

PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2019-2024

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS:
MEJORANDO LOS RESULTADOS
EN SALUD

INFORME DE SITUACIÓN Y
PROCESO PARTICIPATIVO



Servicio
Canario de la Salud



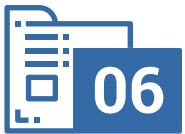
Gobierno
de Canarias

Unidad de Apoyo.
Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Julio de 2019



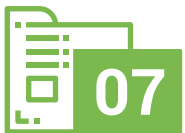
ÍNDICE



INTRODUCCIÓN



MARCO PRESUPUESTARIO



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- I. Evaluación del Plan de Salud 2016-2017
- II. Canarias: datos generales
 1. Determinantes demográficos
 2. Situación socioeconómica
 3. Estado de salud
 4. Seguridad alimentaria
 5. Salud ambiental
 6. Gasto sanitario público
 7. Opinión de la ciudadanía
 8. Principales iniciativas intersectoriales
- III. Análisis de situación de las líneas y acciones prioritizadas



EVALUACIÓN



HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD



METODOLOGÍA DEL PLAN DE SALUD

- I. Aspectos generales
- II. Principios Rectores del Plan de Salud
- III. Modelo del Plan de Salud 2019-2024, Bloques Temáticos, Líneas Prioritarias, Grupos de Trabajo y Valores Guía
- IV. Metodología de trabajo para la elaboración de acciones
- V. Cronograma



PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA REVISIÓN DE ACCIONES DEL PLAN DE SALUD 2019-2024



COMITÉ TÉCNICO ASESOR Y GRUPOS DE TRABAJO





INTRODUCCIÓN

Según establece la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias¹ el Plan de Salud de Canarias 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 evaluación”. Por lo tanto, es el principal instrumento de planificación sanitaria y a través de esta herramienta deben articularse las principales acciones de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud (SCS), con el fin de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de las personas que viven en Canarias.

El Plan de Salud de Canarias 2019-2024 (PSC 2019-2024) pretende dar respuesta a las Resoluciones aprobadas en el Parlamento de Canarias durante la tramitación y publicación del Plan de Salud de Canarias 2016-2017² (PSC 2016-2017), así como a las propuestas surgidas posteriormente en la Comisión de Sanidad del propio Parlamento.

La Consejería de Sanidad, a través de la coordinación por la Unidad de Apoyo a la Dirección del SCS y del Comité Técnico Asesor del PSC 2019-2024, designado a tal efecto, puso en marcha en 2017 un proceso de trabajo centrado en tres objetivos principales:

- Realizar un **análisis de situación** de los principales problemas de salud, incluyendo la **evaluación del Plan de Salud de Canarias 2016-2017**.
- **Desarrollar el nuevo Plan de Salud 2019-2024**, en base al análisis y evaluación anteriores, aportaciones de los equipos directivos de servicios centrales, Direcciones de Área de Salud y Gerencias del Servicio Canario de la Salud.
- **Promover la participación** de toda la estructura del Servicio Canario de la Salud, incluyendo profesionales asistenciales y no asistenciales, así como un **proceso de participación externa** de las acciones propuestas, abierto a cualquier entidad, colectivo o persona particular que quiera hacer aportaciones.

Se exponen a continuación los avances conseguidos hasta ahora en cada uno de los objetivos citados.

¹ Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-19583-consolidado.pdf>

² Decreto 132/2016, de 26 de septiembre, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/archivo/2016/190/pda/011.html>



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El análisis de la situación de salud ha sido realizado por el Comité Técnico Asesor del Plan de Salud de Canarias a partir de los resultados del Informe de Evaluación del PSC 2016-2017, de los informes de las siete Conferencias Insulares de Salud realizadas en 2014³, los indicadores poblacionales publicados en sistemas de información y bases de datos oficiales así como de los resultados obtenidos en encuestas autonómicas y nacionales. Destacamos:

I - Evaluación del Plan de Salud 2016-2017

La evaluación se encuentra detallada en un amplio Informe, disponible en la Web del Servicio Canario de la Salud⁴. Como elementos orientadores para el PSC 2019-2024, cabe destacar los siguientes:

- Los resultados obtenidos en las Líneas de Actuación (81,6% de cumplimiento) y Colaboración (100% de cumplimiento) del PSC 2016-2017, que se encuentran recogidos en el Informe de Evaluación.
- La conveniencia de dar continuidad al abordaje de los problemas fundamentales contenidos en el PSC 2016-2017, así como a las áreas de mejora identificadas y Líneas de Actuación no realizadas o conseguidas parcialmente.
- La necesidad de disponer de objetivos, acciones y metas más concretas, de cara a integrarlas en los Programas de Gestión Convenida, planes, programas, protocolos y otros instrumentos de gestión. De este modo se acerca la planificación a la realidad asistencial y social.
- Disponer de una batería de indicadores de salud poblacionales orientados a los problemas identificados, permitiría explicar mejor la orientación del PSC 2019-2024 hacia los resultados en salud.
- Necesidad de buscar nuevas herramientas y metodologías para fomentar la participación en la elaboración y desarrollo de las acciones del PSC 2019-2024.

³ Conferencias Insulares de Salud (2014). Disponibles en: <https://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=1d446429-7c70-11e4-a62a-758e414b4260&id-Carpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>

⁴ Informe de Evaluación del Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/089af77c-bfcb-11e8-b7ec-7f7473d39a4f/Informe_de_Evaluacion_PS_2016_2017.pdf

II - Canarias: datos generales

Con la información disponible se ha abordado de forma sintética la situación actual y, en algunos casos, la tendencia de los determinantes demográficos y sociales, los aspectos relacionados con los estilos de vida, el estado de salud y el autocuidado, los factores relacionados con el medio ambiente y aquellos otros con gran influencia en la salud y el bienestar de la población canaria. Este análisis ha servido para identificar las áreas prioritarias sobre las que orientar las acciones a desarrollar y consolidar por el sistema sanitario en coordinación con otros sectores a lo largo del periodo de vigencia del nuevo PSC 2019-2024, acciones que se traduzcan en resultados positivos del estado de salud.

1 Determinantes demográficos

Canarias cuenta con una población empadronada, a 1 de enero de 2018, de 2.127.685 habitantes, 1.073.653 mujeres y 1.054.032 hombres, representando el 4,6% del total de la población de España. El mayor aumento relativo de población tuvo lugar en Fuerteventura (2,6%), y por contra, Gran Canaria fue donde menos creció (0,4%). Existe una gran dispersión territorial marcada por la insularidad y una distribución poblacional desigual, concentrándose el 82,3% de la población en las islas de Tenerife y Gran Canaria. La gran heterogeneidad de las características demográficas no sólo se observa entre islas sino que incluso se da en la misma isla. Esto a su vez se relaciona con realidades socioeconómicas, estilos de vida y determinantes biológicos, que contribuyen a reflejar la diversidad y heterogeneidad territorial.

El ratio de masculinidad varía en función de la edad, existiendo hasta los 64 años un predominio de hombres sobre mujeres, invirtiéndose la relación a medida que aumenta la edad.

Canarias no es ajena al envejecimiento progresivo de la población, con un 15,6% de población de 65 y más años, siendo el grupo de población que más aumentó porcentualmente respecto al año anterior (2,7%, 8.689 personas). Esto se traduce en un índice de envejecimiento de 109,8 personas de 65 y más años por cada 100 personas de 15 y menos años. Además la tendencia al envejecimiento es más acentuada en las islas occidentales. Existen factores que hacen que ese envejecimiento se haya acelerado y que, por tanto, sus efectos se hagan sentir en menor plazo del esperado.

La población de nacionalidad extranjera residente en Canarias representa el 12,2% de la población total (260.191 personas). En 2018 aumentó un 5,4% respecto al año anterior procediendo mayoritariamente de los siguientes países: Italia (45.430), Alemania (26.001) y Reino Unido (24.989). En ese mismo año la población residente con nacionalidad venezolana se incrementó un 33,9%.

En 2017 nacieron en las islas 15.779 niños y niñas, el número más bajo registrado en las últimas cuatro décadas, y fallecieron 15.254 personas, lo que equivale a 1.034,4 nacimientos por cada 1.000 defunciones. La tasa bruta de mortalidad se situó en 7,1 defunciones por 1.000 habitantes y

la esperanza de vida al nacimiento en 82,4 años (84,8 en mujeres y 80 en hombres).

Canarias es por orden la tercera comunidad autónoma con mayor crecimiento poblacional por cada mil habitantes (10,2), tras las Islas Baleares (13,8) y la Comunidad de Madrid (11,2). El saldo vegetativo fue de 0,24 por 1.000 habitantes y el saldo migratorio, 9,4 por 1.000 habitantes, este último el mayor de todas las CCAA.

Indicadores demográficos		Total	Hombres	Mujeres
Población empadronada	0 a 14 años	291.702	149.565	142.137
	15 a 64 años	1.493.578	751.653	741.925
	65 o más años	322.841	143.895	178.946
Población extranjera residente		260.191	129.690	130.501
Nº Nacimientos		15.779	8.111	7.668
Nº Defunciones		15.254	8.102	7.152

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Explotación Estadística del Padrón Municipal.

2 Situación socioeconómica

En 2017 el Producto Interior Bruto (PIB) de Canarias fue de 44.206 millones de euros, siendo la octava economía de España por volumen de PIB. La tasa de crecimiento anual del PIB en términos de volumen fue del 2,9% y el PIB per cápita fue de 20.425 euros, situándose por debajo de la media nacional de 24.999 euros. Además, es la comunidad autónoma con menos deuda pública por habitante. El sector servicios es el que tiene mayor peso relativo en la economía del Archipiélago. El turismo ha experimentado un crecimiento exponencial a lo largo de los últimos años y adquiere especial relevancia por su contribución al PIB y al empleo regional.

En ese mismo año, el 30,5% de la población canaria estaba en riesgo de pobreza, es decir, con ingresos por debajo del umbral de pobreza situándose en los peores puestos después de Extremadura (38,9%) y Andalucía (31%). No obstante, la tasa ha mejorado respecto a la del año anterior (35%), y es más baja si se considera en el cálculo el valor de la vivienda del hogar (de su propiedad o cedida gratuitamente) aunque se mantiene por encima de la media del país.

Indicadores socioeconómicos	España	Canarias
Tasa de riesgo de pobreza (renta año anterior a la entrevista)	21,6%	30,5%
Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado)	19,7%	25,9%
Personas con mucha dificultad para llegar a final de mes	9,5%	19,3%
Hogares con mucha dificultad para llegar a final de mes	9,3%	20,9%
Hogares no tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos	37,3%	52,4%
Renta media anual por persona	11.074 €	8.863 €
Desigualdad (S80/S20)*	6,6	7,0

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2017. INE.

Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

*Desigualdad (S80/S20): La relación de renta S80/S20 se define como la relación entre la proporción de los ingresos totales percibidos por el 20 % de la población con mayores ingresos y la percibida por el 20 % con menores ingresos. Cuanto más elevado sea el valor del indicador, mayor es la desigualdad de la población en la que se mide.

Respecto a la situación económica de los hogares, en Canarias es donde se presentan las mayores dificultades para llegar a fin de mes y para afrontar gastos imprevistos. También es una de las que tienen menores ingresos por persona junto a Extremadura (8.250 euros) y Región de Murcia (8.702 euros).

El indicador AROPE de riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020), construido con la población que se encuentra en riesgo de pobreza, o con carencia material o con baja intensidad en el empleo, disminuyó entre 2016 (44,6%) y 2017 (40,2%), estando aún lejos del 26,6% de la población residente en España.

La desigualdad, medida por la relación de renta S80/S20, aumentó de forma notable en los años 2015 (10,1) y 2016 (8,8), disminuyendo al año siguiente pero manteniéndose por encima del valor obtenido para España.

La tasa de paro del cuarto trimestre de 2018 era del 20%, siendo mayor en mujeres (20,9%) que en hombres (19,2%). En 2017, el salario medio mensual bruto fue el segundo más bajo de España, de 1.606,6 euros, casi 300 euros por debajo del salario medio del país (1.889 euros), y en comparación al resto de comunidades autónomas, Canarias es la que presenta un mayor porcentaje de sueldos bajos (de menos de 1.230,9 euros brutos mensuales).

El nivel de formación alcanzado de la población de 16 y más años presenta la siguiente distribución: 26,7% tiene educación primaria o no ha recibido educación; 23,9% educación secundaria de 1ª etapa; 21,6% educación secundaria de 2ª etapa y 25,5% estudios superiores.

3 Estado de salud

3.1 Bienestar

Indicadores de Bienestar	España	Canarias		
		Total	Hombres	Mujeres
Valoración positiva del estado de salud	74%	73,3%	77,6%	69,1%
Valoración positiva del estado de salud (>65 a.)	45,4%	40,9%	44,3%	38%
Calidad de vida infantil relacionada con la salud	87,4%	92,4%	92,8%	92,0%
Años de vida saludable al nacer	63,2	64,5	64,6	64,6
Años de vida saludable a los 65 años	10,1	10,7	11,0	10,4

Fuente: INCLASNS 2017. MSCBS.

En el año 2017, el 73,3% de la población adulta canaria encuestada valoraba positivamente su estado de salud, un porcentaje ligeramente inferior al observado a nivel nacional. Esta percepción varía en función del sexo y la edad; las mujeres perciben peor su salud que los hombres y esta diferencia se mantiene en el grupo de edad de 65 y más años.

El resto de indicadores de calidad de vida analizados, en el año considerado, presentan valores más favorables si se comparan a los del conjunto de CCAA.

3.2 Estilos de vida

Indicadores	España	Canarias			
		Total	Hombres	Mujeres	Variación 2011-2017**
Prevalencia declarada de consumo de tabaco*	22,1%	22,3%	25,1%	19,6%	-
Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol	1,6%	0,3%	0,6%	0,0%	<
Prevalencia declarada de sedentarismo	37,8%	43,5%	38,8%	48,2%	>
Prevalencia declarada de sobrepeso	37,1%	37,2%	42,8%	31,5%	>
Prevalencia declarada de obesidad	17,4%	19,3%	17,2%	21,4%	>
Prevalencia declarada de sobrepeso infantil	18,3%	25,2%	25,8%	24,6%	>

Fuente: INCLASNS 2017. MSCBS. *Consumo Diario **ENSE 2011 y 2017.

En relación al consumo de tabaco, del total de encuestados que declaran no fumar, el 55,6% “nunca ha fumado” y el 20,5% es “exfumador”. Si se comparan los datos a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2011, el porcentaje de no fumadores aumentó ligeramente entre esos años, pasando del 75,1% al 76,1%.

El porcentaje de población de 15 y más años encuestada que declara un grado de actividad física en su tiempo libre considerado sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine...) supera al valor nacional, sobre todo, en mujeres. En Canarias declaran ser sedentarias el 48,2% de las mujeres y el 38,8% de los hombres (41,9% y 33,5% en España, respectivamente).

Por otra parte, si se considera la práctica de actividad física habitual por parte de la población adulta obtenida en la última Encuesta de Salud de Canarias (ESC15), un 48,7% declaraba “andar bastante pero sin esfuerzo vigoroso”, un 13,4% “anda y realiza esfuerzos vigorosos con frecuencia” y sólo un 3,7% “hace esfuerzos vigorosos y mucha actividad”. La tendencia se invierte en la población menor de 16 años, en la que un 30,3% hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana en relación al 24,1% de la ESC09. No obstante, se observa un aumento del número de menores que no hace ejercicio, que ha pasado del 15,7% en el 2009 al 23,6% en el 2015.

Respecto al sobrepeso y la obesidad (a partir de los datos de talla y peso autodeclarados), la prevalencia de sobrepeso en población adulta es similar a la del conjunto del país, no ocurre lo mismo con la obesidad cuya prevalencia es más alta, sobre todo, en mujeres. En población infantil, aproximadamente uno de cada cuatro niños y niñas canarios tiene sobrepeso, superando la media nacional, siendo semejante el porcentaje correspondiente a la obesidad.

3.3 Actividades preventivas

- Cribado de cáncer.

Indicadores	Programa de diagnóstico precoz		
	Invitación	Participación	Derivación
Cáncer de mama	90,5%	70,9%	4,1%
Cáncer colorrectal	40%	34,2%	4,8%

*Fuente: Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos.
Dirección General de Programas Asistenciales. SCS.*

La accesibilidad a los programas de diagnóstico precoz de cáncer de la Comunidad Autónoma ha ido mejorando a lo largo de los años. En la actualidad la prueba de cribado del cáncer de mama se oferta cada 2 años a todas las mujeres de 50 a 69 años de Canarias, independientemente del lugar de residencia. Desde el año 2009, se han detectado con este programa un total de 5.600 casos de cáncer de mama.

Por otra parte, el programa de cribado de cáncer colorrectal dirigido a población de 50 a 69 años se encuentra aún en fase de desarrollo. El porcentaje de asistencia de la población citada para la realización de la prueba sigue siendo bajo. Durante el período 2009-2017 se detectaron mediante este programa 343 casos.

- Vacunación

Las coberturas de vacunación infantil han sufrido un ligero descenso en los últimos años. Se muestra en tablas las coberturas alcanzadas para la primovacunación y el refuerzo en el año 2017.

Cobertura Vacuna Hexavalente	España		Canarias	
	Primo- vacunación	Recuerdo 1	Primo- vacunación	Recuerdo 1
DTPa	97,8%	94,8%	97,5%	93,9%
Hib	97,8%	94,8%	97,4%	93,7%
VPI	97,8%	94,8%	97,5%	93,9%
HB	97,8%	94,5%	97,4%	94,5%

Fuente: Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. MSCBS.

Primovacunación: % niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis. Recuerdo: con al menos 3 dosis.

DTPa: difteria tétanos y tosferina acelular. Hib: Haemophilus influenzae serotipo b. VPI: poliomielitis.

HB: hepatitis B.

Cobertura Triple Vírica	España	Canarias
Primera dosis (cohorte 2015)	97,7%	95,2%
Segunda dosis (cohorte 2012)	93,1%	83,9%

Fuente: Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. MSCBS.

Triple vírica: vacuna frente al sarampión, rubeola y parotiditis.

En cuanto a la vacunación frente a la gripe, en la campaña 2017-2018, se administraron 203.950 vacunas a los grupos de riesgo formados por las personas de 65 y más años, personal sanitario y embarazadas, a las que hay que sumar unas 10.000 dosis más correspondientes a otros grupos de riesgo. Se alcanzó una cobertura de vacunación del 57,5% en el grupo ≥ 65 años, muy similar a la de la temporada anterior con valores ligeramente superiores a la media nacional (55,7%). La cobertura en embarazadas (34%) y en el personal sanitario (18,1%) ha ido mejorando respecto a años anteriores.

3.4 Enfermedades más prevalentes o con mayor impacto

A continuación se presentan los datos que corresponden a los problemas de larga evolución padecidos por la ciudadanía en los últimos 12 meses, diagnosticados por un médico, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud 2017 y su evolución respecto a la encuesta de 2011.

Problemas de salud crónicos autopercebidos	España	Canarias			
		Total	Hombres	Mujeres	Variación 2011-2017
Tensión arterial alta	19,8%	18,7%	17,6%	19,8%	<
Diabetes	7,8%	11%	11,5%	10,5%	>
Asma	4,7%	3,8%	1,8%	5,7%	<
EPOC	3,2%	1,7%	1,1%	2,3%	<
Transtornos mentales	10,8%	9,7%	6,9%	12,4%	<

Fuente: ENSE 2011 y 2017, INE/MSCBS. Referida a población de 15 y más años.

Se ha observado que la clase social y la edad tienen una clara relación con los problemas de salud crónicos en población adulta; los problemas de salud no sólo aumentan con la edad sino según se desciende en la escala social (Encuesta de Salud de Canarias, 2015).

Accidentes	España	Canarias	
		Total	Variación 2011-2017
Número de víctimas de accidentes de tráfico	140.992 (100%)	5.200 (3,7%)	>
Índice de incidencia de accidentes trabajo*	3.408,8	3.618,3	<

Fuente: Accidentes de tráfico - Estadística de accidentes (2017 y 2011). Dirección General de Tráfico. Ministerio del Interior. Accidentes laborales - Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales (2017 y 2011). Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Extraído de INCLASNS.* Por 100.000 expuestos al riesgo.

Entre enero y diciembre de 2018, se produjeron en Canarias un total de 27.395 accidentes de trabajo, de los cuales, 257 fueron graves o muy graves y 24 mortales. El índice de incidencia mensual tras haber disminuido en los años 2012 y 2013, se ha mantenido en valores próximos a los 3.600 accidentes/100.000 trabajadores en los últimos años.

3.5 Mortalidad

En el año 2017 la tasa bruta de mortalidad en las islas se situaba en 705,2 defunciones por 100.000 habitantes. Del total de defunciones, el 28,9% se debieron a tumores, 27,8% a enfermedades del sistema circulatorio y 13,2% a enfermedades del sistema respiratorio. En función de las causas de muerte las 10 más frecuentes en orden decreciente fueron: enfermedades isquémicas del corazón, cáncer de bronquios y pulmón, enfermedades cerebrovasculares, demencia, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, insuficiencia cardiaca, enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus, enfermedad de Alzheimer y neumonía.

La tasa estandarizada de mortalidad de las principales causas de muerte fue de 852,9 defunciones por cada 100.000 habitantes, ocupando el décimo lugar tras las ciudades de Ceuta y Melilla, Andalucía, Región de Murcia, Extremadura, Comunidad Valenciana, Principado de Asturias, Castilla-La Mancha e Islas Baleares. Esta tasa de mortalidad fue mayor en hombres (1.036,7 por 100.000) que en mujeres (697,3 por 100.000). El coeficiente de variación respecto al año anterior fue de 0,7%.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad ajustadas debidas a problemas de salud prioritarios en Canarias correspondientes al año 2017.

Tasa de mortalidad ajustada por edad (por 100.000 hab.)	Canarias			
	Total	Hombres	Mujeres	Variación 2011-2016
Enfermedades isquémicas del corazón	77,4	103,9	54,0	<
Enfermedades cerebrovasculares	43,0	43,8	41,6	<
Cáncer de mama	25,3	-	-	<
Diabetes	23,1	23,2	22,5	<
Cáncer de colon	18,4	24,8	13,0	<

Fuente: OCSALUD. A partir de datos de la Unidad de Mortalidad. Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. SCS.

La información aportada por el Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD) permite conocer la evolución temporal de algunas tasas de mortalidad ajustada. En concreto, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (que incluye el infarto de miocardio) ha descendido notablemente (en más del 40%) entre los años 2005 y 2016.

En el caso de la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares tras haber descendido entre los años 2005 y 2013, se ha mantenido estable en los últimos años, al mismo tiempo que han ido desapareciendo las diferencias iniciales existentes entre mujeres y hombres, hasta prácticamente igualarse en ambos sexos.

Por otra parte, el indicador años potenciales de vida perdidos (APVP) informa de la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El número medio de años potenciales de vida perdidos (APVP) por todas las causas en el año 2017 era en Canarias de 14,9 años, siendo superior en hombres (15,2 vs. 14,3).

Tasa estandarizada APVP según causa (por 100.000 hab.)	España	Canarias
Tumores	2.190,4	2.195,1
Enfermedades del sistema circulatorio	949,3	1.095,4
Causas externas de mortalidad	563,6	582,1
Enfermedades del sistema respiratorio	298,9	489,5
Todas las causas	4.993,1	5.442,2

Fuente: INE 2017.

4 Seguridad Alimentaria

El Servicio de Seguridad Alimentaria de la Dirección General de Salud Pública es responsable del control y vigilancia de los establecimientos alimentarios y de los alimentos producidos o comercializados en la Comunidad Autónoma de Canarias, cuya finalidad última es la protección de la salud de los consumidores. Esta vigilancia y control se realiza mediante la adecuada programación de los controles oficiales a través de la herramienta denominada Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (PNCOCA 2016-2020), asegurando la posibilidad de actuar con rapidez y eficacia en aquellos casos en que existe un peligro para la salud pública, sin que se obstaculice la libre circulación de mercancías.

Los brotes más frecuentes en la Comunidad Autónoma Canaria siguen siendo los brotes alimentarios, aunque a lo largo del tiempo se han observado cambios en el tipo y presentación de los mismos: los brotes hídricos casi han desaparecido (por la disminución de los riesgos vinculados a la red de agua de abastecimiento público) y se producen menos brotes y de menor número de afectados en los establecimientos de restauración colectiva. Asimismo, se han registrado procesos nuevos no presentes en Canarias hasta hace pocos años (como la ciguatera), y se notifican otros causados por agentes conocidos, pero que son mejor diagnosticados o afectan a otros colectivos o poblaciones de riesgo: es el caso de los brotes de norovirus o de sarna en instituciones cerradas o semicerradas como las residencias de ancianos.

Las **toxiinfecciones alimentarias** (TI) constituyen la principal causa de brotes en Canarias tanto por la frecuencia de aparición como por la carga de enfermedad. En los últimos 6 años la tasa de

Indicadores TI	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tasa de incidencia (casos x 100.000 hab.)	9,7	15,6	19,5	6,2	22,2	5,7
Nº Brotes	24	37	14	20	31	16
Nº Afectados	206	330	411	131	466	120

Fuente: Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. SCS.

El 60% de los brotes del período 2012-2017 tuvo lugar en el ámbito de la restauración colectiva, identificándose a la Salmonella como principal agente causal. El alimento implicado con mayor frecuencia fue "huevo/mayonesa" (en este grupo se incluyen otros ovoproductos). En segundo lugar, figura el queso y en tercer lugar los pescados y mariscos. Existe un volumen importante de brotes (17,9%) donde el alimento responsable no pudo ser identificado.

En cuanto al número de brotes de **enfermedades asociadas a la contaminación del agua de consumo**, no se registró ningún brote entre los años 2012 y 2017.

El control en materia de seguridad alimentaria se realiza mediante la ejecución de dos programas: uno de ellos tiene como objetivo reducir la aparición de riesgos vinculados a la infraestructura de los establecimientos y sus condiciones de higiene, composición, estado y trazabilidad de los alimentos, el manejo de los SANDACH (subproductos animales no destinados a consumo humano) y la formación de los manipuladores de empresas alimentarias (Programa 1); el otro, reducir la aparición de riesgos vinculados a una incorrecta implantación de sistemas de autocontrol basados en los principios del APPCC (Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control) en establecimientos alimentarios (Programa 2).

El Programa 1 se lleva a cabo mediante la realización de visitas programadas y no programadas por parte de los técnicos inspectores de Salud Pública, comprobando el cumplimiento de la normativa de higiene alimentaria en los establecimientos alimentarios y alimentos en cualquiera de los eslabones de la cadena alimentaria (elaboradores, envasadores, almacenistas, importadores, distribuidores, minoristas). El Programa 2, mediante la realización de auditorías en base al riesgo.

Indicadores	Programa 1	Programa 2
Nº de inspecciones realizadas	13.120	1.418
Incumplimientos detectados	14.321 (109,2 %)*	941 (65,9 %)*
Medidas correctoras impuestas	3.816 (26,6 %)**	977 (68,9 %)**

Fuente: Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. SCS. Año 2018.

* En un único establecimiento se pueden detectar varios incumplimientos.

** Con la imposición de una única medida correctora se pueden corregir varios incumplimientos.

5 Salud Ambiental

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos a las personas. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

5.1 Calidad del aire

Las fuentes principales de emisiones antropogénicas a la atmósfera provienen de los vehículos y los procesos industriales, si bien su incidencia en la calidad del aire no es importante; aunque los valores de los contaminantes gaseosos son ligeramente más elevados en los grandes núcleos urbanos, las únicas superaciones que se registran son las debidas al fenómeno natural de la calima, que eleva los niveles de inmisión de PM10 y PM2,5 (partículas con un diámetro aerodinámico inferior a 10 micras y a 2,5 micras, respectivamente) en todas las estaciones de todas las islas.

En el período 2012-2018 la exposición media anual para PM10 y PM2,5 no superaron ninguna vez los valores límites de exposición anual (VLA) que para PM10 es de 40 µg/m³ y para PM2,5 es de 25 µg/m³.

En la siguiente tabla se representa el promedio anual de superaciones de PM10 por islas (2012-2018):

Isla	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gran Canaria	18	22	27	17	8	40	11
Tenerife	14	8	5	7	8	26	7
La Palma	9	13	10	14	8	24	23
La Gomera	-	13	16	-	23	0	16
El Hierro	10	11	13	1	12	25	16
Lanzarote	25	1	24	25	9	27	9
Fuerteventura	29	21	16	38	13	55	28

Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública. SCS.

Lo que refleja la anterior tabla es el número de días que se superaron los valores límites diarios (VLD) para el parámetro PM10, que está establecido en 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ y que no debe superarse en más de 35 días al año. Como vemos en la tabla, esas dos condiciones se dieron una vez en 2015 en Fuerteventura (38 veces) y dos veces en 2017, en Gran Canaria (40 veces) y Fuerteventura (55 veces).

El promedio anual de superaciones respecto de los parámetros PM2,5, dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃) fue 0 en todas las islas durante el mismo período.

5.2 Calidad del agua de consumo humano

La calidad del agua de consumo está íntimamente relacionada con el nivel sanitario de un país. Se considera que es de buena calidad cuando no contiene microorganismos patógenos ni contaminantes a niveles capaces de afectar adversamente la salud de los consumidores. En España, es el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, el que establece los criterios sanitarios de la calidad de las aguas de consumo humano así como los principios y normas que deben cumplir las aguas y las instalaciones de suministro desde la captación hasta el grifo del consumidor con el único fin de proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación. En nuestra Comunidad, el Programa de Vigilancia Sanitaria de Aguas de

Consumo Humano constituye la herramienta fundamental para la aplicación práctica en Canarias del Real Decreto.

Canarias cuenta con abastecimientos de alta calidad y rigurosos sistemas de vigilancia y de control analítico, que permiten que el agua llegue en buenas condiciones a los hogares y sea consumida con seguridad. Para ello, el agua se somete previamente a un tratamiento de potabilización y a diversos controles sanitarios. La gestión del agua es compleja por depender de varios agentes (municipios, las empresas abastecedoras, los laboratorios de control y las administraciones sanitarias).

En el año 2018, del total de muestras tan solo el 0,20% fue calificada "no apta para el consumo", (presentando sólo el 0,004% riesgos para la salud), algo superior al valor obtenido en 2017 (0,17%) pero hay que tener en cuenta que las muestras analizadas pasó de 140.963 (2017) a 268.610 (2018) por lo que la calidad del agua de consumo está mucho más controlada⁵.

5.3 Aguas de baño

En Canarias el uso de las zonas de baño con fines recreativos, tanto por la población local como por la turista, incluyendo los grupos de riesgos descritos por la Organización Mundial de la Salud (niños, ancianos, personas inmunodeprimidas y turistas), hace necesaria una vigilancia sanitaria específica con el fin de proteger la salud de la población expuesta de los peligros de carácter biológico, físico y químico, existentes tanto en el agua de baño como en la playa.

Los criterios sanitarios que deben cumplir las aguas de baño y las disposiciones para el control, la clasificación, las medidas de gestión y el suministro de información al público sobre la calidad de las zonas de aguas de baño son el objeto del Real Decreto 1341/2007, de 26 de octubre, sobre gestión de la calidad de las aguas de baño. La calidad microbiológica de las aguas de baño de toda la Unión Europea es anualmente evaluada por la Comisión Europea, conforme al procedimiento legalmente establecido.

⁵ Fuente: Dirección General de Salud Pública. Se considera agua "no apta para el consumo": cuando no cumpla con los valores paramétricos especificados en las partes A, B y D del anexo I del RD 140/2003 o supere los valores consensuados de no aptitud para la parte C del Anexo I).

Clasificación anual de la calidad de las aguas de baño por puntos de muestreo (PM)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº PM controlados sanitariamente	208	209	214	217	218	215
Nº PM calidad excelente %	198 95,2	201 96,2	208 97,2	213 98,2	211 96,8	204 94,9
Nº PM calidad buena %	3 1,4	2 1,0	0 0,0	2 0,9	1 0,5	10 0,5
Nº PM calidad suficiente %	1 0,5	1 0,5	0 0,0	0 0,0	2 0,9	0 0,0
Nº PM calidad insuficiente %	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	2 0,9
Nº de PM sin calificar %	6 0,5	5 2,4	6 2,8	2 0,9	4 1,8	8 3,7

Fuente: "Calidad de las aguas de baño en España". Informes anuales. MSCBS.

6. Gasto sanitario público

El gasto sanitario público en Canarias correspondiente al ejercicio económico 2017 supuso 2.875 millones de euros, lo que representa el 6,5% del PIB. El gasto per cápita medio fue de 1.334 euros por habitante siendo de las CCAA con menor gasto sanitario público en relación a su población, tras Andalucía y Comunidad de Madrid. La tasa de variación interanual 2016-2017 alcanzó el 2,9%.

En el período 2012-2017, el mayor porcentaje de crecimiento en el ámbito de la asistencia sanitaria se alcanzó en el concepto de servicios hospitalarios y especializados, seguido del gasto en atención primaria.

De acuerdo a la clasificación económico-presupuestaria, el componente del gasto sanitario con mayor peso es la remuneración del personal (capítulo I del presupuesto de gastos) que representó 1.416 millones, un 49,2% del gasto consolidado. El 3,1% del gasto de personal fue destinado a la formación de residentes.

Porcentaje de gasto sanitario	España	Canarias	
		Total	Variación 2011-2017
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL			
Servicios hospitalarios y especializados	63,2%	62,0%	8,1%
Farmacia*	16,9%	17,6%	-2,8%
Servicios primarios de salud	13,5%	13,7%	5,8%
Servicios de salud pública	1,0%	0,8%	-14,1%
CLASIFICACIÓN ECONÓMICA			
Remuneración del personal	45,0%	49,2%	5,5%
Consumo intermedio	25,9%	21,1%	13,3%
Transferencias corrientes	17,7%	18,5%	-5,9%
Conciertos	9,5%	9,6%	-2,9%

Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) 2017 y 2011. MSCBS.

*Recoge específicamente el gasto por las recetas médicas expedidas. No incluye el gasto de productos farmacéuticos que puedan dispensarse directamente en las instituciones sanitarias.

7. Opinión de la ciudadanía

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión anual que permite conocer la satisfacción de la ciudadanía con los servicios sanitarios públicos. Entre marzo y octubre de 2018 se realizaron entrevistas individuales a 352 personas de ambos sexos, de 18 y más años, residentes en Canarias.

La sanidad es un tema que preocupa mucho a la ciudadanía, siendo el área de mayor preocupación seguida del resto de áreas con el siguiente orden: trabajo, educación, pensiones, vivienda, servicios sociales, seguridad ciudadana y defensa.

Respecto a la satisfacción de los encuestados con el modo en el que el sistema sanitario público funciona en España, Canarias es de las CCAA con menor puntuación. El porcentaje de población encuestada que piensa que el sistema funciona "bien" y "bastante bien" se sitúa en el 54%.

En la siguiente tabla se presentan las valoraciones medias (y desviaciones típicas) asignadas al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos:

Satisfacción con los servicios públicos	España	Canarias	Variación 2011-2018
Funcionamiento del sistema sanitario público en España	6,57 (±1,91)	6,18 (± 2,17)	>
Consultas de atención primaria en centros de salud	7,31 (±1,83)	7,13 (±1,97)	>
Consultas de atención especializada	6,81 (±1,94)	6,48 (±2,07)	>
Urgencias en hospitales públicos	6,02 (±2,29)	5,35 (±2,51)	<
Urgencias en centros de atención primaria	6,62 (±2,05)	6,30 (±2,21)	*
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,98 (±1,97)	6,66 (±2,23)	<

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2011 y 2018. MSCBS. Se recoge la media de las puntuaciones obtenidas en una escala likert de 1 ("totalmente insatisfactorio") a 10 ("totalmente satisfactorio").* No se recoge en la encuesta de 2011.

Para conocer la opinión de los usuarios reales, se preguntaba a aquellos que habían acudido en los últimos doce meses al menos una vez a alguna consulta médica o a servicios de urgencias de la sanidad pública, si la atención recibida había sido "muy buena", "buena", "regular", "mala" o "muy mala".

El 83% de los usuarios de consultas de medicina de familia de la sanidad pública respondió favorablemente y un 27,8% refirió que la atención recibida había sido "mejor" o "mucho mejor" de lo que esperaba; además, Canarias se encuentra entre las CCAA donde la atención recibida supera más las expectativas.

Valoración atención recibida "muy buena", "buena"	España	Canarias	Variación 2011-2018
Consultas de medicina de familia	86,5%	83,0%	>
Consultas de atención especializada	84,0%	70,7%	<
Servicios de urgencias	77,5%	71,6%	<
Hospitalización	88,6%	86,4%	<

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2011 y 2018. MSCBS.

Nota: número pequeño de entrevistas (resultados referidos a los que acudieron en los últimos 12 meses).

Cuando se les preguntaba a los usuarios de las consultas con otros especialistas sobre la atención recibida en dicha consulta, la satisfacción en Canarias es alta. El 29,4% refería que la atención recibida en consulta del especialista había superado sus expectativas, siendo también de las CCAA con una cifra más alta.

Por último, un porcentaje elevado de entrevistados que había estado ingresado consideraba que la atención había sido "buena" o "muy buena". En este caso es donde más se superan las expectativas, ya que el 36,4% manifestaba que la atención había sido "mejor" o "mucho mejor" de lo que esperaba, estando por encima de la media nacional (35,3%).

8. Principales iniciativas intersectoriales.

En la evaluación del Plan de Salud de Canarias 2016-2017 se identificaron múltiples iniciativas de colaboración intersectorial en los ámbitos:

1. Sociosanitario

Acciones dirigidas a promover la salud de las personas mayores y con discapacidad, coordinación de los centros de salud con los centros geriátricos, colaboración con centros de día para mayores y en actividades de formación o campañas, experiencia piloto de comunicación informática entre Servicio Canario de la Salud y centros sociosanitarios, y colaboración con los servicios sociales municipales, entre otras iniciativas.

2. Salud Mental

Coordinación en el ámbito de la rehabilitación psicosocial y con los orientadores de centros educativos.

3. Educativo

- **Acuerdo de colaboración** entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Universidades para la realización de actuaciones conjuntas de promoción de la salud en la escuela (regulación de campañas sobre alimentación y actividad física, regulación de la oferta alimentaria en los centros educativos, revisión de los menús escolares y máquinas expendedoras, etc.) así como actuaciones conjuntas en centros educativos ante brotes epidémicos.
- **Promoción de la implementación** a nivel escolar del Programa de intervención para la prevención de la obesidad infantil (Programa PIPO).
- **Realización, seguimiento, asesoramiento** y evaluación de las Medidas de Acompañamiento del Plan de frutas y verduras en la escuela de la Comisión Europea.
- **Colaboración en actividades** de formación (alimentación y nutrición, salud oral, primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar, higiene postural, hábitos y estilos de vida saludables, etc.) y con la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud.

4. Municipal e insular (Ayuntamientos y Cabildos)

- **Fundamentalmente a través** de la iniciativa ESTRATEGIA CANARIA "ISLAS Y MUNICIPIOS PROMOTORES DE LA SALUD", vinculada al impulso de la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención del SNS en islas y municipios.
- **Colaboración en actividades de formación**, dirigidas a técnicos/as municipales, en prevención de drogodependencias y otras adicciones, y en atención a colectivos desfavorecidos.
- **Colaboración con servicios** municipales (áreas de atención a la mujer y a la infancia, entre otros) y Organizaciones No Gubernamentales.

5. Con otras entidades

- **Universidades:** acreditación de centros del Servicio Canario de la Salud para la docencia de pregrado y postgrado, colaboración para la formación en diferentes centros universitarios (medicina, enfermería, fisioterapia, trabajo social, etc.), realización de Master, etc.
- **Colegios Farmacéuticos:** colaboración con la receta electrónica y en el pilotaje de diversas experiencias.
- **Centros Concertados:** estimación de necesidades asistenciales, coordinación y seguimiento.
- **Colegios Profesionales y Sociedades Científicas:** participación en diversas actividades de formación, divulgación, vigilancia y control de los riesgos ambientales.
- **Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas:** actividades de formación, Plan de Frutas y Verduras, control de la calidad del agua, plaguicidas fitosanitarios, ciguatera y anisakis, riesgos biológicos, etc.
- **Asociaciones de pacientes y familiares:** acuerdos de colaboración, participación en la planificación y desarrollo de acciones en rehabilitación psicosocial, colaboración de voluntariado en centros sanitarios.

Sin embargo, todas estas iniciativas no responden a un proceso de planificación específico y tienen un ámbito de acción variable (local, insular, regional) en función de las entidades implicadas.

Además, en la evaluación del Plan de Salud de Canarias 2016-2017 se puso de manifiesto la débil actividad de los órganos de participación establecidos en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (Consejos de Salud, Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria-CIRPAC, Comisiones de Participación hospitalaria, etc.).

Se identifica, por tanto, un amplio espacio para mejorar, ampliar o iniciar nuevas acciones de colaboración intersectorial.

III - Análisis de situación de las líneas y acciones priorizadas

En cada propuesta del PSC 2019-2024 se incluirá un breve resumen sobre el estado de la situación del problema de salud que se pretende mejorar, seguido de los objetivos, acciones y su justificación, indicadores y metas para el periodo 2019-2024. Se explicará con mayor detalle en el siguiente apartado.



METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL NUEVO PLAN DE SALUD 2019-2024

I - Aspectos generales

La metodología ha derivado fundamentalmente de:

- Los resultados de la Evaluación del PSC 2016-2017.
- El análisis de situación sobre los principales problemas de salud en Canarias.
- Las directrices del Consejo de Dirección del SCS.
- Las propuestas del Comité Técnico Asesor del PSC 2019-2024 y de los equipos directivos de las Direcciones de Área de Salud y Gerencias del Servicio Canario de la Salud.

En base a las fuentes de información disponibles y con las diferentes aportaciones recibidas, el Comité Técnico Asesor, mediante metodología de consenso (Grupo Delphi, grupo de discusión), estableció las características del modelo de Plan de Salud, sus Bloques Temáticos, Líneas Prioritarias y Grupos de Trabajo. La **secuencia general de elaboración** del PSC 2019-2024 es la siguiente:



Figura 1: Secuencia general de elaboración del Plan de Salud 2019-2024

II - Principios rectores del Plan de Salud

Se detallan aquí las características principales que van a definir el PSC 2019-2024:

1. Orientación a los valores que sustentan el Servicio Canario de la Salud, tal y como se recogen en el PSC 2016-2017 y Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias⁶:

- Orientación a las necesidades de la ciudadanía
- Equidad, universalidad y gratuidad
- Calidad y seguridad del paciente
- Eficiencia y sostenibilidad
- Participación ciudadana y gestión participativa
- Prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud, incluyendo el apoyo a la acción sobre los determinantes de la salud
- Carácter público del sistema, utilizando la gestión pública de los servicios y, complementariamente la gestión privada, para la provisión de la asistencia sanitaria

2. Ejes del Plan de Salud de Canarias 2019-2024:

- **Salud en Todas las Políticas:** obliga a desarrollar de manera activa y efectiva la intersectorialidad.
- **Mejora de los resultados en salud:** la orientación hacia resultados en salud se considera necesaria, especialmente en aquellos problemas más prevalentes como son el cáncer, el área cardiovascular, la salud mental y, en términos generales, las patologías asociadas a la cronicidad, con el enorme impacto socioeconómico y asistencial que generan, tanto en la atención programada como en la asistencia urgente. Solo si se marcan unos objetivos en términos de reducción de la morbilidad, mejora de la calidad de vida y de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida, se podrán conectar las metas definidas con la misión del SCS, a través de los profesionales asistenciales, gestores y ciudadanía.

3. Coherencia y continuidad con el Plan de Salud 2016-2017:

El PSC 2019-2024 incluye, aparte de los valores que lo sustentan, contenidos fundamentales del PSC 2016-2017 en la definición de sus bloques temáticos y Líneas Prioritarias, conservando también la categorización de acciones como NAD (Normas de Acción Directa) y ND (Normas Directivas).

⁶ Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias. Disponible en: <https://www.compromisosanidadcanaria.com/>

4. Incorporación del Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias:

El Compromiso recoge específicamente que *“la Consejería resalta el compromiso de evaluar y medir necesidades, metas y resultados en salud para poder perfilar acciones correctoras que sirvan como base para la elaboración del próximo Plan de Salud.”*

Del mismo modo, en el apartado de Compromiso para la accesibilidad y la sostenibilidad, establece como acción el *“Presentar la evaluación del Plan de Salud vigente (2016-2017) para que sirva como base para la aprobación del nuevo Plan de Salud 2018-2022”*.

Por lo tanto hay tres líneas de trabajo que se han realizado o están en marcha:

- La elaboración y presentación de la evaluación del PSC 2016-2017.
- La valoración global de las propuestas aportadas y la integración en el PSC 2019-2024 de aquellas acciones recogidas en el Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública que sean factibles, dentro de sus cuatro áreas de actuación: Ciudadanos y Pacientes; Profesionales Sanitarios; Accesibilidad y Sostenibilidad y Gestión del conocimiento.
- La identificación de áreas prioritarias, metas y resultados en salud a conseguir en un periodo de 5 años.

5. Flexibilidad:

El PSC 2019-2024 será evaluado anualmente con el fin de:

- Valorar el grado de cumplimiento de sus objetivos, acciones y metas.
- Actualizar acciones o metas en función de su consecución.
- Revisar acciones en base a novedades sustanciales en la evidencia científica.
- Modificar o incorporar acciones en respuesta a fenómenos imprevisibles (alertas sanitarias, emergencias humanitarias, incidencia de nuevas enfermedades, etc.).
- Actualizar las partidas presupuestarias necesarias para el desarrollo de las acciones en cada anualidad.
- Agilizar la transición entre la finalización del PSC 2019-2024 y la aprobación del siguiente Plan de Salud.

6. Participación en el desarrollo de las acciones:

Los Grupos de Trabajo vinculados al PSC 2019-2024 participarán a lo largo de su periodo de vigencia en:

- La elaboración de objetivos específicos y acciones prioritarias.
- La implementación de las acciones en los diferentes ámbitos de trabajo.

- El seguimiento de las evaluaciones y propuesta de medidas correctoras para conseguir los objetivos y metas previstos.

7. Coordinación con los Programas de Gestión Convenida (PGC):

Son una herramienta fundamental para la gestión de los centros asistenciales, orientan metas específicas para las Gerencias y concretan el presupuesto, así como el 50% de los incentivos dirigidos a profesionales sanitarios y centros directivos.

En el PGC 2016-2017 se incorporaron elementos vinculados al Plan de Salud, pero no fue posible una coordinación óptima desde su origen, debido al cronograma de tramitación parlamentaria del PSC 2016-2017. Por lo tanto, es prioritario seguir trabajando en conseguir la coherencia de objetivos entre el Plan de Salud y los PGC, sin la cual difícilmente podremos decir que estamos llevando a cabo una planificación sanitaria efectiva.

III - Modelo de Plan de Salud 2019-2024, Bloques Temáticos, Líneas prioritarias, Grupos de Trabajo y Valores Guía

El modelo resultante de PSC 2019-2024 se esquematiza a continuación:



Figura 2: Modelo de Plan de Salud 2019-2024

- **Vigencia:** 6 años (2019-2024).
- **Ejes:** Salud en Todas las Políticas + Resultados en salud.
- **Análisis de situación:** sintético y agrupado por objetivos/problemas.
- **Evaluación:** anual y final de todo el periodo.
- **Bloques Temáticos:**
 - **Bloque I:** Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad.
 - **Bloque II:** Mejora en servicios y resultados en salud
 - **Bloque III:** Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad
 - **Bloque IV:** Coordinación intra e intersectorial

Bloques Temáticos, Líneas Prioritarias y Grupos de trabajo para elaboración de acciones

En base a los bloques temáticos definidos, se han formado Grupos de Trabajo que están definiendo objetivos y acciones específicas para las Líneas Prioritarias establecidas:

Bloque Temático I: Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad

- 1 - PREVENCIÓN
 - Sobrepeso y obesidad
 - Sedentarismo
 - Tabaquismo
 - Consumo de alcohol
- 2 - DROGAS
 - Consumo de drogas
 - Otras adicciones
- 3 - VACUNAS / INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
 - Infecciones de transmisión sexual e Interrupciones Voluntarias del Embarazo
 - Enfermedades prevenibles por vacunación en niños
 - Vacunación de gripe en adultos
- 4 - SANIDAD AMBIENTAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA
 - Sanidad Ambiental
 - Seguridad Alimentaria

Bloque Temático II: Mejora en servicios y resultados en salud

- 1 - CARDIOVASCULAR
 - Cardiopatía isquémica
 - Insuficiencia cardiaca crónica
 - Enfermedad cerebrovascular
 - Diabetes
 - Miscelánea: Riesgo Cardiovascular global, Hipertensión arterial, Obesidad instaurada e Insuficiencia Renal Crónica
- 2 - CÁNCER
 - Cáncer de mama
 - Cáncer de colon
 - Cáncer de pulmón
- 3 - RESPIRATORIO: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- 4 - SALUD MENTAL
 - Trastorno mental grave
 - Salud Mental Infanto-juvenil
 - Miscelánea: consumo de psicofármacos, suicidio.
- 5 - SEGURIDAD DEL PACIENTE: Potenciar las Prácticas Seguras en el ámbito sanitario.

Bloque Temático III: Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad

1 - PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES

2 - GESTIÓN CLÍNICA

- Enfermedades crónicas más frecuentes y pacientes crónicos complejos
- Cuidados Paliativos

3 - APOYO Y EMPODERAMIENTO

- En el hogar (pacientes y familias)
- A personas cuidadoras

4 - DEMENCIAS

5 - POLIMEDICACIÓN Y CONSUMO DE FÁRMACOS DE ALTO RIESGO

Bloque Temático IV: Coordinación intra e intersectorial

1 - COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

2 - PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

3 - PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

4 - INTERSECTORIALIDAD:

- Consejerías del Gobierno de Canarias
- Otras entidades

IV - Metodología de trabajo para la elaboración de acciones

Los **Valores Guía** para el desarrollo de las acciones del Plan de Salud son los siguientes:

- **Equidad:** se refiere a si nuestra acción tiene en cuenta los resultados en función del sexo (mujeres, hombres), ubicación geográfica (islas capitalinas y no capitalinas) y otras variables que puedan generar inequidades (personas mayores vs jóvenes, etc.).
- **Eficiencia y compromiso con la evidencia científica:** a la hora de comprometer fondos públicos.
- **Comunidades Saludables:** concepto que engloba sobre todo la atención centrada en la persona y sus múltiples dimensiones: alfabetización, empoderamiento, humanización, etc. Todo ello en el contexto de la Salud en todas las Políticas y la intersectorialidad.

Los Grupos de trabajo del PSC 2019-2024:

- Están formados mayoritariamente por profesionales asistenciales propuestos por los diferentes equipos directivos de Gerencias y Direcciones de Área de Salud. Cada Grupo está liderado por uno o dos Coordinadores/as (de la Dirección General de Programas Asistenciales, Dirección General de Salud Pública, Gerencias, etc.).
- Están abiertos a la incorporación de nuevas personas y permanecerán activos durante todo el desarrollo y periodo de vigencia del PSC 2019-2024.
- Se trabaja con una metodología común de consenso, definiendo para cada Línea Prioritaria los siguientes aspectos:
 - Análisis de situación
 - Objetivos
 - Acciones: justificación, referencias bibliográficas, indicadores de evaluación y metas a conseguir durante el periodo 2019-2024.
 - Revisión de los Valores Guía.

FICHA GENERAL	
BLOQUE TEMÁTICO	ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD
LÍNEA PRIORITARIA	PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES
OBJETIVO 2024	DESARROLLAR E IMPLANTAR UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA (PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO) TRAS CRIBADO DE LA FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS.
PRIORIDAD	NAD (Norma de Aplicación Directa)
ANÁLISIS DE SITUACIÓN	La atención integral al paciente crónico de alta complejidad, precisa del trabajo coordinado de todos los profesionales involucrados en su tratamiento y seguimiento. Según la metodología de análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), utilizada para obtener una visión global en la estrategia de abordaje de la cronicidad, encontramos en su análisis interno la debilidad "se ha avanzado poco en la implantación de rutas asistenciales sistematizadas entre niveles asistenciales para las patologías crónicas más prevalentes, tampoco se ha definido el proceso de atención integrada y multidisciplinar del paciente pluripatológico. Por ello se debería incorporar nuevas figuras para la atención, coordinación y trabajos colaborativos, que contribuyan a garantizar la atención integral a las personas en los procesos crónicos en el nivel asistencial adecuado dando una mejor respuesta a sus necesidades.
Medio institucional favorable <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de las relaciones de cooperación. • Provisión de dirección y promoción. • Apoyo de marcos normativos. • Fomento de la continuidad de la financiación. 	

ACCIÓN 2		OBSERVACIONES
BLOQUE TEMÁTICO	ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD	
LÍNEA PRIORITARIA	PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES	
OBJETIVO 2024	Disminuir la incidencia de fracturas en personas mayores de 65 años.	Evitar y/o retrasar el deterioro funcional y la discapacidad en la población mayor de 65 años.
ACCIÓN	Cribado del riesgo de caídas en la población mayor de 65 años.	Se propone la valoración propuesta en el Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y caídas en la persona mayor.
JUSTIFICACIÓN		
<p>Las caídas son una causa importante de discapacidad en las personas mayores y a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Son una de las principales causas de lesiones, de incapacidad e incluso de muerte en este grupo de población. La frecuencia de las caídas se halla directamente relacionada con la edad; un tercio de las personas mayores de 65 años caen una vez al año y de ellos la mitad vuelven a caer, muchas de las personas no recuperan el nivel funcional previo. La caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. Las caídas en el anciano son un marcador de fragilidad y pueden ser predictores de muerte. Una de cada diez caídas genera lesiones graves, incluyendo la fractura de cadera. Es una lesión con creciente importancia, tanto en términos económicos como sociales. El daño físico debido a la caída supone la principal causa de muerte accidental en mayores de 65 años.</p>		
REFERENCIA 1	Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014	https://www.msssi.gob.es/com/sistema/informacion/comunicacion/docs/FragilidadCaídas_persona_mayor.pdf
REFERENCIA 2	American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society 2011; vol. 59, vol. 1	https://geriatrics3600131.missouri.edu/balances/AGS-BGS-CPG-Fall-Prevention-AGS-2011.pdf
REFERENCIA 3	Miquel Arjal M, Roca Chacón O, Martínez Alonso M. Hip fracture in the elderly patient: prognostic factors for mortality and	

Figura 3: Ejemplo de Ficha Técnica de recogida de datos para la elaboración de acciones

- Dada la heterogeneidad de las Líneas Prioritarias, que abarcan aspectos de diferente amplitud y alcance (prevención de la enfermedad, promoción de la salud, manejo clínico, intersectorialidad, etc.) en algunos casos se identificarán acciones más claras y evaluables, y en otros casos Objetivos específicos que habrá que seguir concretando con la ayuda de los Grupos de Trabajo durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.
- Los Grupos de Trabajo están coordinados por el Comité Técnico Asesor del PSC 2019-2024, que presta apoyo metodológico (evidencia científica, revisión técnica de las acciones, revisión y propuesta de indicadores, etc.) y organizativo o logístico (reuniones, resolución de dudas, etc.).
- El **procedimiento** para la elaboración de las acciones es el siguiente:
 - Propuesta de acciones por parte de los Grupos de Trabajo, mediante consenso y a través de las Fichas Técnicas estándar de recogida de datos.
 - Valoración y respuesta a las propuestas por parte de los Grupos de Apoyo del Comité Técnico Asesor (Sistemas de Información, Metodología y Análisis de situación).
 - Actualización por consenso con el Grupo de Trabajo y validación definitiva de las propuestas de acción por parte del Comité Técnico Asesor.
 - Proceso Participativo: exposición pública para recogida de alegaciones.

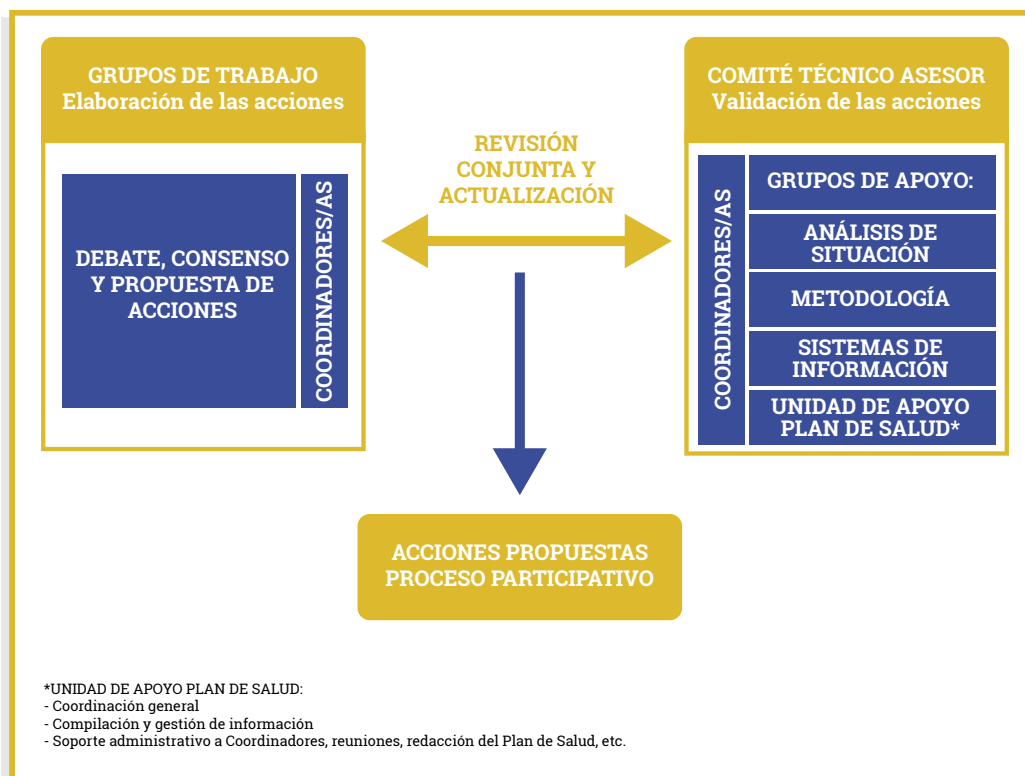


Figura 4: Desarrollo de las acciones del Plan de Salud 2019-2024

V -Cronograma

Como resultado de la metodología comentada, se expone a continuación el cronograma del proceso de elaboración del PSC 2019-2024 hasta julio de 2019:

- **29 de Septiembre de 2016:** publicación del PSC 2016-2017 en el Boletín Oficial de Canarias.
- **Abril de 2017:** relevo en la persona responsable del Plan de Salud.
- **Abril - Mayo 2017:** revisión de indicadores y planteamiento técnico para la evaluación del PSC 2016-2017 en base a sus Anexos I y IV.
- **Mayo 2017:** solicitud de acciones realizadas durante 2016 y las realizadas o previstas para 2017, según el Anexo IV del PSC 2016-2017 a los diferentes equipos directivos, con el fin de acelerar el proceso de evaluación y actualizarlo en el primer cuatrimestre de 2018, tras la finalización del periodo de vigencia del PSC 2016-2017.
- **Junio - Agosto de 2017:** reuniones de presentación en las Gerencias y Direcciones de Área de Salud. Designación de las personas integrantes del Comité Técnico Asesor del PSC 2019-2024. Inicio del desarrollo del Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD).
- **Septiembre 2017 a Marzo de 2018:** análisis de situación, consenso sobre modelo de Plan, definición de bloques temáticos y Líneas Prioritarias por parte del Comité Técnico Asesor. Aprobación por el Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- **31 de Diciembre de 2017:** fin del periodo de vigencia del PSC 2016-2017.
- **Abril - Junio de 2018:** cierre del Informe de Evaluación del PSC 2016-2017. Definición de la metodología, fichas técnicas e instructivo para los Grupos de Trabajo.
- **Julio - Agosto de 2018:** presentación de los resultados del Informe de Evaluación del PSC 2016-2017 y del planteamiento para el nuevo Plan de Salud a los diferentes equipos directivos y solicitud de profesionales expertos para su participación en Grupos de Trabajo.
- **Septiembre 2018:** actualización de información, elaboración de material y configuración de los Grupos de Trabajo. Designación de Coordinadores/as y envío de documentación. Presentación del Informe de Evaluación PSC 2016-2017 y de OCSALUD.
- **Octubre 2018-Julio 2019:** elaboración de las propuestas de acción en cada Grupo de Trabajo; revisión por el Comité Técnico Asesor y actualización de las acciones por consenso. Esta etapa seguirá abierta hasta que la totalidad de las acciones estén disponibles.
- **Julio 2019:** inicio del proceso participativo para la revisión progresiva de acciones del PSC 2019-2024.



MARCO PRESUPUESTARIO

Una vez definidas las acciones, se procederá a la valoración de sus costes para ir conformando la Ficha Presupuestaria del PSC 2019-2024. Dado que se realizarán evaluaciones anuales, se podrá adaptar a las necesidades que vayan surgiendo, teniendo como techo de gasto el aprobado en el Parlamento de Canarias.



EVALUACIÓN

La evaluación del PSC 2019-2024 tendrá dos fuentes fundamentales:

- El seguimiento de las acciones comprometidas a través de la monitorización de sus indicadores.
- La medición de resultados en salud a través del Observatorio Canario de la Salud ⁷.

The screenshot shows the OCSALUD website interface. At the top, there are logos for the Servicio Canario de la Salud and the Gobierno de Canarias. A navigation menu includes 'INICIO', 'CIUDADANOS', 'PROFESIONALES', 'APLICACIONES', and 'MAPAS SANITARIOS'. A search bar is present on the right. Below the navigation, a breadcrumb trail reads: 'Estás en: Dirección del SCS > Unidad de Apoyo > Observatorio Canario de la salud > OCSalud'. A sidebar on the left lists 'Organización' with sub-items: 'Ciudadanos', 'Profesionales', 'Aplicaciones', and 'Mapas sanitarios'. The main content area is titled 'Observatorio Canario de la salud' and features a banner with the OCSALUD logo. Below the banner, there are three paragraphs of text explaining the observatory's purpose and the information it provides. At the bottom, a section titled 'Indicadores de salud' displays a grid of 12 health indicators, each with a blue icon and a brief description.

Indicadores de salud

Esperanza de vida al nacer	Índice de envejecimiento	Prevalencia de tabaquismo
Prevalencia de obesidad	Prevalencia de obesidad infantil	Prevalencia de sedentarismo
Prevalencia de sedentarismo infantil	Prevalencia de diabetes	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes
Tasa ajustada de mortalidad por infarto	Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama

Figura 5: Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD)

⁷ Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD). Disponible en: https://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listalmagenes.jsp?idDocumento=76b272c3-4487-11e8-9d80-a9ef3954dfef&idCar_peta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309



HERRAMIENTAS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD

El Servicio Canario de la Salud alineará sus herramientas de gestión para orientarlas hacia los objetivos, acciones y metas determinadas en el PSC 2019-2024:

- Programas de Gestión Convenida.
- Tecnologías de la Información y la Comunicación.
- Nuevos Planes, Estrategias, protocolos, etc.
- Planes de Formación.
- Proyectos de Investigación.



PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA REVISIÓN DE ACCIONES DEL PLAN DE SALUD 2019 - 2024

El Proceso Participativo (PP) está accesible a través de la página **Web del Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias** a través del enlace <https://www.compromisosanidadcanaria.com/plan-de-salud>.



Figura 6: Web de Proceso Participativo del PSC 2019-2024 (página principal)

Se ha publicado este documento (“Informe de situación y Proceso Participativo del Plan de Salud de Canarias 2019-2024”), como marco de referencia general para entender el proceso de trabajo que se ha realizado hasta mayo de 2019.

En el enlace <https://www.compromisosanidadcanaria.com/plan-de-salud> se accederá a los Bloques Temáticos y Grupos de Trabajo que han sido expuestos anteriormente (ver apartado de Metodología). En cada uno de ellos se publicará un documento (formato PDF) con la propuesta de Objetivos específicos y la siguiente estructura:

- Bloque Temático
- Introducción a la Línea Prioritaria y Objetivo general
- Participantes en el Grupo de Trabajo
- Información sobre si se han tenido en cuenta los Valores Guía (Equidad, Eficiencia, Comunidades Saludables).
- Responsables de la implementación y seguimiento.
- Resumen de los Objetivos específicos.
- Cada uno de los Objetivos específicos incluirá:
 - Enunciado
 - Justificación
 - Indicadores de evaluación, incluyendo la situación inicial y la/las meta/s que se pretenden conseguir hasta 2024
 - Bibliografía principal que sustenta la propuesta



¿QUÉ ES? ▲

¿QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR? ▲

SUSCRÍBETE ▲

Bloque temático 1:

PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ▲

1 PREVENCIÓN - Ver menos

Sobrepeso y obesidad Disponible desde el 20 de julio hasta el 22 de agosto de 2019 [DESCARGAR ↓](#) [ENVIAR PROPUESTA](#)

2 DROGAS + Ver más

3 VACUNAS / INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL + Ver más

4 SANIDAD AMBIENTAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA + Ver más

Figura 7: Ejemplo de Bloque Temático, Grupo de Trabajo y visualización de enlace a documento PDF

Cada documento de propuestas (PDF) que se publique quedará identificado con una fecha de inicio y fecha de finalización del periodo de alegaciones.

Para realizar una propuesta, estará disponible un formulario electrónico con los siguientes campos a cumplimentar: *(todos obligatorios)*

-
- Nombre y apellidos (texto libre)
- Profesión / Entidad (texto libre)
- Correo electrónico de contacto (texto libre)
- Contenido de la aportación / propuesta (texto libre, máximo 300 palabras).
- Botón para anexar archivos, si se considera conveniente (Formatos permitidos: .doc, .odt, .txt y .pdf).
- Casilla para aceptar la Política de Privacidad (incluye enlace para leerla).
- Casilla (opcional) para suscribirse al envío automático de actualizaciones (publicación de nuevos archivos en el PP).



Figura 8: Formulario para el envío de alegaciones

Las propuestas serán enviadas a los Grupos de Trabajo correspondientes y Comité Técnico Asesor del Plan de Salud para su valoración.

Una vez cerrado el PP, se publicará un resumen de aportaciones, agrupadas por Bloques Temáticos y Grupos de Trabajo.

Se informará a los/as autores/as de las aportaciones a título individual, sobre el resultado del proceso de valoración.

Posteriormente, se publicará un informe sobre las actualizaciones realizadas en el Plan de Salud, agrupadas por Bloques Temáticos y Grupos de Trabajo, en base a las aportaciones recibidas.



COMITÉ TÉCNICO ASESOR Y GRUPOS DE TRABAJO

COMITÉ TÉCNICO ASESOR

Conrado Domínguez Trujillo

Director del Servicio Canario de la Salud.

Elizabeth Hernández González

Responsable del Plan de Salud de Canarias. Directora General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Natividad C. Almeida Falcón

Coordinación del Plan de Salud. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

José Luis Alonso Bilbao

Técnico de Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Eva Elisa Álvarez León

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Patricia Carrillo Ojeda

Jefa de Servicio de Sistemas de Información. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Javier Hugo Duque Arimany

Jefe de Servicio Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Cristina García del Rosario

Supervisora Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Román García Zerpa

Unidad de Apoyo. Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

José Andrés Henríquez Suárez

Coordinación del Plan de Salud. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Miguel Ángel Hernández Rodríguez

Coordinación del Plan de Salud. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Manuel Francisco Herrera Artiles

Técnico Inspector de Salud Pública. Servicio de Sanidad Ambiental. Dirección General de Salud Pública.

Evelia Lemes Castellano

Jefa de Servicio Unidad de Análisis y Planificación. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Vinita Mohandas Mahtani Chugani

Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife / Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Luis Pedro Martínez del Castillo

Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

Carlos Mora Lourido

Jefe de Servicio Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Lilisbeth Inmaculada Perestelo Pérez

Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Francisco Javier Pérez García

Coordinación del Plan de Salud. Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

José Félix Reyes Rodríguez

Técnico de Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Hilda Sánchez Janariz

Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Pedro Guillermo Serrano Aguilar

Jefe de Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Sara Trujillo Alemán

Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

COLABORADORAS

Laura del Otero Sanz

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Sanidad Exterior. Ciudad Autónoma de Melilla.

Silvia Rodríguez Mireles

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales.

GRUPOS DE TRABAJO

Los **coordinadores/as y participantes** de cada Grupo de Trabajo se detallarán en los documentos de propuestas que se irán publicando en el Proceso Participativo.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias