECA frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	4.472	
Field K (1995)	Reino Unido	77	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado, en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular y con historia de fumador ¹¹⁵	4.594	
Plans P (1995)	España	78	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	4.628	
Plans P (1995)	España	79	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	4.699	
Palmer A (2000)	Suiza	80	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía y de la microalbuminuria más inhibidor ECA frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	4.727	
Gyrd-Hansen D (1995)	Dinamarca	81	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix uterino (mujeres entre 15-69 años de edad e intervalo de cribado cada 3 o 2 años) ¹⁵³	4.850	
Lowin A (1996)	Reino Unido	82	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en mujeres entre 35-69 años de edad ¹²⁰	4.857	
Marshall D (2001)	EEUU	83	Cribado del cáncer pulmonar con una tomografía computarizada en una cohorte de alto riesgo (60-74 años de edad) una sola vez frente a no cribado ¹⁶⁷	4.952	
Ragnarson Tennvall G (2001)	Suecia	84	Prevención intensiva (educación de los pacientes, cuidados del pie y calzado) en pacientes con riesgo o alto riesgo de ulcera del pie y amputación frente a no programa ¹⁸³		5.004
Boer R (1998)	Reino Unido	85	Programa de cribado del cáncer de mama cada 2 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ¹⁶⁰	5.227	
Postma MJ (1999)	Holanda	86	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad (con bajo riesgo) frente a no programa ¹⁹²	5.344	
Plans P (1995)	España	87	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	5.472	
Palmer A (2000)	Suiza	88	Tratamiento intensivo solo con insulina frente a tratamiento convencional en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	5.481	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Plans P (1995)	España	89	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	5.557	
Fiscella K (1996)	EEUU	90	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 25-29 años de edad ¹²¹		5.649
van Os N (2000)	Holanda	91	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, inhibidor ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 1 ¹⁷⁷		5.663
Plans P (1996)	España	92	Programa de cribado del cáncer de mama (bianual durante 10 años) frente a no intervención en mujeres entre 50 y 64 años de edad ¹⁶¹	5.680	
Oldridge N (1997)	EEUU	93	Programa de prevención secundaria para la enfermedad coronaria con extensa rehabilitación cardíaca frente a no programa ¹²⁵		5.727
de Koning H (1991)	Holanda	94	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa de cribado de cáncer de mama cada tres años entre los 50-65 años de edad ¹⁵⁷		5.818
Palmer A (2000)	Suiza	95	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	5.841	
Smith B (1999)	EEUU	96	Cribado del cáncer de cervix uterino anualmente con Autopap frente a cribado con citología manual ¹⁵¹	6.053	
Johanneson M (1997)	Suecia	97	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a no tratamiento en enfermedades coronarias ¹⁰⁶	6.177	
Boer R (1998)	Reino Unido	98	Programa de cribado del cáncer de mama cada 3 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ¹⁶⁰	6.197	
Plans P (1995)	España	99	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	6.317	
Fiscella K (1996)	EEUU	100	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 65-69 años de edad ¹²¹		6.324
Golan L (1999)	EEUU	101	Tratar a todos los diabéticos a partir de 50 años de edad con nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 con el inhibidor ECA frente a pacientes cribados con microalbuminuria y tratamiento si son positivos ¹⁷⁸		6.324

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Plans P (1995)	España	102	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres entre 50 y 54 años de edad ¹¹⁹	6.414	
Plans P (1995)	España	103	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	6.787	
Oldridge N (1993)	EEUU	104	Programa de rehabilitación cardiaca (ejercicio y consejo) frente cuidado comunitario usual en pacientes diagnosticados de IAM que se sentían ansiosos y deprimidos en el hospital ¹²⁶		6.829
Norum J (1999)	Noruega	105	Programa de cribado con mamografía en mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no programa ¹⁶²	7.253	
Laupacis A (1994)	Canadá	106	Prótesis de cadera frente a no prótesis en pacientes a los que se les va a realizar cirugía electiva ²⁰⁸		7.588
Tsevat J (1995)	EEUU	107	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes de 80 años de edad (en el peor de los casos) ¹⁰²		7.765
Whynes DK (1998)	Reino Unido	108	Cribado con la prueba de sangre oculta en heces para el cáncer colorectal frente a no cribado en varones y mujeres entre 50-74 años de edad ¹⁴⁵		7.865
Segal L (1998)	Australia	109	Cirugía para obesidad severa en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependientes frente a no programa de intervención ¹⁶⁸	7.895	
Plans P (1995)	España	110	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	8.026	
Sonnenberg A (2000)	EEUU	111	Cribado de cáncer colorectal con la prueba de sangre oculta en heces anual en población general de 50 años de edad frente a no cribado ¹⁴¹		8.183
Oldridge N (1993)	EEUU	112	Rehabilitación cardiaca iniciada después de un infarto agudo de miocardio para pacientes con ansiedad o depresión leve o moderada frente al cuidado normal en Atención Primaria ¹²⁶		8.211
Williams A (1985)	Reino Unido	113	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad de doble vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵		8.291
Ashraf T (1996)	EEUU	114	Pravastatina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a placebo en varones con factores de riesgo adicionales ¹⁰⁷	8.430	
Ness RN (2000)	EEUU	115	Cribado del cáncer colorectal con colonoscopia una sola vez para ambos sexos entre los 50 y 54 años de edad frente a no cribado ¹⁴⁶		8.431

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Williams A (1985)	Reino Unido	116	Angioplastia coronaria transluminal percutánea para pacientes con angina severa y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵		8.727
Gaspoz JM (2002)	EEUU	117	Aspirina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a no aspirina ¹⁰⁸	8.827	
Keeler EB (1999)	EEUU	118	Evaluación de un programa integral geriátrico en consultas externas frente al cuidado estándar ¹⁹⁴		8.981
Sonnenberg A (2000)	EEUU	119	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a no cribado ¹⁴¹	9.260	
Plans P (1995)	España	120	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres entre 65 y 69 años de edad ¹¹⁹	9.265	
Le Floch J (1994)	Francia	121	Doble tira reactiva pre-cribado de una muestra de orina con la inmunoturbidimetría para resultados positivos frente al cribado tradicional de la microalbuminuria utilizando la prueba de laboratorio ¹⁸⁴		9.275
Wagner J (1996)	EEUU	122	Cribado del cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años ¹⁴⁷	9.595	
Sonnenberg A (2000)	EEUU	123	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con la prueba fecal de sangre oculta anual ¹⁴¹	9.597	
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	124	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ¹⁰⁰		9.703
Wagner J (1996)	EEUU	125	Cribado del cáncer colorectal con enema de bario con doble contraste cada 5 años ¹⁴⁷	9.801	
Castillo PA (1997)	EEUU	126	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio dentro de las 6 horas ¹³¹	10.044	
Johansson M (1995)	Suecia	127	Programa de intervención multifactorial (consejo individual y colectivo basado en consejo nutricional y cambio de conducta, además si es necesario de medicación) para varones con hipertensión frente a tratamiento conservador con tratamiento ¹²²	10.091	
Fiscella K (1996)	EEUU	128	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 65-69 años de edad ¹²¹		10.118

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Littenberg B (1990)	EEUU	129	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 60 años de edad asintomáticos ¹²³		10.118
Wagner J (1996)	EEUU	130	Cribado del cáncer colorectal con la prueba de sangre oculta en heces anual ¹⁴⁷	10.290	
Lieu TA (1997)	EEUU	131	Angioplastia (volumen alto de pacientes) frente a no intervención (cuidado estándar) para pacientes con infarto agudo de miocardio ¹⁰¹		10.531
Parmley WW (1999)	EEUU	132	Angioplastia (volumen alto) frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ¹⁰⁹		10.531
Wagner J (1996)	EEUU	133	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁷	10.949	
Waugh N (1996)	Reino Unido	134	Programa de cribado para cáncer de cervix de utero cada 3 años frente a un programa de cribado cada 5 años para mujeres entre 20-59 años de edad ¹⁵²	10.991	
Khandker RK (2000)	EEUU	135	Cribado cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ¹³⁹	11.073	
Martinez-Bengochea M (1995)	España	136	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (GUSTO) ¹³²	11.164	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	137	Programa de cribado de cáncer de cervix uterino (Pap smear test) cada 5 años para mujeres entre 30-59 años de edad frente a no cribado ¹⁴²	11.333	
Glick S (1998)	EEUU	138	Cribado del cáncer colorectal a partir de los 50 años de edad con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁸	11.365	
DCCT (1998)	EEUU	139	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez para personas entre 25-34 años de edad frente a no cribado y tratamiento ¹⁸⁷		11.397
Sonnenberg A (2002)	EEUU	140	Programa de cribado del cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años frente a cribado con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad ¹⁴³	11.938	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Siegel J (1992)	EEUU	141	Programa de cribado y rapido tratamiento con inhibidor ECA para la nefropatia en pacientes insulino-dependientes ¹⁸⁵	11.944	
Forrest P (1986)	Reino Unido	142	Cribado para el cáncer de mama para mujeres entre 50-70 años de edad frente a no programa ¹⁵⁸		12.033
Wagner J (1996)	EEUU	143	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre ocultas en heces y sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ¹⁴⁷	12.103	
Tsevat J (1995)	EEUU	144	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 70 años de edad (en el peor de los casos) ¹⁰²		12.227
Castillo PA (1997)	EEUU	145	Tratamiento trombolítico (estreptokinasa o alteplase) frente a tratamiento estándar no trombolítico en pacientes con un infarto agudo de miocardio ¹³¹	12.301	
Williams A (1985)	Reino Unido	146	Angioplastia coronaria transluminal coronaria para pacientes con angina moderada y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ¹⁰⁵		12.364
Khandker RK (2000)	EEUU	147	Cribado cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces cada año frente a no cribado ¹³⁹	12.614	
Gottlieb R (1996)	EEUU	148	Biopsia frente a no biopsia en varones de 60 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/mL) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ¹³⁸		12.647
van Os N (2000)	Holanda	149	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatia diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 2 ¹⁷⁷		13.004
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	150	Solo tratamiento quirúrgico (revascularización) para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica para aquellos con angina severa a los 5 años ¹⁰⁰		13.142
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	151	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ¹⁰⁰		13.142

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Parmley WW (1999)	EEUU	152	Trombolisis frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ¹⁰⁹		13.164
Johannesson M (1997)	Suecia	153	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a placebo en enfermedades coronarias (solo costes directos) ¹⁰⁶	13.291	
Segui-Gomez M (2002)	EEUU	154	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en personas mayores (varones con más de 85 años de edad) frente a no intervención ¹⁹⁵		13.339
Vijan S (2000)	EEUU	155	Intervalo de cribado cada 5 años para la retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado anual ¹⁷²		14.139
Frazier AL (2000)	EEUU	156	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 o 10 años a los 55 años de edad ¹⁴⁹	14.334	
Hatziandreu E (1988)	EEUU	157	Régimen regular de ejercicios frente a no régimen regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ¹¹¹		14.334
Littenberg B (1990)	EEUU	158	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 60 años de edad asintomáticas ¹²³		14.334
Castillo PA (1997)	EEUU	159	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio entre 7 y 12 horas ¹³¹	14.865	
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	160	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-76 años de edad (intervalo entre los exámenes de 7 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	15.060	
Hall J (1992)	Australia	161	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 45-69 años de edad ¹⁶³		15.177
Eastman R (1997)	EEUU	162	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 2 frente al tratamiento estándar ¹⁸¹		15.480

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Khandker RK (2000)	EEUU	163	Cribado cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años frente a no cribado ¹³⁹	15.507	
Boer R (1995)	Reino Unido	164	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre 70-75 años de edad ¹⁶⁴		16.020
Leivo T (1999)	Finlandia	165	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre 50-59 años de edad cada 2 años frente a no cribado ¹⁶⁵	16.150	
Kaplan R (1988)	EEUU	166	Comparar tratamiento de obeso en diabéticos no insulino dependientes con un programa de ejercicio y dieta frente no programa ¹⁶⁹		16.169
Vijan S (2001)	EEUU	167	Cribado del cáncer colorectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia) frente a no cribado ¹⁵⁰	16.673	
de Koning H (1991)	Holanda	168	Cribado para el cáncer de mama cada 1.3 años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ¹⁵⁷		16.863
Frazier AL (2000)	EEUU	169	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratación más sigmoidoscopia cada 10 años frente a sigmoidoscopia cada 10 años ¹⁴⁹	17.875	
Salzmann P (1997)	EEUU	170	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 50-69 años de edad ¹⁶⁶		18.489
Littenberg B (1990)	EEUU	171	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 40 años de edad asintomáticos ¹²³		18.549
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	172	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-75 años (intervalo entre los exámenes de 6 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	18.646	
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	173	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 5 años ¹⁰⁰		19.056
DCCT (1996)	EEUU	174	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 1 frente al tratamiento estándar ¹⁸²		19.336
Krumholz HM (1992)	EEUU	175	Tratamiento trombolítico ante la sospecha del infarto agudo de miocardio en pacientes mayores (a partir de los 80 años de edad) frente a no tratamiento ¹³³	19.692	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Salkeld G (1997)	Australia	176	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ¹²⁴		20.236
Nichol G (1998)	EEUU	177	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por un policía frente a servicio de emergencia estándar ¹³⁵		22.906
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	178	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-72 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	23.576	
Kalish SC (1995)	EEUU	179	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 1 año ¹³⁴		24.562
Vijan S (2000)	EEUU	180	Intervalos de cribado cada 3 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ¹⁷²		25.399
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	181	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico aspirina a los 5 años ¹⁰⁰		25.637
Tsevat J (1995)	EEUU	182	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 60 años de edad (en el peor escenario) ¹⁰²		26.061
Littenberg B (1990)	EEUU	183	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 40 años de edad asintomáticas ¹²³		26.981
Kalish SC (1995)	EEUU	184	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 30 días ¹³⁴		27.162
Jonsson B (1996)	Suecia	185	Tratamiento para reducir la incidencia de la osteoporosis de la fractura de la cadera frente al tratamiento no preventivo en mujeres de 62 años de edad con osteoporosis establecida (una densidad mineral del hueso de 1 desviación estándar por debajo de la media) ²⁰⁴		28.667
Kiberd B (1995)	Canadá	186	Cribado de la microalbuminuria y tratamiento con un inhibidor ECA si es positivo frente a no cribado ¹⁸⁶		28.667

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	187	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-82 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	28.955	
Groeneveld PW (2001)	EEUU	188	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad de más de 200 pasajeros frente a no desfibrilador ¹³⁶		29.428
Kuntz KM (1999)	EEUU	189	Angiografía coronaria de rutina frente a ecocardiograma de estrés para un varón de 55 años de edad con angina típica ¹¹⁰		30.654
Sonnenberg A (2000)	EEUU	190	Cribado de cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a no cribado ¹⁴¹		30.782
Mandelblatt JS (2002)	EEUU	191	Cribado cada 3 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ¹⁵⁵		31.053
Desch CE (1993)	EEUU	192	Quimioterapia frente a no quimioterapia en mujeres de 60 años de edad con cáncer de mama ²⁰⁰		31.196
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	193	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-78 años de edad (intervalo entre los exámenes de 4 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	31.375	
Littenberg B (1990)	EEUU	194	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 20 años de edad asintomáticos ¹²³		33.726
Groeneveld PW (2001)	EEUU	195	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad entre 100 y 200 pasajeros frente a sólo poner el desfibrilador en aviones de gran capacidad ¹³⁶		34.013
Brown AD (1999)	EEUU/Reino Unido	196	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 4 años frente a Pap smear ¹⁵⁶	34.612	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	197	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina y simvastatina a los 5 años ¹⁰⁰		34.898
DCCT (2002)	EEUU	198	Control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 con terapia de insulina frente a tratamiento convencional ¹⁷⁵		35.062
Kuntz KM (1999)	EEUU	199	Ecocardiograma de estrés para un varón de 55 años de edad con angina atípica frente a electrocardiograma de esfuerzo ¹¹⁰		35.286
Nichol G (1998)	EEUU	200	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por personal no sanitario frente a servicio de emergencia estándar ¹³⁵		37.054
Vijan S (2000)	EEUU	201	Intervalo de cribado cada 2 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ¹⁷²		41.905
Frazier AL (2000)	EEUU	202	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre ocultas en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 10 años ¹⁴⁹	43.169	
DCCT (2002)	EEUU	203	Reducción del nivel de colesterol en sangre para diabéticos tipo 2 con pravastatin frente a no medicación para personas con un alto nivel de colesterol pero sin historia de enfermedad cardiovascular ¹⁷⁵		43.963
DCCT (1998)	EEUU	204	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez frente a no cribado y tratamiento ¹⁸⁷		48.266
Kuntz KM (1999)	EEUU	205	Electrocardiograma de esfuerzo para hombres de 55 años de edad con dolor de pecho no específico frente a ninguna prueba ¹¹⁰		48.591
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	206	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-79 años de edad (intervalo entre los exámenes de 3 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	49.932	
Littenberg B (1990)	EEUU	207	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 20 años de edad asintomáticas ¹²³		51.432
Tsevat J (1995)	EEUU	208	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 50 años de edad ¹⁰²		54.264

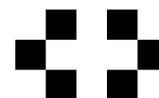
Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Sonnenberg A (2000)	EEUU	209	Cribado de cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a la prueba fecal de sangre oculta anual ¹⁴¹		55.398
Kerlikowske K (1999)	EEUU	210	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre 70-79 años de edad con alta densidad mineral del hueso (BDM) frente a no cribado ²⁰⁵	56.300	
Mandelblatt JS (2002)	EEUU	211	Cribado cada 2 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección papilomavirus humana y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ¹⁵⁵		56.447
de Koning H (1991)	Holanda	212	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 40-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ¹⁵⁷		59.020
Sanders GD (2001)	EEUU	213	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficacia moderada en pacientes con eyección menor o igual a 0,3 ¹³⁷		59.857
Mandelblatt JS (2002)	EEUU	214	Cribado cada 2 años sin límite de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ¹⁵⁵		61.130
Hatziandreu E (1988)	EEUU	215	Régimen no voluntario regular de ejercicios frente a régimen voluntario regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ¹¹¹		62.393
Brown AD (1999)	EEUU/Reino Unido	216	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 3 años frente a Pap smear ¹⁵⁶	65.593	
Boer R (1995)	Reino Unido	217	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 75-79 años de edad ¹⁶⁴		67.452
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	218	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 20 y 80 años de edad (intervalo entre los exámenes de 2 años y medio) frente a no cribado ¹⁵⁴	71.267	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Martinez-Bengochea M (1995)	España	219	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (ISIS) ¹³²	74.428	
Frazier AL (2000)	EEUU	220	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces rehidratada más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre ocultas en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años ¹⁴⁹	78.328	
Groeneveld PW (2001)	EEUU	221	Instalación de un desfibrilador automático externo en todos los aviones frente a colocar un desfibrilador en aparatos con una capacidad de más de 200 pasajeros ¹³⁶		78.948
Parmley WW (1999)	EEUU	222	Angioplastia (volumen bajo) frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ¹⁰⁹		87.757
Vijan S (2000)	EEUU	223	Intervalo de cribado anual para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado cada 3 años ¹⁷²		90.538
Salkeld G (1997)	Australia	224	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) y material escrito por los propios pacientes con instrucciones frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ¹²⁴		101.178
Salzmann P (1997)	EEUU	225	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 40-49 años de edad ¹⁶⁶		101.220
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	226	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-80 años de edad (intervalo entre los exámenes de 2 años) frente a no cribado ¹⁵⁴	106.676	
de Koning H (1991)	Holanda	227	Cribado para el cáncer de mama cada 1.3 años para mujeres entre 40-70 años de edad frente a programa cada dos años entre 50-70 años de edad ¹⁵⁷		118.041
Troche CJ (1998)	Alemania	228	Programa de prevención con pravastatina frente a programa con aspirina para enfermedad coronaria ²⁰⁹	139.191	

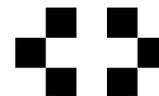
Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Brown AD (1999)	EEUU/Reino Unido	229	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 2 años frente a Pap smear ¹⁵⁶	150.228	
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	230	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 20-79 años de edad (intervalo entre los exámenes de 1 año y medio) frente a no cribado ¹⁵⁴	155.712	
Sanders GD (2001)	EEUU	231	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficiencia moderada en pacientes con eyección entre 0.31-0,4 ¹³⁷		163.148
Tsevat J (1995)	EEUU	232	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 50 años de edad (en el peor de los escenarios) ¹⁰²		194.209
Castillo PA (1997)	EEUU	233	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio y con una espera de más de 13 horas (13-24 horas) ¹³¹	288.321	
Brown AD (1999)	EEUU/Reino Unido	234	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) anual frente a Pap smear ¹⁵⁶	461.720	
Sanders GD (2001)	EEUU	235	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficiencia moderada en pacientes con eyección mayor a 0,4 ¹³⁷		465.101
Hatziandreu EJ (1995)	EEUU	236	Programa legislativo para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ²⁰³	838.085	
Hatziandreu EJ (1995)	EEUU	237	Programa comunitario para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ²⁰³	862.337	
Hatziandreu EJ (1995)	EEUU	238	Programa en la escuela para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ²⁰³	3.063.628	
Salkeld G (1997)	Australia	239	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes mujeres con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ¹²⁴		7.504.016

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Gottlieb R (1996)	EEUU	240	Biopsia frente a no biopsia en varones de 70 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/mL) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ¹³⁸		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	241	Cribado con examen digital rectal frente a no cribado para cáncer de próstata en varones de 50 años de edad ²⁰⁶		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	242	Determinación antígeno prostático específico frente a examen digital rectal en varones de 50 años de edad ²⁰⁶		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	243	Determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal frente a determinación antígeno prostático específico en varones de 50 años de edad ²⁰⁶		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	244	Determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal y cribado de ultrasonidos trasrectal para cáncer de próstata frente a determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal en varones de 50 años de edad ²⁰⁶		Dominada
Palmer A (2000)	Suiza	245	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional, cribado de retinopatía y tratamiento láser si se detecta en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	Dominada	
Palmer A (2000)	Suiza	246	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional y cribado de la microalbuminuria más inhibidor ECA en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	Dominada	
Palmer A (2000)	Suiza	247	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional, cribado de retinopatía y de la microalbuminuria más inhibidor ECA en diabéticos tipo 1 ¹⁸⁰	Dominada	
Salkeld G (1997)	Australia	248	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ¹²⁴		Dominada
Salkeld G (1997)	Australia	249	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en mujeres con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ¹²⁴		Dominada
Salkeld G (1997)	Australia	250	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en mujeres con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ¹²⁴		Dominada
Salkeld G (1997)	Australia	251	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente a un programa de vídeo basado sólo en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ¹²⁴		Dominada

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Euros	AIC-E/ AVAC 2001/Euros
Salkeld G (1997)	Australia	252	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente a un programa de vídeo basado sólo en mujeres con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5mmol/l) ¹²⁴		Dominada



**EXPERTOS DE LOS GRUPOS DE
TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN
DEL PLAN DE SALUD 2004-2008**



GRUPO DE TRABAJO SOBRE ACCIDENTES

Alberto Barrio Claver

Servicio de Acreditación, Evaluación
y Concursos del Servicio Canario de
Salud

Ana María Campos de la Cruz

Stop Accidentes (Asociación de
Afectados por Accidentes de Tráfico)

Antonio Anton Maroto

Centro Coordinador de Emergencias
y Seguridad -112

Bernardo Hernández Curbelo

TVE en Canarias

Carlos Acín Garró

Asesor de los alcaldes del Consejo
Superior de Tráfico y Seguridad Vial
de España

Carlos López de Lamela

Clínica Médico-Forense de Las
Palmas

Francisco Padrón Bermejo

Experto en Accidentes de Tráfico

Horacio Ríos Ramírez

Servicio Responsable de las ITV de
la Consejería de Industria del
Gobierno de Canarias

Javier Gil Illana

Area de Carreteras del Gobierno de
Canarias

José Julián Isturitz Pérez

Dirección General de Seguridad y
Emergencias

Jose Miguel Báez Calvo

Asociación Provincial y Nacional de
Autoescuelas

José Miguel Varo León

Servicio UCI-Urgencias del Hospital
de Motril

Juan Beltrán del Pino

Plan de Seguridad de Canarias

Juan Antonio Ferrera Santana

Servicio de Carreteras del Cabildo
Insular de Gran Canaria

Julio Molo Zabaleta

Servicio de Carreteras de Canarias de
la Consejería de Obras Públicas

Luis Montoro González

Catedrático de Seguridad Vial de la
Universidad de Valencia

Luisa García Cohen

Instituto Anatómico Forense de Las
Palmas

Manuel Rodríguez Olabarria

Jefatura Provincial de Tráfico de Las
Palmas

Narciso Perales Rodríguez de Viguri

Programa Nacional de Desfibrilación
semiautomática del Hospital 12 de
octubre

Nicolás Fernández de Villalta

Servicio de Carreteras del Cabildo
Insular de Tenerife

Octavio Rodríguez Pérez

Sección Responsable de las ITV de la
Consejería de Industria del Gobierno
de Canarias

Óscar García Aboín

Servicio de Evaluación y
Planificación del Servicio Canario de
Salud

Ramón S. Guerra González

Jefatura Provincial de Tráfico de
Santa Cruz de Tenerife

Ricardo Arranz Vicario

Comandancia de la Guardia Civil de
Tráfico del Sector de Tráfico de
Tenerife

Rita Nuez Fuentes

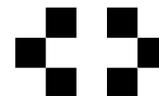
Delegada para Canarias de AYAPAT
(Asociación de Afectados por
Accidentes de Tráfico)

Sixto Troya Santana

ST. Ingeniería Forense

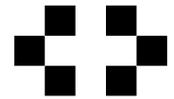
Sonia Vega Muñoz

Servicio Técnico de Carreteras del
Cabildo Insular de Tenerife



GRUPO DE TRABAJO SOBRE CÁNCER

- Adolfo Murias Rosales*
Servicio de Oncología del Hospital
Universitario Insular de Gran Canaria
- Ana Julia Allende Riera*
Servicio de Medicina Nuclear del
Hospital Universitario Ntra. Sra. de
Candelaria
- Araceli Alemán Herrera*
Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud
- Araceli Caballero*
Facultad de Económicas y
Empresariales de la Universidad de
Las Palmas
- Begoña Bellas Beceiro*
Servicio de Admisiones del Hospital
Universitario de Canarias
- Buenaventura Fernández Sanjosé*
Centro de Salud de Vecindario
- Claudio Otón Sánchez*
Servicio de Oncología Radioterápica
del Hospital Universitario de
Canarias
- David Castro Díaz*
Servicio de Urología del Hospital
Universitario de Canarias
- Dolores Rojas Romero*
Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud
- Eladio Darío García Rodríguez*
Unidad de Medicina Paliativa del
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín
- Felipe Rodríguez de Castro*
Servicio de Neumología del Hospital
de Gran Canaria Dr. Negrín
- Fernando González Hermoso*
Servicio de Cirugía del Hospital
Universitario de Canarias
- Francisco Martínez Lagares*
Servicio de Radiología del Hospital
Universitario Insular
- Javier Dorta Delgado*
Servicio de Oncología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de la
Candelaria
- Jesús Gobierno Hernández*
Centro de Salud Barrio de la Salud
- José Aguiar Morales*
Servicio de Oncología del Hospital
de Gran Canaria Dr. Negrín
- José Ángel García Hernández*
Servicio de Ginecología del Hospital
Universitario Materno-Infantil
- José Luis Quevedo García*
Facultad de Ciencias Económicas y
Empresariales de la Universidad de
Las Palmas
- José Manuel Maldonado Tiestos*
Centro de Salud Tacoronte
- Juan Cabrera Cabrera*
Ciencias de la Salud de la
Universidad de Las Palmas
- Juana María Reyes Melián*
Unidad de Apoyo de la Dirección del
Servicio Canario de Salud
- Justo Artiles Sánchez*
Dirección General de Recursos
Económicos del Servicio Canario de
Salud
- Lucio Díaz-Flores Feo*
Departamento de Anatomía
Patológica del Hospital Universitario
de Canarias
- Luis López Rivero*
Servicio de Cirugía Torácica del
Hospital Universitario Insular
- Luis Serra Majem*
Medicina Preventiva y Salud Pública
de la Universidad de Las Palmas de
Gran Canaria
- Marcos Gómez Sancho*
Servicio de Paliativos del Hospital de
Gran Canaria Dr. Negrín



María Luisa Pita Toledo

Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud

Miguel Ángel Andujar

Servicio de Anatomía Patológica del
Hospital Materno-Infantil

Miguel Ángel Benítez del Rosario

Cuidados Paliativos del Hospital del
Tórax (C.H. Ntra. Sra. de Candelaria)

Nicolás Díaz Chico

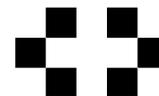
Ciencias de la Salud de la
Universidad de Las Palmas

Norberto Batista

Hospital de Día Oncológico (Hospital
Universitario de Canarias)

Rafael Ramos Prats

Servicio de Oncología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria



GRUPO DE TRABAJO SOBRE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Alberto Aguiar Bautista
Centro de Salud de Agüimes

Antonio Cabrera de León
Unidad de Investigación del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Antonio Castro del Castillo
Sociedad Canaria de Cardiología

Carlos Dorta Macía
Ambulatorio J.A. Rumeu

Fayna Álamo
Unidad de Investigación del Hospital
de Gran Canaria Dr. Negrín

Horacio Pérez Hernández
Servicio de Cardiología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Ignacio Laynez Cerdeña
Servicio de Cardiología del Hospital
Universitario de Canarias

José Huidobro Ubierna
Servicio de Urgencias del Hospital
Insular

José Carlos del Castillo
Centro de Salud de La Guancha

José María Saavedra Rodríguez
Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud

Juan Carlos Martín González
Servicio de Cuidados Intensivos del
Hospital Insular

Juan Carlos Pérez Moreno
Servicio de Urgencias del Hospital
Insular

Juan José Alemán Sánchez
Centro de Salud de Tacoronte

Luis M. Bello Luján
Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud

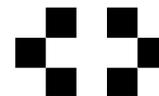
Paloma García de Carlo
Gestión de Servicios para la Salud y
Seguridad en Canarias

Patricia Barber Pérez
Ciencias Económicas y
Empresariales de la Universidad de
Las Palmas

Pedro Betancor León
Servicio de Medicina Interna del
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

Ruperto Vargas García
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

Vicente Nieto Lago
Servicio de Cardiología del Hospital
Insular



GRUPO DE TRABAJO SOBRE DIABETES

Águeda Muñoz Jiménez

Servicio de Endocrinología del
Hospital Universitario Ntra. Sra. de
Candelaria

Alberto Armas Navarro

Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud

Alejandro Padrón Rivas

Centro de Salud de Tegueste

Alfonso José López Alba

Servicio de Endocrinología del
Hospital Universitario de Canarias

Ana María Fernández Rodríguez

Servicio de Nefrología del Hospital
de Gran Canaria Dr. Negrín

Armando Carrillo Domínguez

Servicio de Endocrinología del
Hospital Insular

Beatriz Marrero Pereyra

Gerencia de Atención Primaria de
Tenerife

Benito Maceira Cruz

Servicio de Nefrología del Hospital
Universitario de Canarias

Conrado Domínguez Trujillo

Dirección General de Recursos
Humanos del Servicio Canario de
Salud

Enrique Palacio Abizanda

Gerente del Hospital Universitario
Ntra. Sra. de Candelaria

Esperanza Esparza

Servicio de Nefrología del Hospital
Insular

Félix Reyes Rodríguez

Gerencia de Atención Primaria de
Tenerife

Francisco Antonio Cabrera López

Servicio de Oftalmología del Hospital
Insular

Ildelfonso Rodríguez

Servicio de Pediatría del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Javier Novoa

Servicio de Endocrinología del
Hospital Insular

José Carlos Rodríguez Pérez

Unidad de Investigación del Hospital
de Gran Canaria Dr. Negrín

José Luis Alonso Bilbao

Gerencia de Atención Primaria de
Gran Canaria

Juan Francisco Navarro González

Servicio Nefrología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Julio López Bastida

Servicio de Evaluación y
Planificación del Servicio Canario de
Salud

Lina Inmaculada Pérez Méndez

Medicina Familiar y Comunitaria del
Hospital Universitario Ntra. Sra. de
Candelaria

Lourdes Carrillo Fernández

Centro de Salud La Victoria

Luis Morcillo Herrera

Servicio de Endocrinología del
Hospital Universitario de Canarias

Manuel Luis Macías Heras

Servicio de Nefrología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

María Dolores Checa Andrés

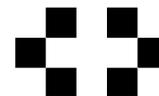
Servicio de Nefrología del Hospital
Insular

Pedro Luis de Pablos Velasco

Servicio de Endocrinología del
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

Sofía Quinteiro

Servicio de Pediatría del Hospital
Materno-Infantil



GRUPO DE TRABAJO SOBRE ENVEJECIMIENTO

Ana Mateos Granados

Servicio de Salud Mental de la D.G.
de Programas Asistenciales del
Servicio Canario de Salud

Angel Julio Santana Santana

Centro de Salud de Santa María de
Guía

Antonio Lorenzo Riera

Asociación de Medicina Familiar y
Comunitaria

Asunción María López Hijazo

Unidad Docente de Medicina Familiar
y Comunitaria del Hospital
Universitario de Canarias

Basilio-Javier Anía Lafuente

Sociedad Canaria de Geriatria y
Gerontología

Diego Falcón Vizcaino

Seguimiento de Recursos
Sociosanitarios de la Consejería de
Empleo y Asuntos Sociales

Domingo de Guzmán Pérez Hernández

Hospital Insular de Lanzarote

Elsa Segura Hernández

Centro de Salud Escaleritas

Emilio Fariña López

Escuela de Enfermería de Teguiuse

Fernando Montón Álvarez

Servicio de Neurología del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Gonzalo Duarte Climents

Servicio de Atención Primaria de la
D.G. de Programas Asistenciales del
Servicio Canario de Salud

Isabel Erdozain Ruiz

Geriatra del Hospital del Tórax (C.H.
Ntra. Sra. de Candelaria)

Javier Acosta Martínez

Hospital General de Fuerteventura

José Luis Rodríguez Cubas

Centro de Salud Puerto del Rosario

José Ramón Vázquez Díaz

Unidad Docente de Medicina
Familiar y Comunitaria del Hospital
Universitario de Canarias

Juan Luis Olmedo Guerrero

Dirección General de Recursos
Económicos del Servicio Canario de
Salud

Juan Miguel Sanjuán Perdigón

Hospital Ntra. Sra. de los Dolores

Justo Artilés Sánchez

Dirección General de Recursos
Económicos del Servicio Canario de
Salud

Manuel José Sosa Henríquez

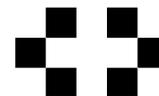
Departamento de Ciencias Médicas y
Quirúrgicas de la Universidad de Las
Palmas

María de los Ángeles Arbona Illada

Unidad Sociosanitaria del Hospital
Febles Campos

Nicolás Martín Ojeda González

Gerencia del Instituto de Atención
Social y Socio-Sanitaria



GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL

Ana Mateos Granados

Servicio de Salud Mental de la D.G.
de Programas Asistenciales del
Servicio Canario de Salud

Antonio García Estrada

Servicio de Psiquiatría del Hospital
Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Carlos de las Cuevas Castresana

Servicio de Salud Mental de la D.G.
de Programas Asistenciales del
Servicio Canario de Salud

Carmen González Noguera

Servicio de Psiquiatría del Hospital
Materno Insular

Dulce Morales Rocha

Servicio de Psiquiatría del Hospital
de Fuerteventura

Elías Sánchez Armas

Responsable del CIRPAC de El
Hierro

Elisa Tejedor Pérez

Unidad de Salud Mental de Ofra

Fernando Sanchez Díez-Canseco

Presidente de la FEAFFES Canaria

Francisco Rodríguez Pulido

Responsable del CIRPAC de Tenerife

Jose Antonio Sánchez Padilla

Presidente de la Asociación Canaria
de Neuropsiquiatría

Juan de la Fuente Portero

Servicio de Salud Mental de la D.G.
de Programas Asistenciales del
Servicio Canario de Salud

Julio Santiago Obeso

Servicio de Psiquiatría del Hospital
de Lanzarote

Manuel Ajoy Chao

Unidad de Salud Mental de Puerto
del Rosario

Miguel A. Martínez Antón

Responsable del CIRPAC de La
Gomera

Miguel A. Villabona Arribas

Hospital General de La Palma

Rafael Inglott Domínguez

Salud Mental del Hospital de Gran
Canaria Dr. Negrín

Ramón Gracia Marco

Servicio de Psiquiatría del Hospital
Universitario de Canarias

Rosina Matallana Hernández

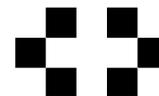
Unidad de Salud Mental de La
Laguna

Francisco Sánchez García

Psiquiatra Infantil del Hospital
Universitario de Canarias

Wenceslao Peñate Castro

Facultad de Psicología de la
Universidad de La Laguna



GRUPO DE TRABAJO SOBRE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

Alfredo Marty Teijeiro

Servicio de Prevención del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Tenerife

Antonio Roldán Nogueras

Servicio de Coordinación de Riesgos Laborales del Instituto Canario de Seguridad Laboral

Antonio Domingo Ruiz Salvatierra

Director Médico de Salud Laboral para Canarias de Mutua Universal

Armando Moujir Moujir

Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud

Cándida Pérez Jiménez

Unidad de Salud Laboral del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Conrado Domínguez Trujillo

Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud

Eduardo Estaún Blasco

Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud

Félix Pérez Quintana

Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna

Francisco Rivera Antúnez

Área de Salud Laboral. CCOO de Canarias

Gabriel López Martín

Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

Gerardo Torres Sánchez

Servicio de Prevención de Iberia-Binter

Ignacio Centol Ramírez

Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud

Jesús Molina Cabrillana

Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario Materno-Insular

José Subirats Sueiras

Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Las Palmas

José Luis Arocha Hernández

Sociedad Canaria de Salud Pública

José María de Bona Numancia

Unidad de Prevención Laboral y Acción Social de Iberia

José Ramón Rodríguez Borges

Centro de Salud de Escaleritas

Juan Beltrán del Pino

Plan de Seguridad de Canarias

Juan Antonio Saavedra Quesada

Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Juan de Dios Fernández Lupiáñez

Inspección de Trabajo y Seguridad Social de Las Palmas

Julio López Bastida

Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud

Justo Julio Soto Suárez

Prevención de Riesgos Laborales. Complejo Hospitalario Materno-Insular

Luz Ángeles Hernández Méndez

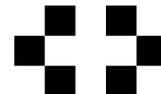
Sociedad Canaria de Medicina del Trabajo

Miguel Juan Moro

Servicio de Prevención para Canarias de Mutua Balear

Óscar García Aboín

Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud



Petra Matute Cruz

Dirección General de Salud Pública
del Servicio Canario de Salud

Pino Castellano Solanes

Servicio de Salud Laboral del
Servicio Canario de Salud

Rafael Vega Cid

Servicios Médicos para Canarias de
ASEPEYO

Saida Reyes Rodríguez

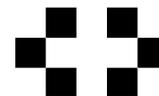
Unión de Tecnicos de Prevención de
Riesgos Laborales de Canarias

Santiago Rodríguez Hernández

Instituto Canario de Seguridad
Laboral

Tomás Zerolo González

Servicio de Medicina de Empresa del
Hospital Universitario de Canarias



EQUIPO DE DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

CONSEJERÍA DE SANIDAD

María del Mar Julios Reyes

DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

José Rafael Díaz Martínez

Servicio de Evaluación y Planificación

Pedro Serrano Aguilar

Ana Isabel Pedrosa Guerra

Julio López Bastida

Óscar García Aboín

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS

Juan Luis Olmedo Guerrero

Justo Artiles Sánchez

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Juana María Reyes Melián

Servicio de Atención Primaria

Mercedes Cueto Serrano

Servicio de Atención Especializada

Teresa Rodríguez Delgado

Servicio de Salud Mental

Antonio Sánchez Padilla

Juan de la Fuente Portero

Carlos de las Cuevas Castresana

Ana Mateos Granados

Servicio de Control de Gestión

José Luis Auserón Soteras

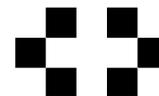
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Francisco Rivera Franco

Servicio de Epidemiología

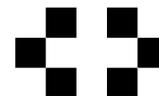
Domingo Núñez Gallo

Petra Matute Cruz

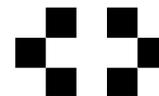


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

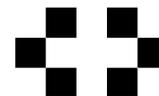
- 1 Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. CHOICES IN HEALTH POLICY: AN AGENDA FOR THE EUROPEAN UNION.
- 2 Eddy D. Oregon's methods: did cost-effectiveness analysis fail? JAMA 1991; 266 (15): 2135-2141.
- 3 Australia Commonwealth. Department of Human Services and Health. Guidelines for the pharmaceutical industry on preparation of submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1995.
- 4 Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals: Canada. 2nd ed. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA); 1997.
- 5 Weinstein MC. 1996. From cost-effectiveness ratios to resources allocation: where to draw the line? In Valuing Health Care, ed. FA Sloan 77-97. New York: Cambridge University Press.
- 6 O'Brien BJ, Drummond MF, Labelle RJ, Willan A. In search of power and significance: issues in the design and analysis of stochastic cost-effectiveness studies in health care. Med Care 1994; 32(2): 150-163.
- 7 Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. British Medical Journal 1985; 291: 326-329.
- 8 Torrance GW, Zipursky A. Cost-effectiveness of antepartum prevention of Rh immunization. Clin Perinatol 1984 Jun;11(2):267-81.
- 9 Schulman KA, Lynn LA, Glick HA, Eisenbert JM. Cost effectiveness of low-dose zidovudine therapy for asymptomatic patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection. Ann Intern Med 1991;114(9):798-802.
- 10 Drummond MF, Torrance GW, Mason JM. Cost-effectiveness league tables: more harm than good? Soc Sci Med 1993;37(1): 33-40.
- 11 Birch S, Gafni A. Cost-effectiveness/utility analyses: do current decision rules lead us to where we want to be? J Health Economics 1992;11: 279-296.



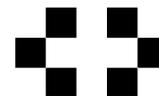
- 12 Birch S, Gafni A. Changing the problem to fit the solution: Johannesson and Weinstein's (mis) application of economics to real world problems. *J Health Economics* 1993;12: 469-476.
- 13 Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- 14 Evans DB. The changing healthcare environment. Socioeconomic evaluation of drug therapy. *Pharmacoeconomics* 1992; 1: 5-7.
- 15 Laupacis A, Fenny D, Detsky A, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Can Med Assoc J* 1992;146:473-81.
- 16 Chapman RH, Stone PW, Sandberg EA, Bell C, Newmann PJ. A comprehensive league table of cost-utility ratios and a sub-table of «panel-worthy» studies. *Med Decis Making* 2000; 20:451-67.
- 17 García-Altés A. Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well? En: *Avances en la gestión sanitaria. XX Jornadas de Economía de la Salud*, 2000.
- 18 Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto J, Pinto JL ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(4): 334-343.
- 19 Briggs AH, Gray AM. Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions. *Health Technol Assess* 1999;3(2): 1-134.
- 20 Gerard K, Mooney G. QALY league tables: handle with care. *Health Econ* 1993; 2(1): 59-64.
- 21 Weinstein MC. Principles of cost-effective resource allocation in health care organizations. *Int J Technol Assess Health Care* 1990; 6(1): 93-103.
- 22 Serrano Aguilar, P.G. Bloqueadores beta, fibrinógeno y aterosclerosis. *Medicina Clínica*. Barcelona, 1994. 102: 231-235.
- 23 World Health Organization. *Health For All Statistical Database* updated June 2001. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.
- 24 Instituto Nacional de Estadística (INE). *Defunciones según la Causa de Muerte 1989. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1992. ISBN: 84-260-2664-8.



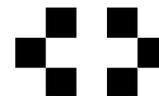
- 25** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1990. Tomo I: Resultados Básicos. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1993. ISBN: 84-260-2825-X.
- 26** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1990. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1993. ISBN: 84-260-2826-8.
- 27** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1991. Tomo I: Resultados Básicos. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1994. ISBN: 84-260-2887-X.
- 28** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1991. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1994. ISBN: 84-260-2888-9.
- 29** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1992. Tomo I: Resultados Básicos. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1995. ISBN: 84-260-2996-5.
- 30** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1992. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1995. ISBN: 84-260-2995-7.
- 31** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1993. Tomo I: Resultados Básicos. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996.
- 32** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1993. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996. ISBN: 84-260-3156-0.
- 33** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1994. Resultados Nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1997. ISBN: 84-260-3229-X.
- 34** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1994. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1997.



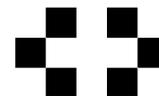
- 35** Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones Canarias 1995. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1997. ISBN: 84-88283-10-5.
- 36** Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones Canarias 1996. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1999. ISBN: 84-88283-38-5.
- 37** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Encuesta de Población. Canarias 1996. Comunidad Autónoma e Islas: características principales. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1998. ISBN: 84-88283-22-9
- 38** Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de población y viviendas 1991. Características generales de la población. Tomo I: Resultados nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1994. ISBN: 84-260-2894-2.
- 39** Boix, R.; Medrano, M.J. Actualización de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas: enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal 2000;8:77-80.
- 40** Saavedra Rodríguez, J.M.; Bello Luján, L.M.; Núñez Gallo, D.; Ortega González, P.; Medrano, M.J. Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en las Islas Canarias. Errores en la certificación de la variable residencia de los fallecidos en las zonas turísticas. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias y Centro Nacional de Epidemiología. Las Palmas de Gran Canaria, 2001.
- 41** Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas del Movimiento Natural de Población. Ficheros individualizados según la causa de muerte. Canarias, 1980-1998. Ministerio de Economía y Hacienda.
- 42** De la Mata, I.; López Bescós, L.; Heras, M.; Banegas, J.R.; Marrugat, J.; Villar, F.; Muñiz, J. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad Española de Cardiología. Madrid, 2001. ISBN: 84-7670-596-4
- 43** Dorta J.; Pérez H.; Batista J.; Dorta J.M.; González C.; Linares M.; et al. La hipertensión arterial en la isla de Tenerife. I Frecuencia. Medicina Clínica (Barcelona) 1979. 73: 424-428.



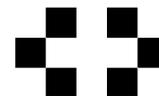
- 44** Rodríguez Pérez, J.C.; Calonge Ramírez, S.; Bichara Antanios, G. Prevalencia de los factores de riesgo de cardiopatía isquémica en la isla de Lanzarote. *Medicina Clínica*, 1993. 101: 2.
- 45** Castro Sánchez, R. Factores de riesgo cardiovascular. Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Tesis doctoral, 1993.
- 46** Domínguez Coello, S. Estudio de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la isla de El Hierro. Tesis doctoral, 1996.
- 47** Servicio del Plan de Salud e Investigación del Servicio Canario de Salud. Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2: Factores de riesgo cardiovascular. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 1999. ISBN: 84-89454-22-1.
- 48** García Closas, R.; Serra Majem, Ll.; Chacón Castro, P.; Olmos Castellvell, M.; Ribas Barba, L.; Salleras Sanmartí, Ll. et al. Distribución de la concentración de lípidos séricos en una muestra representativa de la población adulta de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1998; 113: 6-12.
- 49** Tomás Abadal, L.; Balaguer-Vintró, I.; Bernades Bernat, E. Factores de riesgo e incidencia de nuevos casos en el estudio prospectivo de la cardiopatía isquémica de Manresa. *Rev Esp Cardiol* 1976; 29: 127-35.
- 50** Tomás Abadal, L.; Vara Lorenzo, C.; Balaguer Vintró, I. Riesgo coronario e incidencia de nuevos casos de cardiopatía coronaria a los 15 años de seguimiento del estudio de Manresa. *Rev Lat Cardiol* 1987; 7: 369-76.
- 51** Banegas Banegas, J.R.; Villar Álvarez, F.; Pérez de Andrés, C.; Jiménez García-Pascual, R., Gil López, E.; Muñiz García, J. et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 419-45
- 52** Muñiz, J.; Juane, R.; Hervada, J.; López Rodríguez, I.; Castro Beiras, A. Concentraciones séricas de colesterol en la población gallega de 40-69 años de edad. *Clin Invest Arteriosclerosis* 1991; 3: 143-8.
- 53** Segura Fragoso, A.; de Mateo Ontanon, S.; Gutiérrez Delgado, J. Lípidos sanguíneos en la población rural de Talavera (Castilla-La Mancha). *Rev Clin Esp* 1987; 180: 8-11



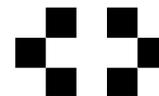
- 54** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1997. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2000. ISBN: 84-260-3463-2
- 55** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1990. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1993. ISBN: 84-260-2820-9.
- 56** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1991. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1994. ISBN: 84-260-2886-1.
- 57** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1992. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1995. ISBN: 84-260-2987-6.
- 58** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1993. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996. ISBN: 84-260-3167-6.
- 59** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1994. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996. ISBN: 84-260-3189-7.
- 60** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1995. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1998. ISBN: 84-260-3367-9.
- 61** Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1996. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1999. ISBN: 84-260-3427-6
- 62** Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones Canarias 1998. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 2001.
- 63** Alemán Herrera, A.; López Villarrubia, E.; Martín Rodríguez, J.A.; Rojas Martín, M.D. Incidencia de cáncer en las islas de Gran Canaria y Tenerife 1993. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. ISBN: 84-89454-16-7.
- 64** Rojas Martín, M.D.; Martín Rodríguez, J.A.; Alemán Herrera, A. Incidencia de cáncer en las islas de Gran Canaria y Tenerife 1994. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. ISBN: 84-89454-25-6.
- 65** Martín Rodríguez, J.A.; Rojas Martín, M.D.; Alemán Herrera, A. Incidencia de cáncer en las islas de Gran Canaria y Tenerife 1995. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. ISBN: 84-89454-33-7.



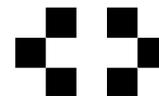
- 66** Martín Rodríguez, J.A.; Rojas Martín, M.D.; Alemán Herrera, A. Incidencia de cáncer en las islas de Gran Canaria y Tenerife 1996. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. ISBN: 84-89454-33-7. (En prensa).
- 67** Bray, F; Sankila, R; Ferlay, J; Parkin, DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995, *European Journal of Cancer* 38 (1) (2002) pp. 99-166
- 68** Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones Canarias 1997. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 2001. ISBN: 84-88283-50-4.
- 69** López-Abente Ortega, G.; Pollán Santamaría, M.; Aragonés Sanz, N. Mortalidad por cáncer en España 1997. Tendencias en los últimos cinco años. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico Semanal* 2000;8(18):193-195.
- 70** Alemán Herrera, A.; García Rojas, A.; López Villarrubia, E.; Martín Rodríguez, J.A.; Núñez Gallo, D.; Rojas Martín, M.D.; Suárez Falcón, B. Atlas de mortalidad por cáncer en la Comunidad Autónoma de Canarias 1982-1990. Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias. Tenerife, 1995. ISBN: 84-606-2227-4.
- 71** Henríquez Sánchez, P.; Rojas Martín, M.D.; Doreste Alonso, J. Diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer en Canarias: Hombres, 1986-1996. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Centro de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Las Palmas de Gran Canaria, 1998.
- 72** Doreste Alonso, J.; Rojas Martín, M.D.; Henríquez Sánchez, P. Diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer en Canarias: Mujeres, 1986-1996. Consejería de Sanidad y Consumo. Sección de Atención Especializada. Las Palmas de Gran Canaria, 1998.
- 73** López Bastida, J.; Serrano Aguilar, P.G. Los costes socioeconómicos de las neoplasias: aproximación a su impacto en Canarias. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife, 2001.
- 74** López Bastida, J.; Serrano Aguilar, P.G. Los costes socioeconómicos de la Diabetes Mellitus: aproximación a su impacto en Canarias. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife, 2000.



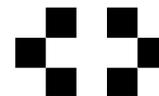
- 75** Diabetes care and research in Europe. The Vincent Declaration. *G Ital Diabetol* 1990; 10 Supl: 143-144.
- 76** De Pablos Velasco, P.L.; Rodríguez Pérez, F.; Pérez Moreno, J.E.; Anía Lafuente, B.; Martínez Martín, F.J.; Losada, A.; Hernández, G.; Martínez Murado, M.P.; Sánchez Moro, V. Prevalencia de la Diabetes Mellitus no dependiente de la insulina en Santa María de Guía. En: *Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias*. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 1999. ISBN: 84-89454-18-3.
- 77** Carrillo Domínguez, A. y Grupo de Epidemiología de la Sociedad Canaria de Endocrinología y Nutrición. Incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 en las Islas Canarias (1995-1996). *Revista Clínica Española*, 2000. 200, 5: 257-260.
- 78** Servicio del Plan de Salud e Investigación del Servicio Canario de Salud. Encuesta de Salud de Canarias 1997. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 1998. ISBN: 84-89454-14-0.
- 79** Ávalos Triana, O.; López Villarubia, E.; Rojas Martín, M.D.; Suárez Falcón, B. Mortalidad y fecundidad en Canarias. 1980-1992. Proyecciones de población. Servicio Canario de Salud, 1995.
- 80** Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria correspondiente al período de 1 de octubre de 1998 al 30 de septiembre de 1999. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.
- 81** Alonso Bilbao, J.L.; Henríquez Sánchez, P.; Beltrán Rodríguez, R.; Hernández Sánchez, I.; Santana Cárdenes, L.; González Silva, S.; Montesdeoca Reyes, L.; Santana Ortega, M.; Duarte Curbelo, A. Nivel de control de los diabéticos tipo II asistidos en centros de Atención Primaria. En: *Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias*. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 1999. ISBN: 84-89454-18-3.
- 82** Sociedad Canaria de Nefrología. Registro de Enfermos Renales de Canarias 1998.
- 83** Martín Rosa, M.A. Problemática socio-sanitaria de la Diabetes en Lanzarote. Cabildo de Lanzarote, 1995.



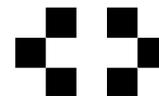
- 84** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Resultados Nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1998. ISBN: 84-260-3372-5.
- 85** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1998.
- 86** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1996. Resultados Nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1999. ISBN: 84-260-3432-0.
- 87** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1996. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1999.
- 88** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1997. Resultados Nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2000. ISBN: 84-260-3475-6.
- 89** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1997. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2000.
- 90** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1998. Resultados Nacionales. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2001. ISBN: 84-260-3518-3.
- 91** Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte 1998. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2001.
- 92** Instituto Nacional de Estadística (INE). Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996.
- 93** Centro de Estadísticas y Documentación de Canarias (CEDOC). Padrón municipal de habitantes de Canarias, 1986. Consejería de Economía y Comercio del Gobierno de Canarias. Madrid, 1988.
- 94** Anía Lafuente, B.J. et al. Situación funcional de los ancianos en Canarias. 1994. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, 1995.



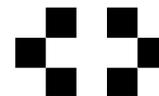
- 95** Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de población de 1981. Características de la población. Tomo II: Resultados por Comunidades Autónomas. Madrid, 1985. ISBN: 84-260-1209-4.
- 96** Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Proyecciones de población. Canarias 1996-2011. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1999. ISBN: 84-88283-41-5.
- 97** Anía Lafuente, B.J. y Grupo de Investigación en Demencias de la Sociedad Canaria de Geriátría y Gerontología. Prevalencia de síntomas demenciales y déficit cognitivo en los ancianos de Canarias. En: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 1999. ISBN: 84-89454-23-X.
- 98** Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1995. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid, 1996. ISBN: 84-7670-469-0.
- 99** Fernández López, L; Villaverde Ruiz, M.L.; Gracia Marco, R. Estudio de prevalencia de síntomas de demencia y deterioro cognitivo en población comunitaria e institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. En: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias. Servicio Canario de Salud, 1999.
- 100** Cleland JGF, Walker A. Therapeutics options and cost considerations in the treatment of ischemic heart disease. *Cardiovascular Drugs & Therapy* 1998;12(Suppl 3):225-232
- 101** Lieu TA, Gurley RJ, Lundstrom RJ, Ray GT, Fireman BH, Weinstein MC et al. Projected cost-effectiveness of primary angioplasty for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1997 Dec;30(7):1741-50
- 102** Tsevat J, Duke D, Goldman L, Pfeffer MA, Lamas GA, Soukup JR, Kuntz KM, Lee TH. Cost-effectiveness of captopril therapy after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1995 Oct;26(4):914-9
- 103** Huse DM, Russell MW, Miller JD, Kraemer DF, D'Agostino RB, Ellison RC, Hartz SC. Cost-effectiveness of statins. *Am J Cardiol* 1998 Dec 1;82(11):1357-63
- 104** Phillips KA, Shlipak MG, Coxson P, Heidenreich PA, Hunink MG, Goldman PA, Williams LW, Weinstein MC, Goldman L. Health and economic benefits of increased



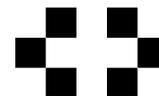
- beta-blocker use following myocardial infarction. *JAMA* 2000 Dec 6;284(21):2748-54
- 105** Williams A. Economics of coronary artery bypass grafting. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Aug 3;291(6491):326-9
- 106** Johannesson M, Jonsson B, Kjekshus J, Olsson AG, Pedersen TR, Wedel H. Cost-effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *N Engl J Med* 1997;336(5):332-336
- 107** Ashraf T, Hay JW, Pitt B, Wittels E, Crouse J, Davidson M et al. Cost-effectiveness of pravastatin in secondary prevention of coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1996;78:409-414
- 108** Gaspoz JM, Coxson PG, Goldman PA, Williams LW, Kuntz KM, Hunink M et al. Cost-effectiveness of aspirin, clopidogrel or both for secondary prevention of coronary heart disease. *N Eng J Med* 2002;346(23):1800-1806
- 109** Parmley WW. Cost-effectiveness of reperfusion strategies. *Am Heart J* 1999 Aug;138(2 Pt 2):S142-52)
- 110** Kuntz KM, Fleishmann KE, Hunink MGM, Douglas PS. Cost-effectiveness of diagnostic strategies for patients with chest pain. *Ann Intern Med* 1999;130(9):709-718
- 111** Hatziandreu EI, Koplan JP, Weinstein MC, Caspersen CJ, Warner KE. *Am J Public Health* 1988;78(11):1417-21
- 112** Phillips CJ, Prowle MJ. Economics of a reduction in smoking: case study from Heartbeat Wales. *J Epidemiol Community Health* 1993;47:215-223
- 113** Krumholz HM, Cohen BJ, Tsevat J, Pasternak RC, Weinstein MC. Cost-effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1993;22(6):1697-1702
- 114** Comas Fuentes A, Suarez Gutierrez R, Lopez Gonzalez ML, Cueto Espinar A. Cost-effectiveness of antismoking health counselling in primary health care. *Gac Sanit* 1998 May-Jun;12(3):126-32
- 115** Field K, Thorogood M, Silagy C, Normand C, O'Neill C, Muir J. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? *BMJ* 1995;310:1109-12



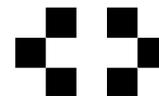
- 116** NICE. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology Appraisal Guidance N° 39. National Institute for Clinical Excellence, 2002.
- 117** Wasley MA, McNagny SE, Phillips VL, Ahluwalia JS. The cost-effectiveness of the nicotine transdermal patch for smoking cessation. *Preventive Medicine* 1997;26:264-270
- 118** Smith GT. The effects of exercise during viremia on the signal-averaged electrocardiogram. *Am Heart J* 1990 Mar;119(3 Pt 1):702-5
- 119** Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R et al. Coste efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995;104(2):49-53
- 120** Lowin A. Nicotine skin patches - are they cost-effective. *Mental Health Res Rev* 1996;3:18-20
- 121** Fiscella K, Franks P. Cost-effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physicians' smoking cessation counseling. *JAMA* 1996 Apr 24;275(16):1247-51
- 122** Johannesson M, Agewall S, Hartford M, Hedner T, Fagerberg B. The cost-effectiveness of a cardiovascular multiple-risk-factor intervention programme in treated hypertensive men. *J Intern Med* 1995 Jan;237(1):19-26
- 123** Littenberg B, Garber AM, Sox HC Jr. Screening for hypertension. *Ann Intern Med* 1990 Feb 1;112(3):192-202
- 124** Salkeld G, Phongsavan P, Oldenburg B, Johannesson M, Convery P, Graham-Clarke P et al. The cost-effectiveness of a cardiovascular risk reduction program in general practice. *Health Policy* 1997;41:105-119
- 125** Oldridge NB. Outcome assessment in cardiac rehabilitation. Health-related quality of life and economic evaluation. *J Cardiopulm Rehabil* 1997 May-Jun;17(3):179-94
- 126** Oldridge N, Furlong W, Feeny D, Torrance G, Guyatt G, Crowe J et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993;72:154-161
- 127** Haigh R, Castleden M, Woods K, Fletcher S, Browns I, Gibson M et al. Management of myocardial infarction in the elderly: admission and outcome on a coronary care unit. *Health Trends* 1991;23(4):154-7



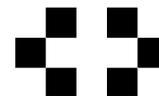
- 128** Fenn P, Gray AM, McGuire A. The cost-effectiveness of thrombolytic therapy following acute myocardial infarction. *Br J Clin Pharmacol* 1991;45(3):181-184
- 129** Levin LA, Jonsson B. Cost-effectiveness of thrombolysis--a randomized study of intravenous rt-PA in suspected myocardial infarction. *Eur Heart J* 1992 Jan;13(1):2-8
- 130** Simoons ML, Vos J, Martens LL. Cost-utility analysis of thrombolytic therapy. *Eur Heart J* 1991 Jun;12(6):694-9
- 131** Castillo PA, Palmer CS, Halpern MT, Hatzianandreu EJ, Gersh BJ. Cost-effectiveness of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *Ann Pharmacother* 1997 May;31(5):596-603
- 132** Martinez-Bengoechea MJ, Errecalde MF, Jaio N, Saiz C, Arana A, Ibarra O. Coste-efectividad de alteplasa versus estreptoquinasa en infarto de miocardio. *Revista Española de Farmacoeconomía* 1994;0:26-34
- 133** Krumholz HM, Paternak RC, Weinstein MC, Friesinger GC, Ridker PM, Tosteson AMA et al. Cost-effectiveness of thrombolytic therapy with streptokinase in elderly patients with suspected acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992;327:7-13
- 134** Kalish SC, Gutwitz JH, Krumholz HM, Avorn J. A cost-effectiveness model of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 1995 Jun;10(6):321-30
- 135** Nichol G, Haalstrom AP, Ornato JP, Riegel B, Stiell IG, Valenzuela T et al. Potential cost-effectiveness of public access defibrillation in the United States. *Circulation* 1998;97:1315-1320
- 136** Groeneveld PW, Kwong JL, Liu Y, Rodriguez AJ, Jones MP, Sanders GD et al. Cost-effectiveness of automated external defibrillators on airlines. *JAMA* 2001 Sep 26;286(12):1482-9
- 137** Sanders GD, Hlatky MA, Every NR, McDonald KM, Heidenreich PA, Parsons LS et al. Potential cost-effectiveness of prophylactic use of the implantable cardioverter defibrillator or amiodarone after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2001 Nov 20;135(10):870-83
- 138** Gottlieb RH, Mooney C, Mushlin AI, Rubens DJ, Fultz PJ. The prostate-decreasing cost-effectiveness of biopsy with advancing age. *Investigative Radiology* 1996;31(2):84-90



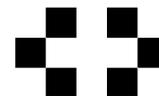
- 139** Khandker RK, Dulski JD, Kilpatrick JB, Ellis RP, Mitchell JB, Baine WB: A decision model and cost-effectiveness analysis of colorectal cancer screening and surveillance guidelines for average-risk adults. *Int J Technol Assess Health Care* 2000 Summer;16(3):799-810
- 140** Loeve F, Brown ML, Boer R, van Ballegooijen M, van Oortmarsen GJ, Habbema JD. Endoscopic colorectal cancer screening: a cost-saving analysis. *J Natl Cancer Inst* 2000 Apr 5;92(7):557-63
- 141** Sonnenberg A, Delco F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med* 2000;133(8):573-84
- 142** Gyrd-Hansen D. Is it cost-effective to introduce screening programmes for colorectal cancer? Illustrating the principles of optimal resource allocation. *Health Policy* 1997;41:189-99
- 143** Sonnenberg A, Delco F. Cost-effectiveness of a single colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Arch Intern Med* 2002 Jan 28;162(2):163-8
- 144** Gyrd-Hansen D, Sogaard J, Kronborg O. Colorectal cancer screening: efficiency and effectiveness. *Health Econ* 1998;7:9-20
- 145** Whyne DK, Neilson AR, et al. Faecal occult blood screening for colorectal cancer: is it cost-effective? *Health Econ* 1998 Feb;7(1):21-9
- 146** Ness RM, Holmes AM, Klein R, Dittus R. Cost-utility of one-time colonoscopic screening for colorectal cancer at various ages. *Am J Gastroenterol* 2000 Jul;95(7):1800-11
- 147** Wagner J, Tunis S, Brown M, Ching A, Almeida R. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in average-risk adults. In: Young G, Rozen P, Levin B, eds. *London: Prevention and Early Detection of Colorectal Cancer*. Saunders; 1996:321-56
- 148** Glick S, Wagner JL, et al. Cost-effectiveness of double-contrast barium enema in screening for colorectal cancer. *AJR Am J Roentgenol* 1998 Mar;170(3):629-36
- 149** Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening colorectal cancer in the general population. *JAMA* 2000 Oct 18;284(15):1954-61
- 150** Vijan S, Hwang EW, Hofer TP, Hayward RA. Which colon cancer screening test? A comparison of costs effectiveness, and compliance. *Am J Med* 2001 Dec 1;111(8):593-601



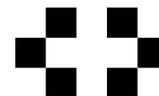
- 151** Smith BL, Lee M, Leader S, Wertlake P. Economic impact of automated primary screening for cervical cancer. *J Reprod Med* 1999 Jun;44(6):518-28
- 152** Waugh N, Robertson A. Costs and benefits of cervical screening. II. Is it worthwhile reducing the screening interval from 5 to 3 years? *Cytopathology* 1996 Aug;7(4):241-8
- 153** Gyrd-Hansen D, Holund B, Andersen P. A cost-effectiveness analysis of cervical cancer screening: health policy implications. *Health Policy* 1995;34:35-51
- 154** van den Akker-van Marle ME, van Ballegooijen M, van Oortmarssen GJ, Boer R, Habbema JD. Cost-effectiveness of cervical cancer screening: comparison of screening policies. *J Natl Cancer Inst* 2002 Feb 6;94(3):193-204
- 155** Mandelblatt JS, Lawrence WF, Womack SM, Jacobson D, Yi B, Hwang Y et al. Benefits and cost of using HPV testing to screen for cervical cancer. *JAMA* 2002;287(18):2372-81
- 156** Brown AD, Garber AM. Cost-effectiveness of 3 methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing. *JAMA* 1999 Jan 27;281(4):347-53
- 157** De Koning HJ, Van Ineveld BM, Van Oortmarssen GJ, De Haes JC, Collette HJ, Hendricks JH et al. Breast cancer screening and cost-effectiveness: policy alternatives, quality of life considerations and the possible impact of uncertain factors. *Int J Cancer* 1991;49:531-537
- 158** Forrest P. Breast cancer screening. Report to the Health Ministers of England, Wales, Scotland and Northern Ireland. London: HMSO; 1986.
- 159** van Ineveld BM, van Oortmarssen GJ, de Koning HJ, Boer R, van der Maas PJ. How cost-effective is breast cancer screening in different EC countries? *Eur J Cancer* 1993;29A(12):1663-8
- 160** Boer R, de Koning H, Threlfall A, Warmerdam P, Street A, Friedman E, Woodman C. Cost effectiveness of shortening screening interval or extending age range of NHS breast screening programme: computer simulation study. *BMJ* 1998 Aug 8;317(7155):376-9
- 161** Plans P, Casademont L, Tarin A, Navas E. The study of cost-effectiveness of breast cancer detection in Catalonia. *Rev Esp Salud Publica* 1996 Jan-Feb;70(1):15-23



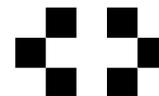
- 162** Norum J. Breast cancer screening by mammography in Norway: is it cost-effective? *Ann Oncol* 1999;10(2):197-203
- 163** Hall J, Gerard K, Salkeld G, Richardson J. A cost utility analysis of mammography screening in Australia. *Soc Sci Med* 1992 May;34(9):993-1004
- 164** Boer R, de Koning HJ, van Oortmarssen GJ, van der Maas PJ. In search of the best upper age limit for breast cancer screening. *Eur J Cancer* 1995 Nov;31A(12):2040-3
- 165** Leivo T, Sintonen H, Tuominen R, Hakama M, Pukkala E, Heinonen OP. The cost-effectiveness of nationwide breast carcinoma screening in Finland, 1987-1992. *Cancer* 1999 Aug 15;86(4):638-46
- 166** Salzman P, Kerlikowske K, Phillips K. Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age. *Ann Intern Med* 1997;127(11):955-65
- 167** Marshall D, Simpson KN, Earle CC, Chu C. Potential cost-effectiveness of one-time screening for lung cancer (LC) in a high risk cohort. *Lung Cancer* 2001 Jun;32(3):227-36
- 168** Segal L, Dalton AC, Richardson J. Cost-effectiveness of the primary prevention of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Health Prom Int* 1998;13(3):197-209
- 169** Kaplan RM, Atkins CJ, Wilson DK. The cost-utility diet and exercise interventions in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Promotion* 1988;2(4):331-340
- 170** López Bastida J, Cabrera López FA, Abreu Reyes P, Sassi F. Análisis coste-efectividad de diferentes estrategias para el cribado y tratamiento de la retinopatía diabética en pacientes con Diabetes Mellitus. Investigación financiada por el Instituto de Salud Carlos III (Min. de Sanidad y Consumo) Expte. 00/10116. 2001
- 171** Javitt JC, Aiello LP. Cost effectiveness of detecting and treating diabetic retinopathy. *Ann Intern Med* 1996;124(1 pt 2):164-169
- 172** Vijan S, Hofer TP, Hayward RA. Cost-utility analysis of screening intervals for diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA* 2000;283(7):889-896
- 173** Clark WF, Churchill DN, Forwell L, Macdonald G, Foster S. To pay or not to pay? A decision and cost-utility analysis of angiotensin-converting-enzyme inhibitor therapy for diabetic nephropathy. *CMAJ* 2000;162(2):195-8



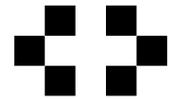
- 174** Hendry BM, Viberti GC, Hummel S, Bagust A, Piercy J. Modelling and costing the consequences of using an ACE inhibitor to slow the progression of renal failure in type I diabetic patients. *QJM* 1997;90:277-282
- 175** Cost-effectiveness of intensive glycemc control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes. The CDC Diabetes Cost-effectiveness Group. *JAMA* 2002 May 15;287(19):2542-51
- 176** UK Prospective Diabetes Study Group. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type II diabetes: UKPDS 40. *BMJ* 1998;317:720-726
- 177** van Os N, Niessen LW, Bilo HJ, Casparie AG, van Hout BA. Diabetes nephropathy in the Netherlands: a cost effectiveness analysis of national clinical guidelines. *Health Policy* 2000 Apr;51(3):135-47
- 178** Golan L, Birkmeyer J, Welch H. The cost-effectiveness of treating all patients with type 2 diabetes with angiotensin-converting enzyme inhibitors. *Ann Intern Med* 1999;131:660-7
- 179** Gray A, Raikou M, McGuire A, Fenn P, Stevens R, Cull C et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial (UKPDS 41). *BMJ* 2000;320:1373-8
- 180** Palmer AJ, Weiss C, Sendi PP, Neeser K, Brandt A, Singh G et al. The cost-effectiveness of different management strategies for type I diabetes: a Swiss perspective. *Diabetologia* 2000 Jan;43(1):13-26
- 181** Eastman RC, Javitt JC, Herman WH, Dasbach EJ, Copley-Merriman C, Maier W, Dong F, Manninen D, Zbrozek AS, Kotsanos J, Garfield SA, Harris M. Model of complications of NIDDM. II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia. *Diabetes Care* 1997 May;20(5):735-44
- 182** Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *JAMA* 1996 Nov 6;276(17):1409-15
- 183** Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Prevention of diabetes-related foot ulcers and amputations: a cost-utility analysis based on Markov model simulations. *Diabetologia* 2001 Nov;44(11):2077-87



- 184** Le Floch JP, Charles MA, Philippon C, Perlemuter L. Cost-effectiveness of screening for microalbuminuria using immunochemical dipstick tests or laboratory assays in diabetic patients. *Diabet Med* 1994 May;11(4):349-56
- 185** Siegel JE, Krolewski AD, Warram JH, Weinstein MC. Cost-effectiveness of screening and early treatment of nephropathy in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Soc Nephrol* 1992 Oct;2(4 Suppl): S111-9
- 186** Kiberd BA, Jindal KK. Screening to prevent renal failure in insulin dependent diabetic patients: an economic evaluation. *BMJ* 1995 Dec 16;311(7020):1595-9
- 187** CDC Diabetes Cost-Effectiveness Study Group. The cost-effectiveness of screening for type-2 diabetes. *JAMA* 1998;280(20):1757-1763
- 188** Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med* 2001 Mar;52(6):863-70
- 189** Shiell A, Smith RD. A tentative cost-utility analysis of road safety education. *Aust J Public Health* 1993 Jun;17(2):128-30
- 190** O'Kelly TJ, Westaby S. Trauma centres and the efficient use of financial resources. *Br J Surg* 1990 Oct;77(10):1142-4
- 191** Gearhart PA, Wuerz R, Localio AR. Cost-effectiveness analysis of helicopter EMS for trauma patients. *Ann Emerg Med* 1997 Oct;30(4):500-6
- 192** Postma MJ, Bos JM, van Gennep M, Jager JC, Baltussen R, Sprenger MJW. Economic evaluation of influenza vaccination: assessment for The Netherlands. *Pharmacoeconomics* 1999;16(Supplement 1):33-40
- 193** Munro J, Brazier J, Davey R, Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? *J Public Health Med* 1997 Dec;19(4):397-402
- 194** Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Medical Care* 1999;37(12):1199-1206
- 195** Segui-Gomez M, Keuffel E, Frick KD. Cost and effectiveness of hip protectors among the elderly. *Int J Technol Assess Health Care* 2002 Winter;18(1):55-66
- 196** Akehurst RL, Piercy J. Cost-effectiveness of the use of transdermal Nicorette patches relative to GP counselling and nicotine gum in the prevention of smoking related diseases. *Br J Med Econ* 1994;7:115-22



- 197** Bryan S, Parkin D, Donaldson C. Chiropody and the QALY: a case study in assigning categories of disability and distress to patients. *Health Policy* 1991 Jul;18(2):169-85
- 198** Chang RW, Pellisier JM, Hazen GB. A cost-effectiveness analysis of total hip arthroplasty for osteoarthritis of the hip. *JAMA* 1996 Mar 20;275(11):858-65
- 199** Chirikos TN, Hazelton T, Tockman M, Clark R. Screening or lung cancer with CT: a preliminarnt cost-effectiveness analysis. *Chest* 2002 May;121(5):1507-14
- 200** Desch CE, Hillner BE, Smith TJ, Retchin SM. Should the elderly receive chemotherapy for node-negative breast cancer? A cost-effectiveness analysis examining total and active life-expectancy outcomes. *J Clin Oncol* 1993;11(4):777-782
- 201** Freedberg KA, Geller AC, Miller DR, Lew RA, Koh HK. Screening for malignant melanoma: A cost-effectiveness analysis. *J Am Acad Dermatol* 1999 Nov;41(5 Pt 1):738-45
- 202** Graham JD, Thompson KM, Goldie SJ, Segui-Gomez M, Weinstein MC. The cost-effectiveness of air bags by seating position. *JAMA* 1997 Nov 5;278(17):1418-25
- 203** Hatziandreu EJ, Sacks JJ, Brown R, Taylor WR, Rosenberg ML, Graham JD. The cost effectiveness of three programs to increase use of bicycle helmets among children. *Public Health Rep* 1995 May-Jun;110(3):251-9
- 204** Jonsson B, Christiansen C, Johnell O, Hedbrandt J, Karlsson G. Cost-effectiveness of fracture prevention in established osteoporosis. *Scand J Rheumatol Suppl* 1996;103:30-8; discussion 39-40
- 205** Kerlikowske K, Salzman P, Phillips KA, Cauley JA, Cummings SR. Continuing screening mammography in women aged 70 to 79 years: impact on life expectancy and cost-effectiveness. *JAMA* 1999;282(22):2156-63
- 206** Krahn MD, Mahoney JE, Eckman MH, Trachtenberg J, Pauker SG, Detsky AS. Screening for prostate cancer: a dication analytic view. *JAMA* 1994;272:773-780
- 207** Kuntz KM, Tsevat J, et al. Cost-effectiveness of routine coronary angiography after acute myocardial infarction. *Circulation* 1996 Sep 1;94(5):957-65
- 208** Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, Leslie K, Bullas R. Costs of elective total hip arthroplasty during the first year. Cemented versus noncemented. *J Arthroplasty* 1994 Oct;9(5):481-7



- 209** Troche CJ, Tacke J, Hinzpeter B, Danner M, Lauterbach KW. Cost-effectiveness of primary and secondary prevention in cardiovascular diseases. *Eur Heart J* 1998 Apr;19 Suppl C:C59-65