

Introducción.

- [Introducción.](#)
- [El Plan de Salud en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.](#)
- [El proceso de elaboración del Plan de Salud 1997 - 2001.](#)
 - [Introducción.](#)
 - [Fase inicial de formulación de estrategias.](#)
 - [Fase de análisis del estado de salud y de los recursos.](#)
 - [Fase de priorización de problemas de salud.](#)
 - [Fase de establecimiento de objetivos.](#)
- [Contenido y organización del Plan de Salud.](#)
- [Las condiciones necesarias para consolidar el Plan.](#)
 - [Introducción.](#)
 - [Participación de la comunidad.](#)
 - [Cooperación intersectorial.](#)
 - [Participación de los profesionales.](#)
 - [Formación.](#)
 - [Acciones concretas sobre formación.](#)
 - [La mejora de la calidad asistencial.](#)
 - [Investigación.](#)
 - [Información.](#)
 - [Evaluación tecnológica.](#)
- [Próximas actividades a desarrollar por el Plan de Salud.](#)

Los objetivos del Plan de Salud.

- [Enfermedades cardiovasculares.](#)
- [Cáncer.](#)
- [Diabetes mellitus.](#)
- [Drogas y conductas adictivas.](#)
- [Sida.](#)
- [Atención a las personas mayores.](#)
- [Accidentes.](#)
- [Salud materno-infantil.](#)
- [Salud bucodental.](#)
- [Tuberculosis.](#)
- [Salud Mental.](#)
- [Suicidio.](#)
- [Enfermedades del aparato digestivo.](#)
- [Salud laboral.](#)

- [Enfermedades del aparato locomotor.](#)
- [Enfermedades respiratorias.](#)
- [Enfermedades transmisibles.](#)
- [Higiene alimentaria.](#)
- [Alimentación y nutrición.](#)
- [Cuidados paliativos.](#)
- [Infecciones nosocomiales.](#)
- [Sanidad ambiental:](#)
 - [Contaminación atmosférica.](#)
 - [Residuos.](#)
 - [Productos fitosanitarios.](#)
 - [Aguas de consumo humano.](#)
 - [Aguas residuales.](#)
 - [Aguas recreativas costeras.](#)
- [Urgencias sanitarias.](#)

Introducción

El Plan de Salud se define como el instrumento que aglutina todas las estrategias dirigidas a la mejora del nivel de salud de la sociedad canaria. A estos efectos el Plan de Salud ha de orientar las acciones de la política del Gobierno, en materia sanitaria, desde dentro y fuera del sector sanitario, favoreciendo la coordinación entre las diferentes instituciones con algún nivel de responsabilidad en la conservación de la salud de la población, a la vez que la economía de esfuerzos en la consecución de los resultados deseados.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias define el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y coordinación que ha de orientar las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de atención sanitaria a todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de Salud, garantizando que las funciones del sistema se desarrollen de manera ordenada, eficaz y eficiente, incorporando finalmente mecanismos de evaluación de los resultados.

A lo largo del proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias han sido detectados numerosos problemas de salud que afectan a nuestra población en distinto grado. Si bien algunos de estos problemas exigen, en primer término, el desarrollo de intervenciones exclusivamente desde el ámbito sanitario, otros demandan un abordaje intersectorial.

Es sabido que el abordaje exclusivo desde el sector sanitario resuelve, por lo general, tan sólo puntualmente algunos de los problemas de salud que afectan al individuo. Dado que además muchas de las actuaciones selectivas sobre la salud se caracterizan por la transitoriedad de su propia efectividad, se hace necesario el desarrollo de estrategias globales de carácter intersectorial si lo que se desea es conseguir efectos perdurables sobre la salud no sólo del individuo sino de la comunidad canaria en su conjunto.

El desarrollo progresivo del nivel socioeconómico, apareado a las mejoras en la nutrición, transporte, agricultura y en las condiciones higiénico-sanitarias, han contribuido en gran medida al alargamiento de la esperanza de vida de la población, a través de la prevención de enfermedades.

Partiendo de estas premisas el Plan de Salud ha buscado apoyo, desde sus primeras fases, no solo en otros Departamentos del Gobierno Autónomo sino en las propias corporaciones locales (Ayuntamientos y Cabildos Insulares), además de en otras instituciones vinculadas al Gobierno de la Nación.

La mejora de la salud en Canarias habrá de perseguirse, por tanto, a través de la acción coordinada de todos los departamentos e instituciones asentadas en nuestra Comunidad Autónoma, independientemente de que su ubicación esté en el Gobierno Autónomo, en las Corporaciones Locales, o en las Instituciones dependientes de la Administración del Estado. En este sentido el Plan de Salud deberá perseguir la búsqueda de fórmulas que permitan la coordinación entre todas estas instituciones, a través de la participación de las mismas en la elaboración del propio Plan de Salud, asegurando la claridad en el establecimiento de los objetivos, garantizando el compromiso de las

mismas en su consecución, y la adecuada distribución de los recursos destinados a la acción.

Las instituciones que deciden planificar sus acciones lo hacen en base a su deseo de prever cambios y anticipar la orientación de su actividad en la dirección deseada. Esta intención cobra especial importancia en un entorno de restricción de recursos, como el actual, donde las necesidades potencialmente ilimitadas en salud se encuentran condicionadas por la posibilidad real de gastar hasta un determinado límite. La planificación es por tanto una herramienta fundamental a nuestra disposición para enfrentar problemas y recursos de forma racional, garantizando que las acciones a desarrollar se ejecuten sobre los problemas de mayor trascendencia sanitaria y social, así como la pertinencia, la efectividad y la factibilidad de las actividades a aplicar.

Canarias, al igual que el resto de Comunidades Autónomas en nuestro país, y del mismo modo que otros países de nuestro entorno cultural y geográfico ha aplicado el proceso de planificación en salud al objeto de reducir la incertidumbre existente en la actualidad en un ambiente donde el proceso de cambio aparece como una constante. Es en este tipo de situaciones cuando la planificación en salud alcanza mayores cotas de eficiencia. Cualquier organización, pública o privada, que quiera garantizar la efectividad de su cometido ha de conocer, cuanto antes, "hacia donde ir", es decir cual es su misión, objetivos o metas; y para su consecución establecerá las estrategias que así lo garanticen

La implicación en este proceso de la propia sociedad, receptora última de las acciones propuestas por el Plan de Salud, y de los profesionales sanitarios y de la educación, como intérpretes del grueso de las actividades incluidas en el Plan de Salud, ha de actuar como elemento de sinergia a lo largo del propio proceso de planificación, reduciendo el impacto potencial de los elementos de incertidumbre.

No obstante a pesar de haber conseguido que el proceso de elaboración del Plan de Salud haya trascendido e involucrado a los sectores sociales, profesionales y políticos, el reto para el que ha sido construido el Plan de Salud, que es conseguir la mejora de la salud de la población será alcanzable únicamente si se producen los siguientes eventos:

1. Actuación sinérgica de las administraciones públicas, garantizando la eficiencia en la aplicación de intervenciones sobre los problemas de mayor prioridad.
2. Reconocimiento por parte del individuo del propio nivel de responsabilidad sobre la conservación de la salud.
3. Búsqueda de la efectividad en las actuaciones del sistema sanitario, potenciando de modo real las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad, utilizando racionalmente los recursos existentes.

El Plan de Salud de Canarias, que conoce la situación de cambio a la que intenta adaptarse nuestra sociedad, ha previsto la evolución de la estructura demográfica caracterizada por la reducción del tamaño de la familia y el envejecimiento progresivo, el entorno de recesión laboral y económica, así como los hábitos de vida y los factores de riesgo de enfermedad predominantes en nuestra sociedad, al objeto de optimizar sus propuestas de intervenciones y garantizar su adaptación, a través de la flexibilidad del mismo, al ambiente de transición que caracteriza al tramo final del siglo XX.

Establecer políticas de salud que persigan la mejora del nivel de salud y de la calidad de vida en Canarias, obliga en primer término a identificar los problemas que más inciden sobre la salud y el bienestar de nuestra sociedad. Los pasos siguientes serían sucesivamente el establecimiento de los objetivos de mejora deseados, y la búsqueda de las estrategias de mejor relación coste-utilidad para alcanzarlos.

A través del proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias, nuestra comunidad intenta pasar desde un modelo de actuación en el que los objetivos se centraban fundamentalmente en la organización sanitaria a un modelo en el que los objetivos se centran primordialmente sobre la salud de los ciudadanos. A partir de esta tesis los objetivos de salud de todas las organizaciones, y dentro de estas especialmente las sanitarias, deberán tener en cuenta las directrices establecidas por el Plan de Salud de Canarias, las cuales estarán centradas en torno a las personas y orientadas hacia la búsqueda de tres principios básicos: la equidad, la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



El Plan de Salud en la Ley de Ordenación Sanitaria

La inclusión de este apartado en el Plan de Salud pretende facilitar a aquellos lectores que no hayan tenido la oportunidad de conocer el texto de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, el sustrato legal al que ha de adaptarse el proceso de elaboración del Plan de Salud, de su difusión, ejecución y evaluación.

Este documento ha sido extractado del Capítulo III de la L.O.S.C. (11/94, de 26 julio).

El Plan de Salud aparece definido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como 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.

El Plan de Salud contemplará en su redacción (art. 14):

- a) Análisis y evaluación de los problemas de salud, recursos personales, materiales y económicos empleados, actividades y servicios desarrollados y planes y programas ejecutados.
- b) Fijación y evaluación de los objetivos a alcanzar en materia de salud, tanto generales como por áreas de actuación.
- c) Análisis y evaluación de los planes, programas y actividades de los sujetos del Sistema Canario de Salud para alcanzar los objetivos fijados.
- d) Fijación del calendario general de actuación para cumplimiento de los objetivos
- e) Análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos conforme al calendario establecido.

El Plan de Salud de Canarias contendrá, al menos, las siguientes determinaciones (art. 15):

- a) Los objetivos del Sistema Canario de la Salud a alcanzar de acuerdo con las prioridades, directrices y orientaciones básicas que establece.
- b) Los objetivos, programas y actividades principales relacionadas con la salud de las Administraciones Públicas y, en particular, del Servicio Canario de la Salud.
- c) Los Objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, y en su caso, articulación funcional.

El Plan de Salud deberá precisar el alcance de sus distintas determinaciones, diferenciando, de un lado, las de directa aplicación de las dirigidas a ordenar las ulteriores decisiones de los sujetos públicos y privados, y de otro lado, las meramente orientativas de las vinculantes, especificando el grado y la forma en que éstas lo sean.

A cerca de la elaboración y aprobación (art. 16):

- a) La elaboración del Plan de Salud de Canarias corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno de Canarias.
- b) En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta los planes de cada una de las Areas de Salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Areas y de las Zonas Básicas de Salud.
- c) El Plan de Salud será elevado a la consideración del Gobierno de Canarias por el Consejero competente en materia de sanidad, para su traslado al Parlamento de Canarias a los efectos de su tramitación reglamentaria.
- d) Una vez que el Parlamento de Canarias se haya pronunciado, el Plan de Salud será aprobado por Decreto del Gobierno de Canarias, adoptado a propuesta del Consejero competente en materia de sanidad, remitiéndose al Ministerio competente para su inclusión en el Plan Integrado de Salud.

La aprobación del Plan de Salud tendrá los siguientes efectos (art. 17):

- a) Publicidad del contenido íntegro del Plan debiendo la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma proceder a su edición en forma de publicación razonablemente asequible para el público y tener en sus propias dependencias permanentemente a disposición de éste un ejemplar del mismo para consulta e información.
- b) Obligatoriedad de las determinaciones del Plan, en los términos previstos por éste, para todos los sujetos del Sistema Canario de la Salud, públicos y privados.
- c) Declaración de utilidad pública de las obras previstas en el Plan y de la ocupación de los terrenos y demás bienes precisos para servicios, centros o establecimientos sanitarios a efectos de expropiación.

Evaluación del cumplimiento del Plan de Salud (art. 18):

- a) Corresponde a la Consejería competente por razón de la materia, como órgano de seguimiento y vigilancia de la ejecución del Plan de Salud, efectuar periódicamente, mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos y criterios establecidos por el propio Plan, la evaluación del cumplimiento del mismo y la organización de un banco de datos sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud.
- b) Para que pueda medirse su impacto y evaluar sus resultados, el Plan de Salud deberá precisar de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, los objetivos, prioridades, estrategias y las responsabilidades de su cumplimiento.
- c) El Consejero competente en materia de sanidad someterá anualmente al Gobierno de Canarias un informe sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud, que se trasladará al Parlamento para su conocimiento.
- d) El Plan se revisará a los tres años de su aprobación.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



El proceso de elaboración del Plan de Salud 1997-2001

La experiencia en planificación en salud es reciente. Los documentos bibliográficos más asentados no superan con mucho los diez años de vida, y en nuestro país ha sido la Ley General de Sanidad de 1986 la que potenció la dinámica de la elaboración de Planes de Salud Autonómicos, al objeto de conformar posteriormente el Plan Integrado de Salud del territorio español. Por lo tanto, al igual que en el resto de las Comunidades Autónomas del Estado, el Plan de Salud 1997-2001 es el primer Plan de Salud de Canarias.

El Plan de Salud ha de ser visto como un proceso, más que como un documento. Como tal proceso, ha servido para centrar la atención sobre los problemas de salud de mayor importancia, y dirigir la acción desde los distintos sectores con responsabilidad en salud.

En nuestra Comunidad el proceso de elaboración del Plan de Salud se ha superpuesto con la elaboración y promulgación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, con la consolidación de las transferencias de la gestión sanitaria, y con la creación del Servicio Canario de Salud. Se ha querido aprovechar el momento de cambio profundo en la gestión de la sanidad para incorporar, desde esta primera etapa, los objetivos a corto y medio plazo de la política sanitaria de Canarias, a través de la elaboración del Plan de Salud.

La estrategia descentralizada de elaboración del Plan de Salud, a través de la actividad desarrollada por los responsables del Plan en cada una de las islas, ha permitido recoger la heterogeneidad existente en materia de salud y la variabilidad en la disponibilidad de recursos, en todo el archipiélago.

La participación en el proceso de elaboración del Plan de Salud, como característica que define y diferencia al Plan de Salud de Canarias, ha permitido que más de 4.000 personas distintas hayan compartido un proceso de trabajo y una idea y un fin común; lo que las predispone para la ejecución del mismo.

Este proceso dinámico se ha beneficiado de las experiencias desarrolladas previamente por otras Comunidades Autónomas en nuestro país, y por otros países del entorno, con los que ha sido posible el intercambio de documentación y de opiniones sobre el proceso de elaboración del Plan.

Esto ha permitido introducir nuevos estilos de dirección desde los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo, los que a su vez, por medio de la introducción de metodologías de trabajo innovadoras en nuestra Comunidad han permitido la ejecución de una experiencia enriquecedora para todos aquellos que han participado en la misma.

No obstante hemos de reconocer aquí el carácter claramente mejorable de cada una de las actividades desarrolladas durante la elaboración del Plan de Salud. Esta primera experiencia ha servido, además, para conocer y dimensionar las dificultades inherentes al proceso en cada una de sus fases de elaboración, actuando en algunos casos, el propio proceso de elaboración del Plan de Salud, como agente catalizador del cambio.

Fase inicial de formulación de estrategias para la elaboración del Plan de Salud.

El Plan de Salud ha contado con la ayuda de una estrategia de trabajo inicial que ha orientado y facilitado cada una de las acciones que se desarrollaron durante los dos años que ha consumido su elaboración. Las actividades previstas y los plazos temporales expresados inicialmente por esta estrategia de trabajo se han ejecutado del modo inicialmente proyectado. Para diseñar las líneas maestras que debieran caracterizar el plan de trabajo para la elaboración del Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Consumo estableció un grupo de trabajo compuesto

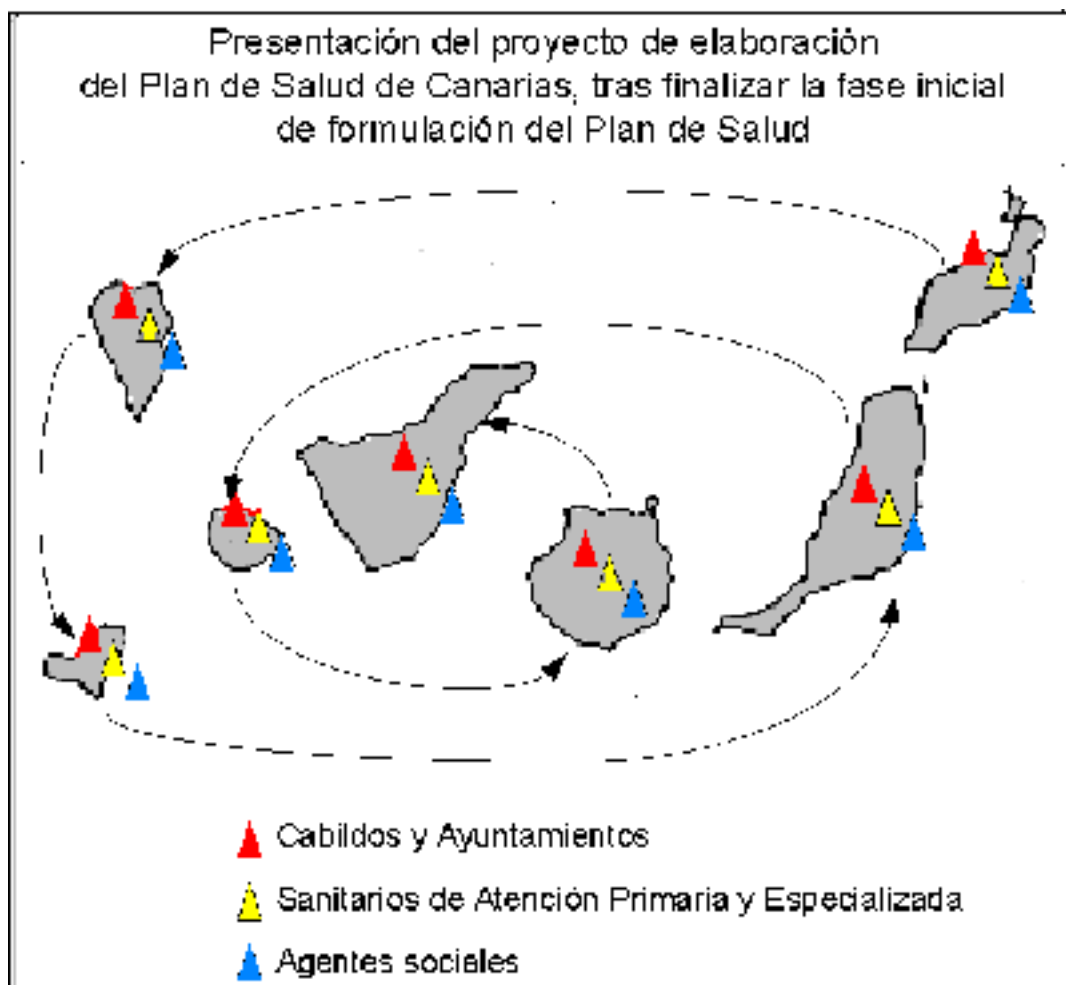
por 49 personas procedentes de los sectores políticos, representantes sociales (Presidentes de la FECAI y FECAM), gestores sanitarios, economistas de la salud, farmacéuticos, epidemiólogos, planificadores e informadores clave en el ámbito social y sanitario de todo el archipiélago.

Las propuestas elaboradas fueron posteriormente contrastadas en un foro de debate más amplio en el que se dieron cita las autoridades sanitarias de los Ayuntamientos y Cabildos, los sanitarios locales y expertos en planificación de otras Comunidades Autónomas.

Consensuadas las líneas maestras para la elaboración del Plan de Salud, se procedió a la presentación del proyecto en cada una de las islas. Para ello se siguió una estrategia centrípeta, iniciando la misma por las islas más alejadas. En cada isla se mantuvieron actividades de presentación y discusión a tres niveles claramente diferenciados. En primer término se buscaba la interacción con los responsables políticos de los Ayuntamientos y Cabildos, al objeto de garantizar su respaldo en el proceso descentralizado de elaboración del Plan de Salud. Esta misma actividad se llevaba a cabo posteriormente con todos los sanitarios, tanto del nivel asistencial de Atención Primaria como de Especializada, y con los profesionales del trabajo social en cada una de las islas.

Fase de análisis del estado de salud y de los recursos socio-sanitarios.

Al objeto de conocer el modo de enfermar de nuestra sociedad e identificar aquellos aspectos



modificables que se relacionan con la salud de la comunidad, se crearon tres grupos de trabajo con actividades interrelacionadas.

El grupo de coordinación del Plan de Salud, ubicado en los Servicios Centrales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo, con la función de dinamizar el proceso a nivel de la Comunidad Autónoma.

Un segundo grupo de responsables del Plan de Salud en las islas, al objeto de profundizar en las acciones, relacionando a los sectores sanitarios con los políticos y sociales de cada isla o área de salud.

El tercer grupo se formó por aproximadamente 140 profesionales expertos en diferentes áreas, con el objeto de proveer al Plan de Salud de la información más actualizada, fiable y adaptada a cada una de las islas del archipiélago.

Estos expertos procedían de distintos ámbitos profesionales: Universidades, Consejería de Educación, Jefaturas Provinciales de Tráfico, Unidades de Salud Laboral, Direcciones Generales de Salud Pública, Asistencia Sanitaria, Drogodependencias y Asuntos Sociales de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Centros Hospitalarios y Equipos de Atención Primaria y Cabildos Insulares.

Fase de priorización de problemas de salud.

Una vez finalizada la fase de análisis de los problemas de salud, de los factores favorecedores (hábitos de vida, conductas de riesgo, entre otros), y de los recursos disponibles en cada isla o área de salud, se inició la fase de priorización de los problemas previamente detectados.

Para ello el Plan de Salud ha utilizado diferentes procedimientos de consulta a los sectores sanitarios, sociales y políticos de la Comunidad Autónoma; simultaneando en primera instancia su aproximación a los profesionales sanitarios y a la sociedad.

La consulta dirigida a más de 1.000 Profesionales Sanitarios (Enfermeros, Farmacéuticos, Médicos, Odontólogos, Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales y Veterinarios,) del ámbito público y privado de canarias, a través de un documento de consulta específicamente diseñado para cada una de las islas, perseguía los siguientes objetivos:

- Extender la participación, en el proceso de elaboración del Plan de Salud, a los profesionales sanitarios que no habían intervenido en la fase de Análisis del Estado de Salud y de Recursos.
- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la importancia de los problemas de salud identificados en la fase de Análisis del Estado de Salud y de Recursos.
- Utilizar la opinión expresada por los profesionales, a través de esta consulta, como primer paso en la estrategia de priorización de problemas de salud a abordar en nuestra Comunidad Autónoma.
- Descubrir e incorporar nuevos problemas de salud.

Por otro lado el Plan de Salud incorporó la opinión de la sociedad, a través de la interacción con la misma en cada Municipio de la Comunidad Autónoma. El objetivo de tal interacción era el de conocer cuales son las necesidades sentidas directamente por la población, permitiendo, de este modo, incorporar las prioridades de salud de la población al proceso de planificación. Más de 1.500 vecinos de los barrios y Municipios de Canarias interaccionaron directamente, a través de grupos de discusión, con el proceso de elaboración del Plan de Salud.

El producto de la fusión de los resultados de la consulta a los profesionales y a la sociedad sirvió de base para la elaboración de un procedimiento de consulta más sofisticado (técnica Delphi), a través del cual se incorporó la opinión de más de 140 líderes de opinión de Canarias y expertos sanitarios, al objeto de definir las problemas socio-sanitarios prioritarios en la Comunidad.

Fase de establecimiento de objetivos.

Una vez identificados los problemas de salud de mayor prioridad para Canarias se procedió a abordar, por parte de grupos de expertos en cada materia, el proceso de establecimiento de las acciones y objetivos a canalizar a través del Plan de Salud.

Al objeto de estandarizar el proceso de elaboración de las propuestas de objetivos se invitó a los expertos a que respondieran a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con los problemas de salud analizadas:

- ¿Qué se pretende conseguir?
- ¿Cómo conseguirlo?
- ¿Cuándo iniciar la acción o esperar un resultado?
- ¿Quién ha de ser el responsable de la implantación?
- ¿Cómo evaluar la consecución del objetivo?

Aproximadamente 200 expertos procedentes de diversos campos profesionales, y vinculados a administraciones diferentes han elaborado las propuestas que se incluyen en el presente borrador, las cuales, tras haber sido estructuradas en el seno de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo han conformado el presente borrador (cuarto borrador) del Plan de Salud de Canarias.

Los problemas relacionados con la Atención a la Salud Mental, debido a singularidades de partida, centradas en disponer en el conjunto de la Comunidad Autónoma de una Asistencia Psiquiátrica basada en los Hospitales Psiquiátricos capitalinos, sin haber iniciado el proceso de la Reforma Psiquiátrica hacia un Modelo Comunitario, requirieron un tratamiento específico, aunque paralelo al del conjunto del Plan de Salud. La Comisión Asesora Regional para la Atención a la Salud Mental convocó a 107 técnicos expertos en diferentes campos de la Atención a la Salud Mental para que específicamente dieran su opinión en el establecimiento de objetivos y estrategias de mejora en torno a 10 campos de trabajo implicados en la Atención a la Salud Mental (Atención Primaria, Atención Especializada, Hospitales Psiquiátricos, Atención Infanto Juvenil, Drogodependencias, Formación, Servicios Sociales, O.N.G., Investigación e Información y Gestión). Fruto de estas Jornadas fue el documento que, tras someterse a su revisión y debate en la Comisión Regional Asesora de Salud

Mental, forma parte de este documento, después de haber sido estructurado, al igual que las demás áreas sanitarias, en el seno de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad y Consumo, incorporándose como un problema más en el Plan de Salud de Canarias.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Contenido y organización del Plan de Salud

Los problemas de salud que aborda el Plan de Salud de Canarias han sido priorizados, como se mencionó en un apartado anterior de este documento, a través de sucesivas fases de consulta que consiguieron incorporar la opinión de los profesionales sanitarios, de la sociedad y de los líderes de opinión de Canarias. Para canalizar estas consultas el Plan ha utilizado procedimientos cuantitativos como son las encuestas estructuradas, cualitativos como son los grupos focales y mixtos como la técnica delphi.

Este modo de proceder ha permitido establecer un ranking de problemas de salud prioritarios, que ha servido de referencia para el desarrollo de actividades en cada una de las áreas sanitarias de Canarias.

El Plan de Salud de Canarias no ha querido restringir artificialmente las áreas de intervención prioritarias a un número de diez, tal como se ha hecho en otros lugares. Las áreas prioritarias que se incluyen en el Plan de Salud de Canarias son aquellas que por su magnitud, vulnerabilidad y factibilidad presentan claras posibilidades de incorporar mejoras sustanciales del nivel de salud de la población.

Si bien esta lista de prioridades es generalizable a cada una de las áreas sanitarias de Canarias y superponible, de modo global, a las referidas por otras comunidades autónomas españolas, y países del entorno occidental, existen algunos elementos diferenciales que justifican el análisis restringido a los niveles territoriales de comunidades autónomas y áreas sanitarias.

Sobre cada uno de los problemas de salud prioritarios para Canarias, grupos de expertos multidisciplinares elaboraron las propuestas de actuación a corto y medio plazo (1997-2001), al objeto de aproximar el nivel de salud de nuestra población a los mejores de nuestro entorno.

Las propuestas de actuación sobre cada uno de los problemas priorizados fueron canalizadas, metodológicamente, hacia cuatro sectores interconectados, siguiendo el modelo utilizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en el documento "Healthy People 2.000". De este modo en el Plan de Salud de Canarias se recogen objetivos de mejora de Salud de:

1. Reducción de riesgos.
2. Mejora en la oferta de servicios.
3. Formación y educación para la salud.
4. Necesidades de información.

En cada uno de los objetivos incluidos en estos apartados el Plan ha intentado definir la acción a desarrollar, los plazos temporales para su inicio y/o para su ejecución, así como instituciones responsables de su implementación.

El Plan de Salud de Canarias pretende ser un plan para la acción. A estos efectos ha optado por diseñar e incluir como objetivos, algunas actividades que podrían ser consideradas como estrategias o líneas de actuación. Esta decisión condiciona un aumento notable, pero manejable, del número total de objetivos perseguidos por el Plan de Salud de Canarias. En todos los casos se ha asegurado el proceso de evaluación de los objetivos propuestos.

Dado que independientemente del problema de salud analizado los objetivos propuestos en el apartado de "Formación y Educación para la salud" se referían de modo repetitivo al desarrollo de actuaciones docentes y/o educativas dirigidas a los profesionales sanitarios, educadores y hacia la propia sociedad, se decidió utilizar un método de exposición menos reiterativo. De este modo aquellos objetivos que perseguían mejorar el grado de formación profesional de educación para la salud, y cuya única diferencia radicaba en la materia docente, fueron trasladados al apartado de "Condiciones necesarias para consolidar el Plan de Salud"; y más concretamente el epígrafe de Formación. No obstante algunos objetivos permanecen en el bloque de objetivos de "Formación y Educación para la salud"; dado que por su condición específica no se adaptaron a la situación descrita previamente.

Algo semejante ha ocurrido en relación a los objetivos incluidos en el apartado de necesidades de información. Del conjunto de objetivos que inicialmente se ubicaban en este apartado se traspasaron al epígrafe de "investigación", dentro del apartado de "condiciones necesarias para consolidar el Plan", aquellos objetivos que para su ejecución precisaban del desarrollo de proyectos de investigación específicos. El resto de objetivos de necesidades de información permanecen bajo este epígrafe.

Otro aspecto que resulta oportuno aclarar aquí es el referente a los objetivos específicos comunes para la consecución de un determinado objetivo general. Nos referimos a la situación que ocurre cuando un determinado objetivo específico incluido originalmente en el apartado de "Alimentación y nutrición" puede contribuir, conjuntamente con algún otro relacionado con el tabaco, ubicado en el apartado de "Drogas y conductas adictivas", a la mejora de la salud a través de la reducción de morbi-mortalidad por "enfermedades cardio-vasculares". En estos casos hemos optado por incluir al final de cada uno de los bloques de objetivos específicos, aquellos otros objetivos específicos que originándose en otras áreas o problemas de salud, puedan contribuir claramente a la mejora de otros problemas de salud incluidos en el Plan..

A lo largo de la relación de objetivos incorporados en el Plan se ponen de manifiesto los tres vértices sobre los que gravita el nivel de salud de la población. Estos son el individuo, el poder político y los servicios sanitarios.

Si bien la mayor parte de los objetivos del Plan quedan vinculados al ejercicio del Servicio Canario de Salud, otros muchos (aquellos dirigidos a modificar conductas de riesgo) son dependientes en gran medida de la comunidad educativa. El poder político distribuido en nuestra Comunidad Autónoma entre Ayuntamientos, Cabildos Insulares y Departamentos del Gobierno Autónomo habrá de respaldar todas aquellas acciones propuestas sobre la calidad del medio ambiente en que se desenvuelve la vida en nuestro Archipiélago, incluyendo en este apartado los aspectos relacionados con la seguridad vial.

Por último el Plan de Salud incorpora objetivos a desarrollar por la propia sociedad, promoviendo de este modo la instrumentalización del concepto de autorresponsabilidad y del desarrollo de estrategias de autocuidado en la conservación de la salud en el individuo y en el colectivo social.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Las condiciones necesarias para consolidar el Plan

El Plan de Salud ha identificado desde la fase inicial de su formulación y a lo largo de las restantes etapas de elaboración, aquellos factores clave que han de facilitar el desarrollo y la consolidación de las políticas de salud y de servicios sanitarios propuestos por el propio Plan.

Participación de la Comunidad.

Si bien en algunas ocasiones algunos individuos desarrollan acciones potencialmente peligrosas para la salud e incluso para la vida, tanto propia como ajena, 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, la irrupción de la tecnología médica (antibióterapia, cirugía, entre otras), produjo otro incremento importante de la esperanza de vida en estos mismos países.

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.

Existen otros órganos colegiados en el Servicio Canario de la Salud que son los Consejos de Dirección, asimilables a los Consejos de Administración de una empresa, y que se establecen en el nivel regional de la Comunidad Autónoma Canaria y en cada Area de Salud o isla.

La creación de los órganos de participación y dirección del Servicio Canario de Salud son 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.

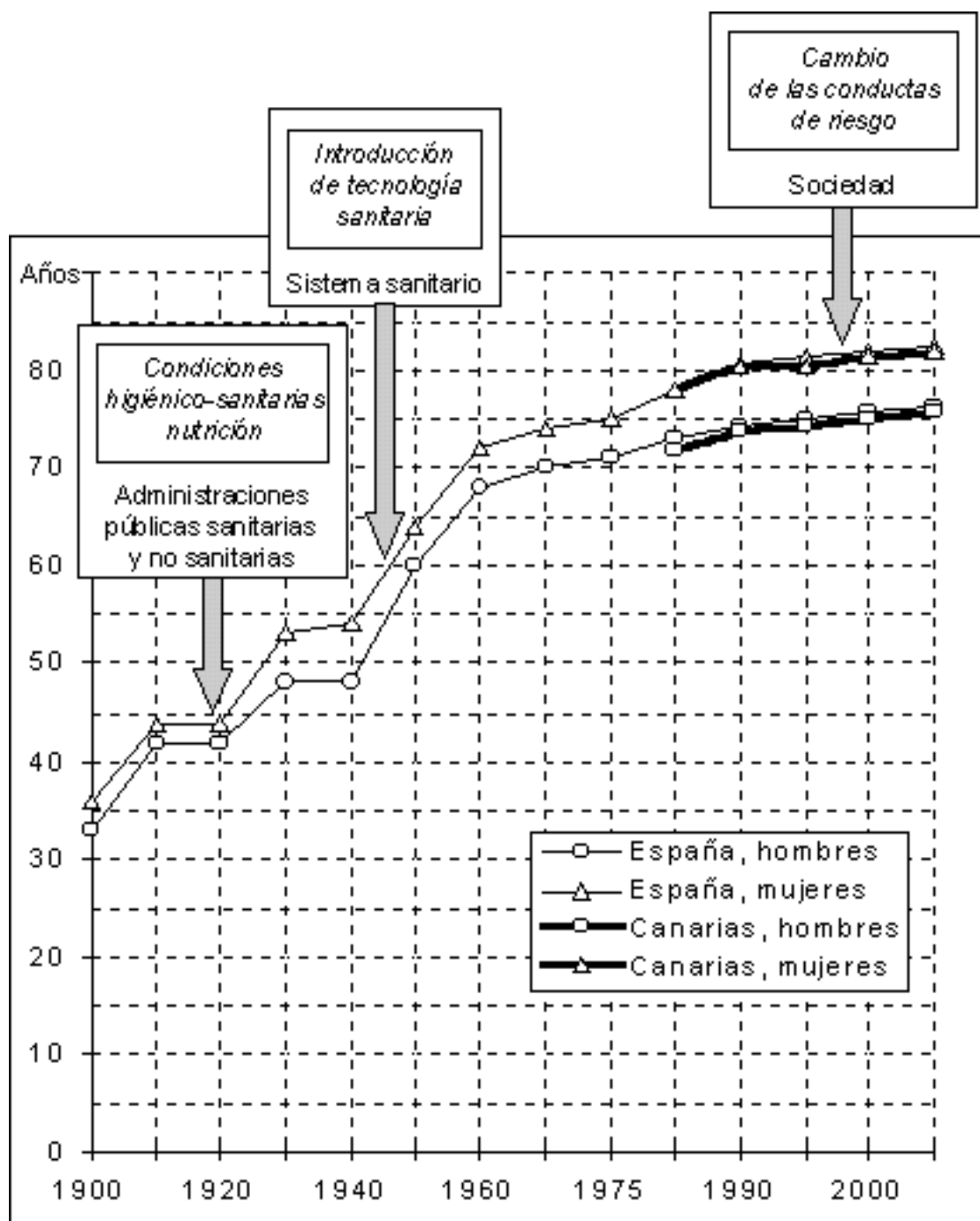
El impulso de la participación a través de los Consejos de Salud se plantea como un proceso pedagógico y también de control social de las acciones de salud. Posibilitar la participación en las tareas, en el sistema de información, y en los órganos de participación constituyen pasos que favorecerán el 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
protenciación 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.



Esperanza de vida al nacer.
España 1900-2005. Canarias 1980-2005.

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.

Cooperación intersectorial.

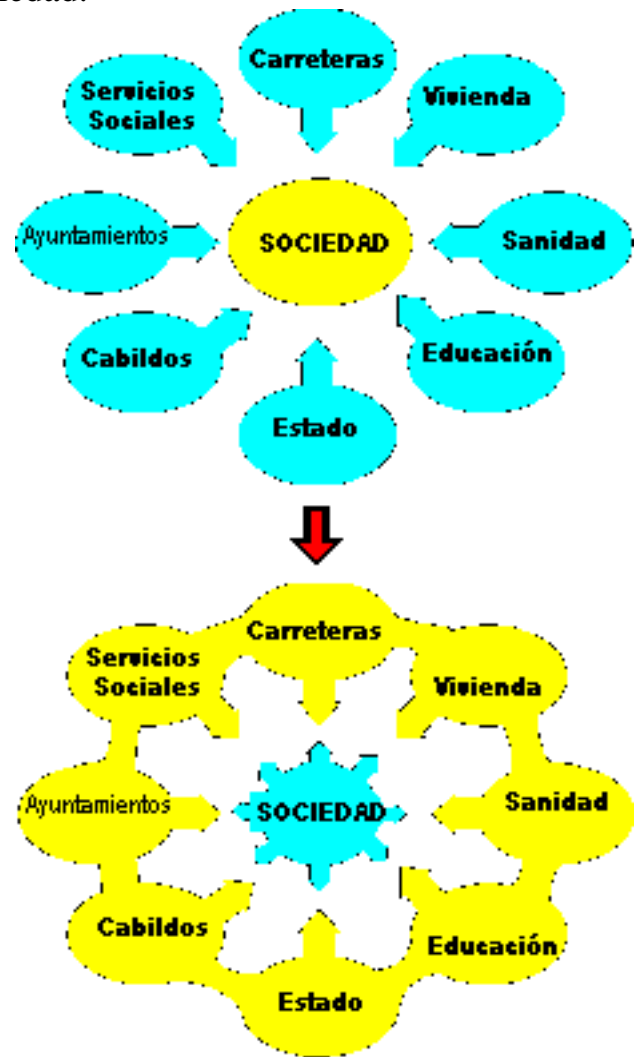
Lejos de ser un artificio, la constatación de que, dentro del Gobierno de Canarias, otras Consejerías y administraciones locales y estatales poseen claras competencias sobre aspectos relacionados con la conservación de la salud, exige la plasmación de una política de cooperación interdepartamental. La importancia de los factores ambientales sobre la salud, el impacto de los accidentes de tráfico y de trabajo, así como la necesidad de introducir estrategias de educación para la salud, refuerzan 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 salud, ha de afrontar conciertos con Ayuntamientos y Cabildos puede contribuir, si se formula 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.

Participación de los profesionales.

Los cambios organizativos que se prevén en el Sistema Sanitario Público de Canarias en relación a las transferencias de las competencias de autogestión sanitaria han de orientarse hacia la eficiencia de la prestación de servicios sanitarios y la satisfacción tanto de usuarios como de los profesionales. La pieza clave para hacer realidad la aplicación del concepto de utilización eficiente de los recursos sanitarios es el propio profesional del sistema, al cual le cabe la responsabilidad de gestionar adecuadamente los recursos a su alcance.



Los profesionales sanitarios han estado presentes en todas las fases de elaboración del Plan de Salud: fase de formulación, fases de búsqueda de fuentes de información y análisis de la situación de salud y de los recursos socio-sanitarios, fase de definición de problemas y de su priorización, y por último en las fases de establecimiento de objetivos a alcanzar y de estrategias necesarias para tal fin. Esto se ha hecho al objeto de aprovechar los conocimientos y la experiencia de los profesionales de la salud, y porque además serán fundamentalmente estos mismos los responsables de la instrumentalización de los objetivos incluidos en el Plan.

El Plan pretende 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.

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 y por la población general, 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 sobre los estilos de vida a adoptar.

Para los profesionales del sector sanitario y educativo las actividades de formación han de perseguir el generalizar su intervención como agentes educadores y provocadores del cambio en los hábitos de vida hacia conductas favorecedoras 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.

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 y sociales, al objeto de aproximar los objetivos del Plan. 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 para desarrollar los diferentes programas de formación continuada.

Acciones concretas sobre formación

I. Para el curso académico 98-99 la Consejería de Educación, Cultura y Deportes aplicará los objetivos educativos enmarcados en la LOGSE en relación a la incorporación, por el escolar, de hábitos de vida saludables y a la evitación de factores de riesgo sobre los siguientes aspectos.

Relación de áreas de conocimiento a incorporar en los centros escolares:

- Alimentación y nutrición.
- Ejercicio.
- Hábitos posturales.
- Uso responsable del medicamento.
- Salud mental (mejora del sentido y disfrute de la vida).
- Drogas y conductas adictivas (tabaco, alcohol, ludopatías).
- Embarazos en adolescentes.
- Seguridad vial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Enfermedades transmisibles.
- Salud bucodental.
- Enfermedades respiratorias agudas.

II. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Consumo conjuntamente con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes desarrollarán 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 problemas de salud expuestos en el apartado anterior (I).

III. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Consumo desarrollará periódicamente campañas publicitarias de salud sobre los siguientes aspectos. Relación de áreas de conocimiento a incorporar en campañas publicitarias:

- Alimentación y nutrición.
- Ejercicio.
- Hábitos posturales.
- Uso responsable del medicamento.
- Salud mental (mejora del sentido y disfrute de la vida).

- Drogas y conductas adictivas (tabaco, alcohol, ludopatías, fármacos).
- Embarazos en adolescentes.
- Seguridad vial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Enfermedades transmisibles.
- Salud bucodental.
- Enfermedades respiratorias agudas.
- Atención al anciano.
- Cuidados paliativos.

IV. El Plan de Salud, a través de todos los niveles asistenciales del Servicio Canario de Salud potenciará las actividades de educación para la salud a la población general para aumentar sus conocimientos sobre actividades de educación sanitaria a la población general.

- Alimentación y nutrición.
- Ejercicio.
- Hábitos posturales.
- Uso responsable del medicamento.
- Salud mental (mejora del sentido y disfrute de la vida).
- Drogas y conductas adictivas (tabaco, alcohol, ludopatías, fármacos)
- Prácticas de riesgo de enfermedades transmisibles.
- Embarazos no deseados.
- Seguridad vial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Enfermedades transmisibles.
- Salud bucodental.
- Enfermedades respiratorias agudas.
- Apnea de sueño (en población de riesgo).
- Atención al anciano.
- Cuidados paliativos.
- Autocontrol del asma y EPOC.
- Autocontrol de diabetes.

V. 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 problemas de salud. Propuesta curriculares a las Universidades:

- Alimentación y nutrición.
- Uso responsable del medicamento.
- Drogas y conductas adictivas (tabaco, alcohol, ludopatías, fármacos).
- Atención al anciano.
- Cuidados paliativos.

VI.- 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 siguientes aspectos relacionados con la salud. Oferta formativa dirigida a los Profesionales Sanitarios:

- Alimentación y nutrición.
- Salud Materno-infantil.
- Uso responsable del medicamento.
- Salud mental (mejora del sentido y disfrute de la vida).
- Drogas y conductas adictivas (tabaco, alcohol, ludopatías).
- Enfermedades transmisibles.
- Salud laboral
- Enfermedades cardiovasculares.
- Cáncer.
- Diabetes.
- Atención a los accidentados.
- Salud bucodental.
- Tuberculosis.
- Enfermedades del aparato locomotor.
- Enfermedades respiratorias agudas y crónicas.
- Atención al anciano.
- Cuidados paliativos.

La mejora de la calidad asistencial.

Hasta la actualidad han sido escasas las actividades desarrolladas en el seno de los servicios sanitarios públicos destinadas a garantizar la "mejora de la calidad asistencial". Las experiencias que se han producido, proceden casi exclusivamente del ámbito de la Atención Primaria de Salud.

El Plan de Salud deberá promover 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.

Una última faceta a incorporar es la de la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, complementando de este modo las diferentes vertientes de la garantía de calidad asistencial. La búsqueda de la adecuada calidad asistencial de carácter técnico y humano constituye uno de los objetivos primordiales del Servicio Canario de Salud. A este objeto las instituciones sanitarias de la red pública pondrán especial cuidado en el trato concedido a los usuarios. Complementariamente los hospitales del Servicio Canario de Salud favorecerán el acompañamiento familiar de aquellos usuarios que por motivos de edad (niñez o vejez), o de especial sensibilidad

(momento del parto), lo precisen.

Investigación.

El Plan de Salud ha de constituir una referencia adicional para la definición de los problemas socio-sanitarios 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.

- Encuesta de Salud de Canarias.
- Prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en población general.
- Prevalencia de diabetes en la Comunidad Autónoma de Canarias. Incidencia y evolución de las diferentes complicaciones vasculares en la diabetes.
- Estudios epidemiológicos de dependencia al alcohol, tabaco (población general, sanitarios, ..).
- Estudio epidemiológico de consumo de analgésicos y tranquilizantes (automedicación).
- Estudio epidemiológico sobre el impacto de las ludopatías.
- Prevalencia de consumo de drogas ilegales.
- Prevalencia de síntomas demenciales y deterioro cognitivo.
- Estudio longitudinal sobre la situación funcional del anciano en Canarias.
- Estudio epidemiológico sobre la salud bucodental en población escolar y adulta de Canarias.
- Línea de investigación sobre la influencia del flúor en la salud humana.
- Estudios epidemiológicos sobre tuberculosis pulmonar en población escolar y en grupos de riesgo.
- Seguimiento epidemiológico de conductas suicidas.
- Estudios epidemiológicos sobre enfermedades del aparato digestivo: hepatitis vírica, fibrosis quística y hemorragia digestiva alta.
- Estudios epidemiológicos orientados a la identificación y prevención de riesgos en salud laboral.
- Estudios epidemiológicos sobre gonartrosis y osteoporosis.
- Epidemiología de EPOC, asma.
- Estudios poblacionales sobre hábitos alimenticios y estado nutricional.

- Elaboración de tabla de composición nutricional de los alimentos autóctonos.

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. Estas necesidades de información aparecen detalladas como objetivos específicos del Plan de Salud, en el apartado de "necesidades de información", en cada uno de los problemas de salud analizados por el Plan.

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 y área sanitaria).

Evaluación tecnológica.

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

38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Próximas actividades a desarrollar por el Plan de Salud

Una vez conocidos los problemas de salud que afectan a nuestra población, a través del trabajo descentralizado en cada una de las áreas sanitarias de Canarias, e inmediatamente después de la elaboración de las estrategias de intervención generales para la Comunidad Autónoma, recogidas en el Plan de Salud de Canarias, han de producirse los siguientes pasos:

1. Iniciar el proceso de adaptación local de los objetivos del Plan de Salud en cada área sanitaria. Para ello habrán de elaborarse los planes de salud de las distintas áreas sanitarias.
2. Desarrollar los procedimientos de evaluación de cada uno de los objetivos incluidos en el Plan de Salud.
3. Incorporar en todos los Centros Sanitarios dependientes del Servicio Canario de Salud, así como en los Centros concertados, los objetivos del Plan cuya consecución está prevista para el año 1997 y siguientes.
4. Mantener una comunicación permanente con el resto de instituciones que han compartido el proceso de elaboración del Plan de Salud y que además han asumido el desarrollo de objetivos del Plan.
5. Revisar constantemente la información referente al estado de salud de la población, y el grado de cumplimiento de los objetivos del Plan, al objeto de adaptar en todo momento las acciones a las necesidades

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para las enfermedades cardiovasculares

Para conocer la situación de las [enfermedades cardiovasculares](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Para el año 2001, la mortalidad por cardiopatía isquémica deberá disminuir en un 10%, tomando como punto de partida la tasa de mortalidad del año 1990 (97,3 x 100.000 en hombres y 64 x 100.000 en mujeres).
 2. Para el año 2001, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares deberá disminuir un 20%, tomando como punto de partida la tasa de mortalidad del año 1990 (75 x 100.000 en hombres y 60 x 100.000 en mujeres).
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

1. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud desarrollará y difundirá, en el nivel de atención primaria de salud y en el medio laboral, un programa de diagnóstico precoz de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
 2. Para el año 1998 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado procedimientos de diagnóstico precoz sobre la hipertensión arterial en las consultas de atención primaria y de medicina de empresa, al menos al 75% de los usuarios del nivel de Atención Primaria y al 85% de los servicios de medicina de empresa.
 3. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud deberá mantener en tratamiento al menos al 75% de los hipertensos detectados.
 4. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud deberá controlar adecuadamente las cifras de tensión arterial al menos en el 50% de los hipertensos tratados.
 5. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias promoverá que al menos un 10% de la población mayor de 18 años de nuestra Comunidad realice ejercicio físico isotónico durante al menos 30 minutos diarios, al menos 3 días en semana (ejercicio mínimo adecuado).
 6. Para el año 2001 sólo un 15% de la población mayor de 18 años tendrá cifras de colesterol total superiores a 240 mg/dl.
- *. Se incorporan los objetivos [41](#), [43 al 45](#) y [57](#) de drogas y conductas adictivas y el [303 al 305](#) de alimentación y nutrición.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

7. A partir de la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud articulará los mecanismos necesarios para que el 100% de los esfigomanómetros de mercurio sean sometidos a un sistema de revisión y calibrage de forma periódica.
 8. A partir de la aprobación del Plan el Servicio Canario de Salud articulará los mecanismos necesarios para alcanzar, en el año 2001, los niveles de estandarización y control de calidad que permitan un máximo de variabilidad del 3% en las determinaciones del colesterol en el 50% de los laboratorios de la Comunidad.
 9. Para el primer semestre del año 1997 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado protocolos de consenso y de líneas de actuación sobre el tratamiento anticoagulante en la enfermedad cerebro-vascular de origen isquémico, así como tratamientos fibrinolíticos en el infarto agudo de miocardio.
 10. Para el año 1998 el Servicio Canario de Salud reducirá los traslados por enfermedad coronaria a través de la optimización progresiva de las unidades asistenciales destinadas al manejo del enfermo coronario.
 11. Para el año 1999 el Servicio Canario de Salud desarrollará el programa marco que coordine las actividades de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares entre los diferentes niveles asistenciales.
 12. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá incorporado en los hospitales de referencia la prestación de rehabilitación para las enfermedades cardiovasculares.
- ** Se incorpora el objetivo [392](#) de urgencias sanitarias y el [151](#) de salud materno-infantil.

Objetivos de formación y educación para la salud.

13. A partir del primer trimestre de 1998 el Servicio Canario de Salud establecerá programas de formación estructurados y temporizados sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada dirigidas al personal médico que realiza asistencia continuada; con una cobertura del 15% anual.

Objetivos de necesidades de información.

14. A lo largo del período de vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud monitorizará la morbi-mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.
15. Antes de finalizar 1999, los Centros de Salud con más de un año de funcionamiento, tendrán registrado en el 80% de las historias clínicas de la población de riesgo cardiovascular: consejo antitabáquico, consejo nutricional y consejo sobre ejercicio físico.

38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para el cáncer

Para conocer la situación del [cáncer](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Para el año 2006 se estabilizará la tendencia ascendente de mortalidad por cáncer en el grupo de población menor de 65 años (63,46 x 105 hab. en 1990).
 2. En el año 2006 la tasa de mortalidad de cáncer de mama debería reducirse al menos en un 25% (25,9 x 105 hab. en 1990).
 3. En el año 2006 se reducirá la mortalidad por cáncer colorrectal por debajo de la tasa referida en 1990 (7.4 x 105 hab. en 1990).
 4. Para el año 2016 se reducirá la mortalidad por cáncer de pulmón en Canarias (26.2 x 105 hab. en 1990).
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

** Los objetivos específicos tendentes a reducir el riesgo de aparición de cáncer se encuentran distribuidos entre las siguientes áreas del Plan de Salud: drogas y conductas adictivas ([40 al 47](#), [50](#) y [52](#) de tabaco y alcohol), alimentación y nutrición ([301 al 303](#)) y salud materno-infantil ([138](#)).

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

16. A partir de la aprobación de este Plan y hasta el año 2001 el Servicio Canario de Salud incrementará progresivamente el número de tratamientos conservadores de la mama.
17. A partir de la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud garantizará el acceso a la mamografía bilateral, con carácter preventivo, al 100% de las mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de mama.
18. Durante el primer trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud definirá los criterios de coordinación en la derivación de mujeres de alto riesgo de padecer cáncer de mama.
19. Durante el primer semestre de 1997 el Servicio Canario de Salud deberá iniciar el diseño del Programa de Diagnóstico Precoz Poblacional del Cáncer de Mama.

20. A finales de 1997 debería comenzar la puesta en marcha del Programa de Diagnóstico Precoz Poblacional del Cáncer de Mama.
 21. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud aumentará en un 10% el número de casos de cáncer de pulmón diagnosticados precozmente, anticipando el diagnóstico de sospecha en el nivel primario de salud, y reduciendo los tiempos de espera entre la sospecha y la aplicación terapéutica.
 22. Para finales de 1997 el Servicio Canario de Salud tendrá elaborado un protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino.
 23. A partir de la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud promoverá la mejora de la cobertura de las técnicas de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en la población susceptible.
 24. Para el año 2001 se habrá reducido el número de casos de cancer de cervix uterino diagnosticados tardíamente en un 30%.
 25. Para finales de 1997 el Servicio Canario de Salud tendrá elaborado un protocolo de diagnóstico precoz de cáncer colo-rectal.
 26. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud potenciará la realización de colonoscopias periódicas a partir de los 40 años en aquellos sujetos de mayor riesgo frente al cáncer colon-rectal (historia familiar de cáncer).
- ** Se incorpora el objetivo [174](#) de salud bucodental.

Objetivos de formación y educación para la salud.

27. Antes de finalizar 1997 el Servicio Canario de Salud desarrollará actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales sanitarios que ejecuten las técnicas de diagnóstico precoz de cáncer; al objeto de optimizar la sensibilidad y especificidad de las mismas.

Objetivos de necesidades de información.

28. Durante el primer trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud dispondrá de información sobre el número de diagnósticos tardíos por cáncer.
29. A partir de 1998 el Servicio Canario de Salud proveerá datos reales sobre la cobertura de los programas realizados sobre diagnóstico precoz del cáncer.
30. En el año 1999 el Servicio Canario de Salud deberá tener disponibles los datos correspondientes al período 1993 a 1995, sobre incidencia y mortalidad anual por cáncer, según grupos de edad, sexo, lugar de residencia y localización tumoral en Canarias.
31. A partir del año 2001 el Servicio Canario de Salud deberá tener disponibles de forma sistemática datos sobre incidencia y mortalidad anual por cáncer, según grupos de edad, sexo, lugar de residencia y localización tumoral de Canarias, referidos al penúltimo año.

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para la diabetes mellitus

Para conocer la situación de la [diabetes mellitus](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. De aquí al año 2001 es preciso incrementar el número de diabéticos conocidos, mediante procedimientos de diagnóstico precoz en los grupos de riesgo.
 2. De aquí al año 2006 es preciso disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica en los diabéticos.
 3. De aquí al año 2006 es preciso disminuir los nuevos casos de insuficiencia renal crónica en diabéticos.
 4. De aquí al año 2006 es preciso disminuir los nuevos casos de ceguera en diabéticos.
 5. De aquí al año 2006 es preciso disminuir las amputaciones por gangrena en diabéticos.
 6. De aquí al año 2006 se deben conseguir los mismos resultados de la gestación en la embarazada diabética "ya conocida" que en la mujer no diabética, en relación a la mortalidad perinatal y malformaciones congénitas.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

32. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud elaborará el Programa de Atención Integral al diabético, el cual se desarrollará coordinadamente tanto en Atención Primaria de Salud como en Atención Especializada.
 33. Antes de finalizar 1997 todos los Equipos de Atención Primaria estarán aplicando el Programa de Atención Integral al Diabético.
 34. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá incrementado la captación y seguimiento de pacientes, alcanzando el 75% de la prevalencia estimada para la diabetes a través del Programa de Atención Integral al Diabético.
- ** Incorporar objetivo [8](#) de enfermedades cardiovasculares, el [141](#) de materno-infantil, [304](#) y [305](#) de alimentación y nutrición.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

35. A partir de 1997 el Programa de Atención Integral al Diabético promoverá la reorganización de los servicios de Atención Especializada al objeto de garantizar la valoración integral del diabético (en la infancia, en el adulto y en la gestación), en los hospitales de referencia de la red pública de Canarias.
36. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará la presencia de un endocrinólogo a tiempo completo en las islas de La Palma y Lanzarote, garantizando así mismo la cobertura a tiempo parcial en las islas de Fuerteventura, La Gomera y El Hierro.
37. Antes de 1999 el Servicio Canario de Salud habrá iniciado la reorganización de la asistencia especializada extrahospitalaria, según los criterios del Programa de Atención Integral al Diabético, al objeto de facilitar el acceso de los pacientes.

Objetivos de formación y educación para la salud.

38. En el año 2001 todos los diabéticos recibirán educación diabetológica adaptada al grado de evolución de su enfermedad.

Objetivos de necesidades de información.

39. Antes de 1999 se dispondrá de un censo centralizado de todos los pacientes diabéticos asistidos en los centros de salud y unidades de diabetes: Registro Canario de Diabetes.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para drogas y conductas adictivas

Para conocer la situación sobre **drogas y conductas adictivas** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [tabaco](#), [alcohol](#), [drogas ilegales](#) y [recursos para la atención a la drogodependencias](#).

Objetivos generales.

1. Disminuir la prevalencia de fumadores haciendo especial hincapié en la población adolescente.
 2. Protección de los no fumadores y promoción de un medioambiente sin humo de tabaco.
 3. Disminuir el consumo de alcohol por persona, haciendo especial hincapié en la población adolescente.
 4. Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol.
 5. Promover cambios de actitud de la población frente al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y uso inadecuado de fármacos.
 6. Disminuir la prevalencia del consumo de drogas no legales y de las conductas adictivas en la población.
 7. Disminuir los trastornos derivados del consumo de drogas, legales e ilegales, y de conductas adictivas.
 8. Fomentar el debate en el seno del Gobierno de Canarias para que éste proponga la afectación de impuestos especiales sobre tabaco y alcohol en la financiación de los Servicios Sanitarios.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

40. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará el cumplimiento efectivo de la legislación vigente respecto a las limitaciones de los lugares de venta y edades de adquisición de tabaco.
41. A partir de la aprobación de este Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo potenciará el cumplimiento efectivo de la legislación vigente respecto a la prohibición de fumar en lugares públicos y promoverá acciones ante los organismos pertinentes para proteger los derechos de los no fumadores.
42. A partir de la aprobación del Plan, y con carácter anual, el Servicio Canario de Salud promoverá que al menos un 60% de las embarazadas atendidas por el Sistema Sanitario Público abandone el consumo de tabaco durante el embarazo y lactancia.

43. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá disminuido al 25% la prevalencia de fumadores entre sus trabajadores (sanitarios y no sanitarios).
 44. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias habrá disminuido al 25% la prevalencia del consumo de tabaco en maestros y profesores.
 45. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias habrá reducido la prevalencia de fumadores en Canarias al menos al 35% en los varones y al 20% en mujeres (utilizando como valor de referencia los de la Encuesta Nacional de Salud de 1993).
 46. Para el año 2001 el Gobierno Autónomo de Canarias habrá reducido el consumo de tabaco en adolescentes (menores de 14 años) al menos hasta el 8% de la población de este grupo de edad.
 47. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará el cumplimiento efectivo de la legislación vigente respecto a las limitaciones de los lugares de venta y edades de adquisición de las bebidas alcohólicas.
 48. A partir de 1997 el Gobierno de Canarias promoverá acciones ante la administración competente del Estado para que todas las bebidas alcohólicas lleven una advertencia sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol.
 49. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias habrá conseguido disminuir, al menos en un 10%, y con respecto a la Encuesta de Salud de Canarias de 1990, el número de bebedores habituales.
 50. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias y la Dirección General de Tráfico habrán disminuído al menos en un 10% la morbilidad por accidentabilidad (tráfico y laboral) asociada al consumo de alcohol.
 51. Para el año 2001 el Gobierno de Canarias y la administración del Estado habrán disminuído, al menos en un 10%, la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol (homicidios, suicidios, accidentes mortales, etc.).
 52. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá disminuído al menos en un 5% las muertes por cirrosis atribuídas al alcohol.
 53. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá disminuído al menos en un 10% la población afectada por uso inadecuado (prescripción y automedicación) de analgésicos, tranquilizantes e hipnóticos.
 54. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá disminuído un 10% de la población afectada por problemas relacionados con el juego.
- ** Se incorpora el objetivo [95](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

55. A partir de la aprobación de este Plan, el Servicio Canario de Salud, llevará a cabo la coordinación de las actividades de promoción de la salud relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol.
56. En el primer trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud dispondrá de un protocolo de actuación antitabáquica.
57. Antes de finalizar 1997 el Servicio Canario de Salud promoverá la introducción del consejo antitabáquico en todos sus niveles asistenciales, alcanzando al menos al 80% de los fumadores detectados en Atención Primaria para el año 2001.

58. En el primer trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud habrá elaborado un protocolo de actuación antialcohólica.
59. Para el año 1998 el Servicio Canario de Salud deberá disponer de los recursos asistenciales necesarios para dar la adecuada atención a los trastornos relacionados con el consumo de drogas, estén o no legalizadas, y de otras conductas adictivas (ludopatías).
60. A partir de la aprobación de este Plan y antes del año 2001, el Servicio Canario de Salud promoverá la introducción del consejo antialcohólico en todos sus niveles asistenciales, alcanzando al menos al 80% de los bebedores detectados.
61. A partir de la aprobación del Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo introducirá programas de prevención sobre consumo de drogas ilegales y conductas adictivas en al menos el 20% de los Centros de Salud de Canarias.
62. Para el año 2001 la Consejería de Sanidad y Consumo deberá haber incrementado al menos en un 30% el número de admisiones a tratamiento por dependencia a drogas ilegales.
63. Antes de que finalice 1998 la Dirección General de Atención a las Drogodependencias garantizará el acceso a los programas de mantenimiento con metadona a todos los UDVP que además sean VIH+ y/o ejerzan la prostitución.
64. A partir de 1997 la Consejería de Sanidad y Consumo implantará el protocolo o circuito de atención al paciente afecto de drogodependencia y/o conducta adictiva (ludopatías), entre las redes asistenciales de atención primaria, especializada y la específica de drogodependencias.

Objetivos de formación y educación para la salud.

65. A partir de 1997 la Consejería de Sanidad promoverá la realización de campañas de divulgación para que, al menos, el 90% de la población general en el año 2001 conozca los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, abuso de fármacos y las ludopatías.

Objetivos de necesidades de información.

66. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud velará para que en las historias clínicas conste y se revise el consumo tabáquico alcanzado, al menos, el 90% de las mismas para el año 2001.
67. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud velará para que se registre el consejo antitabáquico en las historias clínicas de Atención Primaria de Salud; alcanzando en el año 2001 al menos al 80% de los casos en que proceda.
68. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud velará para que en el año 2001, al menos en el 90% de las historias clínicas en Atención Primaria de Salud, conste y se revise el consumo de alcohol del paciente.
69. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud velará para que se registre el consejo antialcohólico en las historias clínicas de Atención Primaria de Salud; alcanzando en el año 2001 al menos al 80% de los casos en que proceda.
70. Para el año 2001 la Consejería de Sanidad y Consumo habrá incorporado al SEIT (Sistema Estatal de Información de Toxicomanías) al menos al 90% de los centros asistenciales.

71. A partir de la aprobación del Plan la Consejería de Sanidad y Consumo velará para que antes del año 2001 conste el hábito de consumo o no de los distintos tipos de drogas no legales en al menos el 70% de las historias clínicas de la población atendida comprendida entre 14 y 49 años.
72. A partir de la aprobación del Plan la Consejería de Sanidad y Consumo velará para que antes del año 2001 conste el abuso y dependencia de los psicofármacos y analgésicos en al menos el 70% de las historias clínicas de la población atendida comprendida entre 45 y 65 años.
73. A partir de la aprobación del Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo fomentará la realización de estudios epidemiológicos sobre la ludopatía en Canarias como primera aproximación a la situación real en la Comunidad Autónoma.
74. A partir de la aprobación del Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo velará para que antes del año 2001 conste información sobre la existencia de conductas relacionadas con el juego patológico en al menos el 50% de las historias clínicas de la población atendida.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para el SIDA

Para conocer la situación del [SIDA](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Reducir la pendiente de ascenso de la incidencia de SIDA.
 2. Garantizar la asistencia adecuada e integral a los infectados por V.I.H. a todo lo largo de su historia natural.
 3. Favorecer la integración social y proteger los derechos humanos de los afectados.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

75. El Servicio Canario de Salud potenciará los programas de prevención dirigidos a población general y especialmente a personas de mayor exposición al riesgo de infección por VIH, incluyendo, además de las actuaciones a través de los Servicios Sanitarios, la Red de Servicios Sociales y "Programas de calle" en cuyo caso se coordinarán con el Departamento y Administraciones competentes y con las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs).
 76. A lo largo de la vigencia de este Plan, el Servicio Canario de Salud velará para que en los Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma, se respeten las normas de aislamiento serológico universales y de bioprotección.
 77. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá reducido la incidencia de la transmisión vertical del VIH, a través de la transferencia de información a las parejas de riesgo, garantizando así mismo el acceso a los métodos anticonceptivos adecuados.
 78. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá introducido el programa de intercambio de jeringuillas en las áreas de salud.
- ** Se incorpora el objetivo [63](#) de drogas y conductas adictivas, el [271](#) de enfermedades transmisibles y el [139](#) de salud materno-infantil.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

79. El Gobierno de Canarias promoverá la creación de un Órgano Interinstitucional de Coordinación Regional sobre el SIDA en el seno del Consejo General de Asuntos Sociales, que integre al menos a representantes de las instituciones sanitarias, educativas, servicios sociales, drogodependencias y ONGs.
 80. Para el año 1997 el Gobierno de Canarias, iniciará la elaboración del Programa Integral de Atención para afectados por VIH/SIDA.
 81. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud elaborará las guías de práctica clínica para la asistencia al enfermo VIH/sida en Atención Primaria y en Atención Especializada.
 82. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud proporcionará tratamiento al paciente con SIDA a través de unidades de "Hospital de Día" en aquellos centros con más de 50 afectados VIH/SIDA en tratamiento antirretrovírico.
 83. El Gobierno de Canarias potenciará la atención a los afectados por VIH/SIDA a través de un Centro de Acogida, según las demandas que se deriven de las conclusiones del Plan General de Asuntos Sociales de Canarias, tanto a partir de los recursos de las Corporaciones Locales, como de las Organizaciones No Gubernamentales.
 84. A lo largo de la vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias potenciará las medidas necesarias para que reciban ayuda social aquellos afectados por VIH/SIDA que lo soliciten y necesiten.
 85. A partir de la elaboración del Programa Integral de Atención al Enfermo por VIH/SIDA, el Servicio Canario de Salud establecerá mecanismos de colaboración con las Organizaciones no Gubernamentales.
- ** Se incorpora el objetivo [314](#) de cuidados paliativos.

Objetivos de formación y educación para la salud.

86. Durante la vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias desarrollará, con carácter periódico y en colaboración con las ONGs, Colegios Profesionales, Sindicatos y Organizaciones Empresariales, actividades divulgativas que fomenten la integración social y el respeto a los derechos humanos de los afectados por VIH/SIDA.

Objetivos de necesidades de información.

87. A partir de 1997 el Registro Canario de SIDA realizará la búsqueda activa de casos en todos los centros hospitalarios de Canarias.
88. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud establecerá un sistema de registro que permita conocer las características de las personas atendidas por VIH/sida, garantizando en todo momento la confidencialidad del afectado, al objeto de mejorar el conocimiento de los agentes que intervienen en la cadena epidemiológica.
89. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud promoverá la realización periódica de estudios de prevalencia de la infección por VIH en las siguientes poblaciones: donantes de sangre, embarazadas, usuarios de CATS, personas dedicadas a la prostitución.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para la atención a las personas mayores

Para conocer la situación de la **atención a las personas mayores** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [personas mayores](#) y [recursos sociosanitarios para las personas mayores](#).

Objetivos generales.

1. Mejorar la esperanza de vida de las personas mayores.
 2. Aumentar su expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad.
 3. Favorecer la permanencia en su domicilio y entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

90. El Gobierno de Canarias procederá a la elaboración del Programa Integral Socio-sanitario para la atención a las personas mayores.
 91. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud iniciará la elaboración del Programa Marco del Anciano en Atención Primaria.
 92. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud aumentará en un 30% la identificación y captación de ancianos frágiles en la comunidad.
 93. Antes de fin de 1997 los hospitales del Servicio Canario de Salud deberán contar con un Protocolo de preparación del alta de los pacientes geriátricos en situación de riesgo.
 94. Antes del año 2001 la administración municipal y el Gobierno de Canarias aumentarán al menos al 40% el número de personas mayores que hacen ejercicio físico regularmente.
 95. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud reducirá en un 40% la automedicación en las personas mayores.
- ** Se incorpora el objetivo [122](#) de accidentes y los objetivos de reducción de riesgo de [enfermedades cardiovasculares](#), [cáncer](#), [bucodental](#), [locomotor](#) y [drogas](#).

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

96. El Gobierno de Canarias promoverá la integración y coordinación de los recursos sociales y sanitarios destinados a los ancianos.

97. El Gobierno de Canarias iniciará durante 1997, el desarrollo de una normativa de acreditación de los centros que proporcionan cuidados continuados institucionales.
 98. El Gobierno de Canarias desarrollará los sistemas de financiación destinados a los Cuidados Continuados Institucionales, acorde a criterios de equidad y realismo.
 99. El Gobierno de Canarias adecuará, en base al Plan Canario de Asuntos Sociales, la oferta de Centros de Día, potenciando su carácter polivalente con la inclusión, entre otros, de programas de mantenimiento físico, mental y de otras habilidades sociales orientadas a los ancianos en general y especialmente a los que padecen incapacidad leve y moderada.
 100. El Gobierno de Canarias, una vez concluido y aprobado el Plan General de Asuntos Sociales, dispondrá de un mapa de Recursos Institucionales sociales y sanitarios para cada isla y de unas normas administrativas simples en relación con su utilización, financiación y control de calidad.
 101. El Gobierno de Canarias potenciará las ayudas dirigidas a la adaptación funcional de los hogares de personas mayores discapacitadas. Su potenciación cuantitativa y cualitativa vendrá marcada por el Plan General de Asuntos Sociales de Canarias.
 102. Antes de 1999 el Servicio Canario de Salud promoverá que cada área sanitaria cuente con al menos una Unidad de Media Estancia o Convalecencia, a partir de la reconversión de los recursos existentes.
 103. Para 1999 los Equipos de Atención Primaria, estarán en condiciones de ofertar la valoración funcional a los mayores de 75 años.
 104. El Gobierno de Canarias promoverá la reconversión de las Residencias de Válidos en Centros Asistenciales y/o polivalentes, dependiendo de los resultados que se deriven del Plan General de Asuntos Sociales.
 105. El Gobierno de Canarias establecerá la progresiva implementación del servicio de Ayuda a domicilio, intentando abarcar la mayor cobertura posible de las necesidades que al respecto se detecten.
 106. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará una cobertura de, al menos el 95%, para la inmunización antitetánica de la población mayor de 65 años (fundamentalmente en el área rural).
 107. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud disminuirá del 19% actual al 5%, las personas mayores con déficit visual corregible por cataratas.
 108. A lo largo de la vigencia del Plan, el Gobierno de Canarias, facilitará una línea de ayudas especiales para la adquisición de prótesis auditivas, dentales o visuales a las personas mayores con escasos recursos económicos.
 109. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud aumentará la cobertura de corrección de cataratas en un plazo inferior a nueve meses, al menos al 80% de la población susceptible.
 110. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias promoverá la creación de Centros de Día que presten servicios de cuidados a los ancianos con deterioro del estado cognitivo.
- ***. Se incorporan los objetivos [175 y 176](#) de salud bucodental y [307](#) de alimentación y nutrición.

Objetivos de formación y educación para la salud.

111. El Gobierno de Canarias promoverá la puesta en marcha de Programas de Promoción de la Salud y de preparación a la jubilación destinados a la población de 60 años en adelante, utilizando para ello los Centros de Adultos, la Red Básica de Servicios Sociales y la Red Sanitaria de Atención Primaria.
112. El Gobierno de Canarias, con la participación entre otras instituciones, desarrollará un programa de formación para los auxiliares de ayuda a domicilio.

Objetivos de necesidades de información.

113. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud iniciará el desarrollo de encuestas periódicas sobre las personas mayores al objeto de conocer el proceso de cambio de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de este grupo de población.
114. El Servicio Canario de Salud valorará, a partir de 1997, la aplicabilidad de la inmunización antineumocócica en las personas mayores.
115. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud deberá conocer la morbi-mortalidad asociada, directa e indirectamente, al consumo de medicamentos en las personas mayores.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para accidentes

Para conocer la situación de los [accidentes](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Reducir durante el quinquenio 1997-2001 en un 20% la morbi-mortalidad por accidentes y causas externas en Canarias, a expensas de la reducción de los accidentes de tráfico, laborales, domésticos y peridomésticos.
 2. Reducir durante el quinquenio 1997-2001 en un 20% la morbi-mortalidad por accidentes de tráfico en el grupo de edad de 15 a 24 años.
 3. Reducir la morbi-mortalidad debida a lesiones y envenenamientos.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

116. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias velará por que se respete el cumplimiento de la Ley de Seguridad Vial, instando a la autoridad competente a que exija la utilización de medidas de seguridad obligatorias en la conducción, en zonas urbanas e interurbanas, así como a vigilar y sancionar a aquellas personas que conduzcan bajo los efectos del alcohol.
117. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará las medidas necesarias para disminuir los factores de riesgo de accidentalidad atribuibles al estado del vehículo.
118. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias dispondrá las medidas necesarias para disminuir los factores de riesgo de accidentalidad dependientes de la infraestructura viaria (señalización vial, bordillos, estado de las carreteras, desprendimientos, etc.).
119. A partir de 1997, y durante el primer año de aplicación de este Plan, el Gobierno de Canarias promoverá la reducción en un 50% del número de puntos negros y la accidentalidad por tramos existentes en la red viaria de la Comunidad Autónoma.
120. A partir de 1997, el Servicio Canario de Salud exigirá, a los Centros de Reconocimiento, el cumplimiento de la normativa en la expedición de permisos de conducir y armas; incorporando procedimientos de auditoría.
121. A lo largo de la vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias promoverá las medidas necesarias para disminuir los accidentes, intoxicaciones y envenenamientos, atribuibles al cierre y etiquetado de diferentes productos potencialmente tóxicos.

122. El Gobierno de Canarias promoverá la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios al objeto de facilitar el acceso del accidentado con discapacidades permanentes a las prestaciones reguladas por las distintas normativas referidas relacionadas con tales situaciones.

***. Se incorpora el objetivo [50](#) de drogas y conductas adictivas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

123. El Gobierno de Canarias promoverá junto con las Instituciones competentes en la materia que, a finales de 1998, se haya incrementado el número de postes S.O.S. en un 75%, quedando cubierta la red viaria de Canarias para el año 2001.

124. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias promoverá la colaboración entre los Servicios Sociales y Sanitarios al objeto de facilitar el acceso del accidentado con discapacidades permanentes a las prestaciones derivadas de la Ley 13/1982 de Integración Social del Minusválido.

***. Se incorporan los objetivos [390](#), [391](#) y [392](#) de urgencias sanitarias.

Objetivos de formación y educación para la salud.

125. Antes del año 2001, el Gobierno de Canarias habrá realizado actividades estructuradas de formación en seguridad vial al 30% de los profesores de educación infantil, primaria y secundaria.

126. Antes del año 2001, el Gobierno de Canarias habrá realizado actividades formativas de modificación de conductas sobre seguridad vial en el 60 % del alumnado menor de 18 años.

127. El Servicio Canario de Salud promoverá la formación de adultos en la evitación de accidentes, a través de asociaciones de padres de vecinos, de amas de casa, hogares de pensionistas y otros, alcanzando al 20% de la población en el año 2001.

***. Se incorpora el objetivo [397](#) de urgencias sanitarias.

Objetivos de necesidades de información.

128. A partir de 1997, el Servicio Canario de Salud desarrollará el análisis de la accidentalidad en Canarias, al objeto de elaborar planes de prevención de accidentes.

129. En el primer semestre de 1997, la Dirección General de Tráfico y el Servicio Canario de Salud habrán definido un conjunto mínimo de datos, al objeto de realizar estudios, análisis y evolución de la accidentalidad de tráfico de acuerdo con las normativas europeas, permitiendo profundizar en las causas que condicionan la accidentalidad por esta causa en Canarias.

130. El Servicio Canario de Salud y la Dirección General de Tráfico crearán antes de finalizar 1997 un registro centralizado de datos sobre accidentalidad de tráfico en nuestra Comunidad Autónoma.

131. En 1997 la Dirección General de Tráfico deberá conocer el 100% de accidentes de tráfico con víctimas mortales en Canarias.

132. A partir de 1997, el Servicio Canario de Salud incluirá el registro de todos los accidentes domésticos, peri-domésticos y laborales, a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs).
133. En 1998 la Dirección General de Tráfico deberá conocer el 90% del total de accidentes de tráfico con víctimas en la Comunidad Autónoma, extendiéndose hasta el 95% antes del año 2001.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para salud materno-infantil

Para conocer la situación de la **salud materno-infantil** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [mortalidad infantil](#) y [interrupción voluntaria del embarazo](#).

Objetivos generales.

1. Mantener las tendencias decrecientes de las tasas de mortalidad infantil.
 2. Mantener las tendencias decrecientes de las tasas de mortalidad materna.
 3. Disminuir la morbilidad infantil.
 4. Disminuir la morbilidad materna.
 5. Mejorar la calidad de vida de los niños.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

134. A partir de la aprobación del presente Plan, el total de las gestaciones de bajo riesgo captadas por el Servicio Canario de Salud se controlarán fundamentalmente en el nivel de Atención Primaria.
135. A partir de la aprobación del presente Plan, el total de los embarazos de medio riesgo, en el seno del Servicio Canario de Salud será atendido en Atención Especializada según el Programa de Atención a la Mujer.
136. A partir de la aprobación del presente Plan, el total de las embarazadas de alto riesgo identificadas por el Servicio Canario de Salud serán atendidas en el nivel hospitalario.
137. A partir de la aprobación de este Plan, en todos los embarazos controlados en el primer nivel asistencial del Servicio Canario de Salud, se identificará el riesgo gestacional y se derivará según los criterios del Programa de Atención a la Mujer.
138. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará a todas las embarazadas el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico.
139. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará a todas las embarazadas el diagnóstico precoz de las enfermedades transmisibles, precózmamente en el embarazo, incluyendo sistemáticamente serología VIH, previo consentimiento informado.
140. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará a todas las embarazadas la realización del diagnóstico precoz de la diabetes mellitus.

141. Para 1999 al menos el 85% de las embarazadas atendidas en el sistema sanitario deberán ser captadas precózmemente (antes de 12 semanas de gestación).
 142. Antes del año 2001 se reducirán en un 15% el número de embarazos no deseados en adolescentes (hasta 19 años de edad), a través de estrategias conjuntas por las Consejerías de Educación, Cultura y Deportes, Empleo y Asuntos Sociales y el Servicio Canario de Salud.
 143. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud reducirá en un 15% el número de embarazos no deseados en mujeres mayores de 35 años.
 144. A paritr de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará la cobertura de inmunización antitetánica a todas las gestantes asistidas en la red sanitaria pública.
 145. Tras la aprobación de este Plan, el Servicio Canario de Salud adecuará el calendario vacunal a las recomen-daciones de la Organización Mundial para la Salud y del Ministerio de Sanidad.
 146. Antes de finalizar el primer semestre de 1997 el Servicio Canario de Salud exigirá el cumplimiento de las normas (decreto 101/90) por las que se regulan las condiciones higiénicos-sanitarias, en la totalidad de las escuelas infantiles de Canarias.
 147. Tras la aprobación de este Plan, el Gobierno Autónomo potenciará los instrumentos regulados por la Ley de Atención Integral a los Menores.
 148. El Gobierno de Canarias fomentará el desarrollo y aplicación de estrategias coordinadas de prevención sobre los malos tratos infantiles.
- ***. Se incorpora el objetivo [42](#) de drogas y conductas adictivas, el [77](#) de sida y [276 y 277](#) de enfermedades transmisibles.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

149. En 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará que el 100% de los equipos de atención Primaria desarrollen actividades de vacunación antitetánica en embarazadas.
150. Para el primer semestre de 1997 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado el Programa Integral de Atención a la Mujer.
151. Para el año 1998 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado programas homogéneos de atención a la menopausia a aplicar complementariamente en los diferentes niveles asistenciales.
152. Tras la aprobación de este Plan, el Servicio Canario de Salud promoverá el acceso de los grupos de mayor riesgo gineco-obstétrico (adolescentes y mujeres de más de 35 años) a las consultas de planificación familiar en el nivel primario de atención.
153. Tras la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud deberá garantizar los medios adecuados para realizar el transporte de los recién nacidos de alto riesgo que nazcan en los hospitales que no dispongan de cuidados intensivos neonatales.
154. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud generalizará la prestación de asistencia pediátrica hasta los 14 años de edad.
155. Tras la aprobación de este Plan, el Gobierno Autónomo de Canarias desarrollará servicios asistenciales dirigidos a la evaluación y tratamiento de los casos sospechosos de malos tratos, abuso sexual o abandono.

156. A lo largo del periodo de vigencia de este Plan, el Servicio Canario de Salud creará un canal de información de salud, por vía telefónica, dirigido especialmente al adolescente.
 157. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará a todos los recién nacidos el diagnóstico precoz endocrino-metabólico antes del 7º día de vida, simplificando y unificando la metodología de recogida de la muestra.
 158. Para 1998 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado los criterios de acreditación de centros hospitalarios que garanticen la asistencia de calidad al parto.
 159. Antes de 1999 el Servicio Canario de Salud garantizará la detección precoz, evaluación y tratamiento de los problemas ortopédicos, al menos al 50% de la población infantil comprendida entre los 6 a 8 años, a través de programas coordinados entre Atención Primaria y Atención Especializada.
 160. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud procederá a acreditar todos los centros sanitarios que presten atención al parto al objeto de garantizar la calidad asistencial y la equidad en la prestación de servicios a la población.
 161. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado los protocolos de atención a patologías crónicas del niño, de modo coordinado entre Atención Primaria y Especializada.
- ***. Se incorporan los objetivos [221](#) y [228](#) de enfermedades digestivas, el [35](#) de diabetes y [280](#) de enfermedades transmisibles.

Objetivos de formación y educación para la salud.

162. A partir de la aprobación del Plan se iniciará la revisión y actualización de los contenidos de educación para la salud en el Programa del Niño Sano, incorporando las propuestas de cada uno de los apartados del Plan de Salud.

Objetivos de necesidades de información.

163. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud deberá conocer el número de embarazos (deseados y no deseados) para cada uno de los grupos de edad de la mujer fértil.
164. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud quinquenalmente emitirá información sobre la evolución de la mortalidad materna.
165. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud deberá conocer la incidencia de embriopatía alcohólica en Canarias.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para salud buco-dental

Para conocer la situación de la [salud buco-dental](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Se reducirá la prevalencia de caries en la dentición temporal de los niños de 7 años al 35% (nivel base 1991 = 46.23%).
 2. Se reducirá el nivel de prevalencia de caries del 45% en la dentición permanente de los escolares de 12 años (nivel base 1991 = 58.88%).
 3. Se reducirá el índice de CAOD a 1.50 y el nivel de CD al 60% con respecto al componente CAOD (nivel base CAOD 1991 = 1.87 y nivel base CD/CAOD 1991 = 71.1%).
 4. Se reducirá al 35% el nivel de prevalencia del índice periodontal (EPITN) en los niños de 7 años (nivel base 1991 = 44.33%).
 5. Se reducirá al menos al 50% la prevalencia de los índices periodontales (CPITN) en los niños de 12 años (nivel base 1991 = 59.65%).
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

166. Durante el curso escolar 1996-97 la Consejería de Educación habrá valorado y cuantificado económicamente las medidas idóneas que garanticen el suministro de agua no fluorada en los colegios con servicio de comedor ubicados en áreas geográficas con exceso de fluor en las aguas de abasto.
167. El Gobierno de Canarias garantizará, para el curso 1997-98, que todos los colegios con comedor en aquellas zonas donde exista un alto nivel de flúor en el agua dispongan de agua no fluorada para la preparación de la comida y para el agua de consumo.
168. Durante 1997, el Servicio Canario de Salud asegurará que en todos los municipios afectados por fluorosis, los servicios sanitarios de Atención Primaria conozcan y apliquen los protocolos correspondientes.
169. El Gobierno de Canarias promoverá que antes de 1999 se apliquen procedimientos de fluoración de las aguas de consumo público en todos los municipios donde los niveles de fluor sean inferiores a los establecidos para prevenir la caries dental.
170. Para el año 2001, el Servicio Canario de Salud habrá implantado el programa de salud bucodental al menos en el 80% de las zonas básicas de salud de Canarias.

171. Para el año 2001 la Consejería de Educación asegurará que en todos los colegios con comedor escolar se realicen sistemáticamente actividades de cepillado dental.

***. Se incorpora el objetivo [301](#) de alimentación y nutrición y el [363](#) de aguas de consumo.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

172. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud desarrollará un Programa Unificado de Salud Bucodental.

173. Para 1998 el Servicio Canario de Salud asegurará la cobertura en Atención Dental en todas las islas del Archipiélago.

174. Durante 1998, el Servicio Canario de Salud introducirá en los protocolos de atención al adulto que se desarrollan en los CAP, los aspectos de diagnóstico precoz de cáncer oral.

175. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud aumentará la cobertura de valoración y tratamiento dental, al 75% de la población mayor de 75 años.

176. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud reducirá por debajo del 39 % actual los problemas masticatorios en las personas mayores.

***. Se incorporan el [108](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de formación y educación para la salud.

177. En el año 1997 el Servicio Canario de Salud en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes elaborará material educativo básico de apoyo al Programa de Salud Bucodental.

178. Para el curso 1997-98, el Servicio Canario de Salud y la Consejería de Educación iniciarán actividades de formación del personal laboral y encargados de comedor para el inicio de actividades de Cepillado Dental.

179. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud revisará el contenido de todos los Programas de Atención Primaria para asegurar que se incorpore la educación para la salud en el Consejo Bucodental.

Objetivos de necesidades de información.

180. En el primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud dispondrá de información pormenorizada sobre el nivel de flúor del agua de bebida en todo el territorio canario (agua de consumo público y de bebida envasada).

181. En el año 1998 cada área sanitaria dispondrá de sus indicadores de salud dental e iniciarán las actividades previstas para lograr los objetivos establecidos del programa.

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para la tuberculosis

Para conocer la situación de la [tuberculosis](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Disminuir el número de casos nuevos de tuberculosis en nuestra Comunidad en un 10 - 12 % anual.
 2. Para el año 2001 se reducirá al 50% la tasa de enfermos.
 3. Para el año 2001 se habrá conseguido que el riesgo anual de infección (RAI) se sitúe por debajo del 0,04 - 0,05%.
 4. Para el año 2001 se reducirá la mortalidad por tuberculosis en nuestra Comunidad.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

182. Tras la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará las estrategias oportunas para conseguir que al menos el 75% de los pacientes infectados de tuberculosis que hallan sido detectados cumplan el tratamiento preventivo de forma adecuada.

***. Se incorpora el objetivo [75](#) de SIDA.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

183. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará la Unidad Central de planificación y evaluación del programa de lucha antituberculosa.

184. Durante el primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud elaborará un Manual de Normas y Procedimientos de Actuación para la Lucha Antituberculosa.

185. Durante el segundo trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud desarrollará el Programa de Atención a la Tuberculosis.

186. Durante 1997 se aplicará el programa de lucha antituberculosa en aquellas Zonas Básicas de Salud con mayor prevalencia de grupos de riesgo (indigentes, inmigrantes y drogodependientes).

187. Antes de finalizar 1998 el Servicio Canario de Salud deberá conseguir la curación de al menos el 80% de los casos de tuberculosis tratados en nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivos de formación y educación para la salud.

***. Quedan recogidos en el epígrafe de [formación](#), dentro del apartado de las "condiciones necesarias para consolidar el plan".

Objetivos de necesidades de información.

188. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud pondrá en funcionamiento el sistema de información de recogida de casos de tuberculosis.
189. Para 1997 el Servicio Canario de Salud comenzará el primer estudio de cohortes para evaluar la cumplimentación del tratamiento.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para salud mental

Para conocer la situación de la **salud mental** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [salud mental](#) y [recursos en salud mental](#).

Objetivos generales.

1. En 1998, los dispositivos específicos de Atención a la Salud Mental (Equipos de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Agudos Psiquiátricos y Unidades de Rehabilitación) estarán integrados funcionalmente en la Red Sanitaria del Servicio Canario de Salud, formando parte de la Atención Especializada. Para el resto de los dispositivos intermedios, el Servicio Canario de Salud se coordinará con las redes primaria y especializada de la Dirección General de Servicios Sociales, las Administraciones Locales con recursos y/o competencias en Salud Mental y O.N. G.. Facilitando que la población tenga acceso a dichos dispositivos.
 2. En el año 2001, los pacientes crónicos de la actual población ingresada en hospitales psiquiátricos, deberán ser atendidos en los diferentes niveles asistenciales de ámbito comunitario, ya sean sanitarios o mixtos, incluyendo todas las fórmulas residenciales y rehabilitadoras alternativas que permitan su progresiva desinstitucionalización.
 3. En el año 2001, deberán estar articulados los mecanismos necesarios para que estén garantizados, desde los diferentes niveles asistenciales y educativos, programas de educación sanitaria en materia de Salud Mental en la población.
- *. La puesta en marcha de los objetivos 1º, 2º y 3º, tendrá en cuenta las variaciones y adaptaciones a realizar en base a las características sociodemográficas de la población a atender, tales como, la insularidad, la orografía y las comunicaciones, favoreciendo la accesibilidad de los usuarios.

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

190. En 1998 las Unidades de Salud Mental Comunitarias deberán estar realizando, a través de Programas, acciones de promoción de la Salud Mental sobre los grupos de mayor riesgo de la población asignada.
 191. En 1998, los servicios sanitarios tanto del nivel de Atención Primaria como del de Especializada, además de los de Salud Mental, deberán detectar precozmente y tratar un mayor grupo de la patología psiquiátrica menor, del que actualmente detectan o derivan.
- ***. Se incorpora el objetivo [147](#) de salud materno-infantil y el [210](#) de suicidio.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

192. En 1997 se habrá completado la red territorializada de Atención a la Salud Mental en lo que a dispositivos de Unidades de Salud Mental Comunitarias en Canarias se refiere.
 193. A lo largo de 1997 deberá estar constituido en el seno del Servicio Canario de Salud, un departamento con capacidad de planificación (evaluación, investigación y orientación) de los Servicios de Atención a la Salud Mental.
 194. En 1998 toda la población de las islas (áreas sanitarias) debe tener acceso a dispositivos comunitarios de Atención a la Salud Mental con consultas de psiquiatría, psicología, enfermería psiquiátrica y trabajador social, prestadas por servicios públicos o concertados, pero con una distribución descentralizada, ubicados preferentemente en alguno de los Centros de Salud de su demarcación.
 195. En 1998 los dispositivos comunitarios de Atención a la Salud Mental deberán conseguir una disminución progresiva de la tasa de reingresos de pacientes psicóticos, siendo este uno de los objetivos prioritarios a pactar con las distintas Instituciones que dispongan de recursos en Salud Mental.
 196. En 1998 las Unidades de Salud Mental en coordinación con sus Hospitales Generales de referencia, estarán en condiciones de atender la patología mental infanto-juvenil.
 197. En 1998 existirán Unidades de Rehabilitación de Área públicas o concertadas para enfermos mentales integradas en la Red de Atención a la Salud Mental. Unidades que deberán ir desarrollándose progresivamente a través de acuerdos de actuación conjunta, con las actuales Administraciones e Instituciones públicas o privadas que los dispensan (Red Básica de Servicios Sociales, Red Especializada de Servicios Sociales).
 198. En el año 1998 el 100% de los pacientes ingresados en hospitales de la Red por cualquier causa deberán tener garantizada la posibilidad de interconsulta de psiquiatría o psicología.
 199. En 1998 los pacientes de alta, procedentes tanto de Unidades de Rehabilitación como de Unidades de Agudos serán incluidos en programas de seguimiento específico en las Unidades de Salud Mental Comunitarias, con la colaboración de las Redes Básica o Especializada de Servicios Sociales que les corresponda.
 200. En el año 1998 deberán existir como recursos alternativos y/o complementarios: Centros de Día, Hospital de Día y Unidades de Noche, que irán constituyéndose de forma progresiva mediante acuerdos con las Administraciones e Instituciones públicas o privadas.
 201. En el año 1998 deberán existir también como recursos alternativos entre sí a la institucionalización: Centros de Día, Hospital de Día, Unidades de Noche, Pisos y Hogares Protegidos, Pensiones Tuteladas y Centros Ocupacionales y de Empleo.
 202. En 1998 se habrá desarrollado la estructura orgánica y funcional de los Servicios de Salud Mental dentro de la Atención Especializada de los Hospitales.
 203. En 1999 existirán suficientes Unidades de Internamiento Breve en los Hospitales Generales de la Red con capacidad para atender a los pacientes con sintomatología psiquiátrica aguda que así lo requieran.
- ***. Se incorporan los objetivos [96](#) y [105](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de formación y educación para la salud.

204. En 1997 deberán estar garantizados programas de formación continuada en Salud Mental, sobre las patologías que impliquen mayor riesgo, para los profesionales sanitarios de las Redes de Atención Primaria y Atención Especializada.
205. En 1997 deberán estar garantizados programas de formación continuada en Salud Mental para profesionales no sanitarios tales como los de la red de Servicios Sociales y los de la Consejería de Educación.
206. En 1997 deberá estar garantizado un sistema de 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.
207. En el año 1997 el Servicio Canario de Salud facilitará las condiciones que posibiliten la acreditación de Unidades Docentes para la formación especializada en el área de Psiquiatría y Salud Mental, con capacidad para la formación de Postgrado en Psiquiatría (M.I.R.) y Psicología (P.I.R.).

Objetivos de necesidades de información.

208. A lo largo de 1997 se deberá disponer de un sistema unificado de información en Atención a la Salud Mental (registro acumulativo de casos psiquiátricos) que permita conocer de forma periódica la utilización y actividades de la Red de Atención a la Salud Mental.
209. En 1997 deberán existir líneas de investigación específica en Salud Mental dentro de las Unidades de Investigación Clínico-epidemiológicas dedicadas a la promoción y realización de estudios e investigaciones en campos prioritarios.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para suicidio

Para conocer la situación de la **suicidio** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [suicidio](#) y [recursos en salud mental](#).

Objetivos generales.

1. Disminuir la tendencia al alza del suicidio como causa de muerte en la Comunidad Autónoma Canaria.
 2. Disminuir las conductas parasuicidas en la Comunidad Autónoma Canaria.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

210. A partir de la aprobación del Plan, y con carácter continuado, el Gobierno de Canarias facilitará las actividades encaminadas a estimular valores positivos de la vida y disminuir el aislamiento social no voluntario.

***. Se incorpora el objetivo [51](#) de drogas y conductas adictivas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

211. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud iniciará programas de seguimiento de sujetos con conductas suicidas en el nivel de Atención Primaria en coordinación con el nivel de Atención Especializada.

212. Durante el periodo de vigencia del actual Plan de Salud, el Gobierno de Canarias potenciará programas que incluyan iniciativas como el Teléfono de la Esperanza, de ámbito regional.

***. Se incorporan los objetivos [192 al 203](#) de salud mental y [96](#), [105](#) y [110](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de formación y educación para la salud.

213. En 1997 la Consejería de Sanidad y Consumo deberá incluir en los programas de formación continuada, protocolos para el seguimiento de pacientes con conductas suicidas.

214. En 1998 la Consejería de Educación, Cultura y Deportes deberá incluirse en los programas de enseñanza obligatoria la promoción de actividades artísticas y deportivas con la intención expresa de mejorar el sentido y disfrute de la vida.

***. Se incorporan los objetivos [204 al 207](#) de salud mental y [112 y 113](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de necesidades de información.

215. Antes de 1998 el Servicio Canario de Salud incluirá en el registro acumulativo de casos psiquiátricos de la red de salud mental, la conducta suicida permitiendo un seguimiento epidemiológico del mismo.

216. Antes de 1998 el Servicio Canario de Salud incluirá un área de seguimiento epidemiológico de las conductas suicidas dentro de las áreas de investigación específica en Salud Mental.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para las enfermedades del aparato digestivo

Para conocer la situación de las **enfermedades del aparato digestivo** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [hepatitis vírica](#) y [alcohol](#).

Objetivos generales.

1. Para el año 2001 se habrá disminuido la morbi-mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta.
 2. Para el año 2001 se habrá disminuido la morbi-mortalidad producida por hepatitis virales.
 3. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por enfermedades digestivas asociada al consumo de alcohol.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

217. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud promoverá la prescripción racional de los fármacos potencialmente ulcerogénicos por parte de los profesionales sanitarios.
218. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Servicio Canario de Salud promoverá la dispensación racional de los fármacos potencialmente ulcerogénicos por parte de los profesionales farmacéuticos; especialmente cuando se precise de receta médica.
219. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Servicio Canario de Salud realizará con carácter sistemático los procedimientos de consejo genético y diagnóstico precoz neonatal en relación con la fibrosis quística.
220. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud reducirá en un 20% la incidencia de la hemorragia digestiva alta (HDA) asociada a la prescripción y consumo de fármacos analgésico-antiinflamatorios.

***. Se incorporan el objetivo [76](#) de SIDA y el [47](#), [49](#), [52](#) y [60](#) de drogas y conductas adictivas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

221. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Servicio Canario de Salud garantizará la cobertura vacunal frente a hepatitis B a todos los recién nacidos hijos de madres portadoras de HBsAg.

222. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud implantará la vacunación sistemática frente a la hepatitis B a los adolescentes de 11 años.
 223. Para el año 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará la cobertura vacunal frente a la hepatitis B a todos los receptores crónicos de hemoderivados y enfermos en hemodiálisis.
 224. Para el año 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará la cobertura vacunal frente a hepatitis B a todos los adictos a drogas por vía parenteral, atendidos en el Sistema Público.
 225. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará una cobertura vacunal frente a hepatitis B de al menos el 90% del personal sanitario y personal de riesgo en instituciones y establecimientos sanitarios.
 226. Para el año 2001, el Servicio Canario de Salud promoverá que la cobertura vacunal frente a hepatitis B alcance al menos al 90% de las personas ingresadas en instituciones no sanitarias de carácter cerrado, previo consentimiento informado (asilares y penitenciarias).
 227. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará una cobertura vacunal frente a la hepatitis B de al menos el 70% de los grupos con actividades sexuales de riesgo.
 228. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud incorporará la vacunación sistemática frente a hepatitis B en recién nacidos y lactantes, a través de su introducción en el calendario vacunal infantil.
- ***. Se incorpora el objetivo [139](#) de salud materno-infantil y el [270](#) de enfermedades transmisibles.

Objetivos de formación y educación para la salud.

229. Tras la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud difundirá información para promocionar la vacunación frente a hepatitis B entre la población adulta.

Objetivos de necesidades de información.

230. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud dispondrá de información sobre la morbi-mortalidad asociada a la enfermedad ulcerosa gastroduodenal.
 231. A partir de la aprobación de este Plan el Servicio Canario de Salud modificará la hoja de vacunaciones de hepatitis al objeto de aplicar y registrar únicamente la serología posterior.
- ***. Se incorpora el objetivo [165](#) de salud materno-infantil.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para salud laboral

Para conocer la situación de la [salud laboral](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por accidentes de trabajo por debajo del promedio del Estado.
 2. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por enfermedades profesionales.
 3. Para el año 2001 se habrá mejorado el conocimiento sobre el patrón de riesgos laborales asociados a accidentes y enfermedades profesionales.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

232. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias conjuntamente con la Administración del Estado instará al empresario para que garantice los medios de protección adecuados a los riesgos del puesto de trabajo, potenciando las actividades de inspección.
 233. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias conjuntamente con la Administración del Estado instarán al empresario para que vele por el uso efectivo de los equipos de protección correspondientes, cuando sean necesarios.
 234. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias conjuntamente con la Administración del Estado instarán al empresario para que garantice la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, a través de procedimientos clínicos adecuados al patrón de riesgos existentes en cada caso.
- ***. Se incorporan los objetivos [1 y 2](#) de enfermedades cardiovasculares y [301](#) de alimentación y nutrición.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

235. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud creará el Servicio de Salud Laboral, cuya misión consistirá en analizar, proyectar y desarrollar planes de actuación y evaluar el impacto laboral y económico de las alteraciones de la salud en la población trabajadora.

236. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud promoverá la creación del Organo de Coordinación Interinstitucional en materia de Salud Laboral constituido por representantes de las Administraciones competentes en materia sanitaria, laboral, de industria y educación.
 237. Durante el periodo de vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud implantará el modelo único de Historia Clínico-Laboral en todas las empresas de la Comunidad Autónoma de Canarias.
 238. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud, iniciará el desarrollo de protocolos para la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de la patología laboral.
 239. Seis meses después de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el Servicio Canario de Salud, adecuará su estructura para garantizar la efectividad en la aplicación de la misma.
 240. Para el año 2001 el Organo de Coordinación Interinstitucional habrá interconectado las bases de datos informáticas relacionadas con la salud laboral de la Comunidad Autónoma Canaria.
 241. A lo largo del periodo de vigencia del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará la reeducación funcional y ocupacional, al objeto de reinsertar a los afectados por problemas de salud relacionados con el medio laboral.
 242. Durante el periodo de vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias adaptará funcionalmente sus puestos de trabajo de forma progresiva para los trabajadores discapacitados.
 243. A lo largo de la vigencia de este Plan de Salud, el Gobierno de Canarias potenciará las medidas de apoyo, a las empresas radicadas en Canarias, para adaptar funcionalmente los puestos de trabajo a los trabajadores discapacitados.
- ***. Se incorpora el objetivo [50](#) de drogas y conductas adictivas.

Objetivos de formación y educación para la salud.

244. A partir del año 1997 la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias ofrecerá información y ofertará programas de formación, en materia de salud laboral, dirigidos a los empresarios y sus organizaciones.
245. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias incluirá módulos de formación en salud laboral en todos aquellos programas formativos impartidos o subvencionados por las administraciones públicas.
246. A mediados de 1998 el Servicio de Salud Laboral habrá informado al menos al 90% de la población laboral empleada, sobre el correcto uso de las medidas de protección a través de estrategias de modificación de conducta.

Objetivos de necesidades de información.

247. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud elaborará los indicadores que permitan obtener información de la morbilidad general y la mortalidad asociada al medio laboral.
248. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud deberá conocer las situaciones que causan incremento de la Incapacidad Temporal, tanto en su incidencia como en su duración media.

249. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud, a través del Servicio de Salud Laboral, tendrá clasificadas las enfermedades profesionales, diferenciándolas de las enfermedades comunes.
250. Durante la vigencia del Plan de Salud, el Servicio Canario de Salud elaborará el "Mapa de riesgos y daños por sectores de actividad económica en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria".

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para enfermedades del aparato locomotor

Para conocer la situación de la **enfermedades del aparato locomotor** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [deficiencias y discapacidades](#).

Objetivos generales.

1. Para el año 2001 se reducirá la incidencia de enfermedades del aparato locomotor en aquellos procesos susceptibles de prevención.
 2. Aumentar la calidad de vida de los pacientes con patología de aparato locomotor, disminuyendo complicaciones y secuelas para el año 2001.
 3. Para el año 2001 se reducirán las incapacidades motivadas por las enfermedades de aparato locomotor, reduciendo los costes derivados de las mismas.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

251. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes velará para que el mobiliario de las escuelas públicas y privadas no constituya un factor de riesgo de trastornos del aparato locomotor en los escolares.
 252. Durante el periodo de vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará actividades preventivas, actuando sobre la obesidad, al objeto de reducir la prevalencia de gonartrosis en el año 2001.
 253. Para el año 2006, el Servicio Canario de Salud habrá reducido las indicaciones quirúrgicas por gonartrosis.
- ***. Se incorpora el objetivo [5](#) de enfermedades cardiovasculares, el [159](#) de salud materno-infantil y [94](#) de atención a las personas mayores.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

254. A lo largo de 1997 el Servicio Canario de Salud organizará las prestaciones de rehabilitación al objeto de mejorar el acceso del usuario.
255. Para el año 1998 el Servicio Canario de Salud habrá diseñado un programa integral de atención reumatológica.

256. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud habrá iniciado la reorganización de la asistencia reumatológica extrahospitalaria favoreciendo de forma progresiva la prestación asistencial por parte del reumatólogo.

***. Se incorpora el objetivo [151](#) de salud materno-infantil.

Objetivos de formación y educación para la salud.

257. En el primer trimestre de 1997 el Servicio Canario de Salud elaborará un protocolo de utilización del uso racional de las pruebas de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos en reumatología.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para enfermedades respiratorias

Para conocer la situación de la **enfermedades respiratorias** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [enfermedades de declaración obligatoria](#), [tabaco](#) y [contaminación atmosférica](#).

Objetivos generales.

1. Reducir la morbi-mortalidad por asma en un 10% para el año 2001.
 2. Reducir la mortalidad global asociada a infecciones respiratorias agudas un 5% para el año 2001.
 3. Mejorar la calidad de vida de los EPOC, reduciendo el número de ingresos hospitalarios en un 10% hacia el año 2001.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

258. Para el año 1997 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado la normativa destinada al control y prevención de enfermedades respiratorias relacionadas con la cría y cuidado de aves.
 259. Durante el periodo de vigencia de este Plan, el Servicio Canario de Salud, conjuntamente con el Organo Regional competente en materia de vivienda, vigilará el cumplimiento de la legislación vigente sobre los sistemas de control de la edificación y aislamiento de las viviendas a efectos de reducir la humedad en las mismas.
 260. Durante la vigencia del Plan, el Gobierno Autónomo exigirá el cumplimiento de la normativa que trata de evitar el hacinamiento en los lugares públicos y centros de reunión (escuelas infantiles, colegios, residencias de mayores, entre otros).
- ***. Se incorporan los objetivos [40 a 46](#), [49](#) y [57](#) de drogas y conductas adictivas, el [275](#) de enfermedades transmisibles y los [324](#), [325](#), [328](#) y [329](#) de contaminación atmosférica.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

261. Antes de finalizar 1997 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado guías de práctica clínica sobre las enfermedades respiratorias más frecuentes al objeto de sistematizar el abordaje (incluyendo procedimientos sobre los problemas físicos y emocionales).
262. A partir de 1997, y una vez reorganizados los recursos de rehabilitación general, el Servicio Canario de Salud garantizará la prestación en fisioterapia respiratoria.

263. Antes del año 2001, todos los pacientes diagnosticados de EPOC habrán recibido una exploración funcional respiratoria completa por parte del Servicio Canario de Salud.
264. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará procedimientos educativos y técnicos que incrementen el grado de autocontrol de los enfermos asmáticos moderados y graves.
265. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud promoverá que al menos el 90% de los pacientes asmáticos de intensidad moderada utilicen un medidor de flujo espiratorio.
266. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará el abordaje diagnóstico-terapéutico de la apnea del sueño dentro de la Comunidad Autónoma.
- ***. Se incorpora el objetivo [56](#) de drogas y conductas adictivas y el [254](#) de enfermedades del aparato locomotor.

Objetivos de formación y educación para la salud.

267. En el año 2001 el 100% de los fisioterapeutas deberán haber recibido formación en técnicas de rehabilitación respiratoria.
268. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud actuará conjuntamente con el Organo Regional competente en materia de vivienda para desarrollar documentos informativos que favorezcan el acondicionamiento óptimo de las viviendas.
269. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud divulgará información sobre prevención y transmisión de las enfermedades respiratorias agudas entre las guarderías de Canarias.

Objetivos de necesidades de información.

- ***. Quedan recogidos en el epígrafe de [investigación](#) dentro del apartado de "condiciones necesarias para consolidar el Plan de Salud".

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para las enfermedades transmisibles

Para conocer la situación de las **enfermedades transmisibles** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [enfermedades de declaración obligatoria](#).

Objetivos generales.

1. Disminuir la incidencia de las enfermedades trasmisibles.
 2. Disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual.
 3. Mantener a la Comunidad Autónoma libre de Polio Autóctona.
 4. Mantener a la Comunidad Autónoma libre de Difteria Autóctona.
 5. Erradicar para el año 2001 la sífilis congénita.
 6. Erradicar para el año 2001 la oftalmía neonatorum.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

270. A partir de la aprobación del Plan el Servicio Canario de Salud realizará la captación activa, de las personas de mayor riesgo de la trasmisión de la enfermedad, al objeto de ofertar la vacunación frente a la gripe.
271. A partir de la aprobación del Plan el Servicio Canario de Salud potenciará las inspecciones en aquellos establecimientos que puedan suponer riesgo para las enfermedades transmisibles, al objeto de garantizar las condiciones generales de salud pública.
272. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud iniciará el desarrollo del marco legislativo sobre vigilancia epidemiológica de las enfermedades trasmisibles.
273. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud iniciará la aplicación de la dosis de recuerdo para la difteria a los 14 años.
274. Antes de que finalice 1998 el Servicio Canario de Salud desarrollará el marco normativo que permita la prevención de casos de legionella asociados a los sistemas de ventilación y canalización de aguas de los edificios.
275. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud incrementará la cobertura vacunal frente a la gripe, al menos, al 60% de los usuarios incluidos en grupos de riesgo.
276. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará un 95% de cobertura para la vacuna triple vírica, entre los usuarios de la red pública.

277. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará una cobertura de vacunación general del 90% en población escolar.

***. Se incorporan los objetivos [144 y 145](#) de Salud Materno Infantil.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

278. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud, ofertará la vacunación frente a la gripe a todos los grupos poblacionales de riesgo en la Comunidad Autónoma.

279. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará el acceso a la vacunación infantil gratuita, independientemente del sistema de cobertura asistencial del ciudadano.

280. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud promoverá el seguimiento activo de los sujetos que han iniciado algún programa vacunal al objeto de reducir las pérdidas o abandonos.

281. En 1997 el Servicio Canario de Salud garantizará que todos los equipos de Atención Primaria desarrollen actividades de vacunación antitetánica en adultos.

282. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud incrementará la cobertura de inmunización antitetánica en la población incluida en el programa de vacunación antitetánica.

283. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud potenciará la implantación de las técnicas de laboratorio óptimas para el diagnóstico etiológico de las enfermedades infecciosas.

***. Se incorporan los objetivos [139](#), [149](#) de salud materno-infantil y los objetivos del [221 al 228](#) de enfermedades digestivas.

Objetivos de formación y educación para la salud.

***. Se incorpora el objetivo [229](#) de enfermedades digestivas. Quedan recogidos en el epígrafe de [formación](#) dentro del apartado de "las condiciones necesarias para consolidar el plan".

Objetivos de necesidades de información.

284. Antes de 1999 el Servicio Canario de Salud dispondrá de información real sobre el grado de cobertura vacunal en la Comunidad Autónoma.

285. Para 1999 el Servicio Canario de Salud habrá desarrollado un sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades transmisibles, elaborando guías de definición de casos y guías metodológicas del diagnóstico etiológico.

286. Para el año 2001 el Servicio Canario de Salud alcanzará una cobertura de declaración próxima al 90% en todos los niveles del nuevo sistema de vigilancia epidemiológica.

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para higiene alimentaria

Para conocer la situación de la **higiene alimentaria** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [toxiinfecciones alimentarias](#) y [nutrición](#).

Objetivos generales.

1. Reducir hasta niveles mínimos la exposición de la población canaria a los factores de riesgo para padecer problemas causados por los alimentos.
 2. Aumentar el conocimiento y la concienciación de empresarios y trabajadores de la industria alimentaria, sobre los problemas de salud asociados a la ingesta alimentaria.
 3. Aumentar el grado de conocimiento y sensibilización de la población sobre los problemas de salud asociados a la ingesta alimentaria.
 4. Reducir la incidencia de los brotes epidémicos de enfermedades transmitidas por los alimentos.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

287. El Gobierno de Canarias exigirá la posesión del carnet de manipulador de alimentos a todas las personas relacionadas profesionalmente con la manipulación de alimentos.
288. El Servicio Canario de Salud garantizará en los plazos establecidos el cumplimiento de la normativa europea, relacionada con la vigilancia y control de la cadena alimentaria, prestando especial atención en los puntos de destino y origen de los alimentos.
289. A lo largo del periodo de vigencia del Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo desarrollará la legislación relacionada con la higiene de los alimentos al objeto de ordenar y organizar los controles para que los productos lleguen al mercado o al ámbito de la restauración con el mínimo riesgo.
290. A partir de 1997, la Consejería de Sanidad y Consumo instaurará progresivamente programas sectoriales y específicos de control para una actuación inspectora normalizada y evaluable, sujeta a actualización.
291. Para el primer trimestre de 1997, la Consejería de Sanidad y Consumo promoverá que los establecimientos relacionados con la pesca, industrias cárnicas y almacenes de carnes frescas dispongan del sistema ARICPC.

292. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud garantizará que al menos el 60% de las industrias relacionadas con la alimentación, a las que sea exigible, dispongan del sistema ARICPC.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

293. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará las actividades de inspección a la industria alimentaria y establecimientos de venta directa de productos alimenticios al consumidor.

294. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud reestructurará los servicios veterinarios y farmacéuticos oficiales, al objeto de mejorar la prestación de los servicios de inspección alimentaria.

295. Antes de finalizar 1997, el Servicio Canario de Salud garantizará que todos los mataderos de las islas, que estén en funcionamiento, cumplan la normativa de la Unidad Europea.

296. A lo largo de 1997, el Servicio Canario de Salud desarrollará procedimientos específicos para sistematizar y evaluar las actividades de inspección alimentaria.

297. A partir de 1997, el Servicio Canario de Salud impulsará programas de control analíticos de contaminantes microbiológicos, físicos o químicos de los alimentos (plaguicidas, B-agonistas, metales pesados, etc.).

Objetivos de formación y educación para la salud.

298. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud diseñará e impartirá cursos de manipuladores específicos para cada sector alimentario.

299. A partir de la aprobación del Plan, la Consejería de Sanidad y Consumo potenciará la difusión de información y la comunicación con los empresarios y asociaciones empresariales, al objeto de mejorar las condiciones higiénico-sanitarias en las que se desarrolla su actividad.

300. Antes de 1999 la Consejería de Sanidad y Consumo habrá establecido mecanismos de coordinación con las Organizaciones de Consumidores para establecer estrategias comunes de información al consumidor sobre riesgos vinculados al consumo de alimentos.

Objetivos de necesidades de información.

***. Quedan recogidos en el epígrafe de [investigación](#) dentro del apartado de "condiciones necesarias para consolidar el Plan".

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para alimentación y nutrición

Para conocer la situación de la **alimentación y nutrición** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos. [toxiinfecciones alimentarias](#) y [nutrición](#).

Objetivos generales.

1. Establecer actividades de información y vigilancia sobre los hábitos alimentarios, tanto a nivel de población general como en población de riesgo.
 2. Incluir la alimentación como componente principal de las actividades de promoción, prevención y atención sanitaria.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

301. A partir del curso escolar 1997-98, el Gobierno de Canarias controlará que en todos los colegios con servicio de comedor y en el resto de comedores de titularidad pública, el suministro alimentario sea nutricionalmente adecuado.
 302. A partir del curso escolar 1997-98, el Servicio Canario de Salud potenciará las actividades de inspección sobre el cumplimiento de las normas para la elaboración de los menús que se sirven en los comedores de titularidad pública.
 303. A lo largo de la vigencia del Plan, el Gobierno de Canarias, a través del Organismo competente, potenciará el etiquetado nutricional de los productos alimentarios.
 304. Para el año 2001, el Servicio Canario de Salud habrá reducido el número de personas con hábitos alimentarios de riesgo.
 305. Para el año 2001, el Servicio Canario de Salud habrá reducido la tasa de población con índice de masa corporal superior a 30.
- ***. Se incorporan los objetivos del [288 al 292](#) de higiene de los alimentos.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

306. Antes de 1998 el Servicio Canario de Salud elaborará un programa de alimentación y nutrición, en coordinación con los recursos de atención primaria y especializada.

307. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud garantizará las condiciones nutricionales y microbiológicas de los alimentos, en todos los centros sanitarios de internamiento de Canarias, adaptándolas a la situación clínica de cada paciente.

Objetivos de formación y educación para la salud.

***. Quedan recogidos en el epígrafe de [formación](#), dentro del apartado de "las condiciones necesarias para consolidar el Plan".

Objetivos de necesidades de información.

Quedan recogidos en el epígrafe de [investigación](#) dentro del apartado de "condiciones necesarias para consolidar el Plan de Salud".

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para cuidados paliativos

Para conocer la situación de los **cuidados paliativos** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [cáncer](#), [síndrome de inmunodeficiencia adquirida](#) y [personas mayores](#).

Objetivos generales.

1. Garantizar la prestación asistencial de calidad a todas las personas que padecen enfermedad en fase terminal.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

308. Durante el primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud elaborará el Programa de Cuidados Paliativos.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

309. A partir de la aprobación de este Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará los programas de ayuda domiciliaria a través del voluntariado por medio de la coordinación con los servicios sociales y las organizaciones no gubernamentales (Asociación Española contra el Cáncer y Cruz Roja, entre otras).
310. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará las acciones oportunas para facilitar la obtención de morfina a los pacientes neoplásicos en fase terminal.
311. En el primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud garantizará que el 100% de los Centros de Salud en funcionamiento en Canarias dispongan de un protocolo de tratamiento de los síntomas para la enfermedad en fase terminal.
312. En el primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud garantizará que el 100% de los Servicios de Medicina Interna, Oncología Médica y Radioterápica, y Cirugía General en Canarias disponga de un protocolo de tratamiento de los síntomas para la enfermedad en fase terminal.
313. A finales de 1997, el Servicio Canario de Salud captará y evaluará precozmente al menos al 50% de los pacientes y sus familias subsidiarios de ser atendidos por el Programa de Cuidados Paliativos incrementando hasta el 70% este porcentaje a finales de 1999, y al menos al 90% de los mismos para el año 2001.

314. A partir de la instauración del Programa de Cuidados Paliativos el Servicio Canario de Salud iniciará la incorporación gradual de los sujetos afectos de enfermedad terminal de causa no oncológica (SIDA, EPOC, entre otras).

Objetivos de formación y educación para la salud.

315. Antes del primer trimestre de 1997, el Servicio Canario de Salud promoverá ante las organizaciones no gubernamentales (AECC y Cruz Roja), las acciones oportunas para el desarrollo de cursos de formación continuada al voluntariado sobre la prestación de cuidados paliativos.

Objetivos de necesidades de información.

316. Durante 1997 el Servicio Canario de Salud creará un registro de todos los pacientes subsidiarios de cuidados paliativos.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para las infecciones nosocomiales

Para conocer la situación de las [infecciones nosocomiales](#) en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos.

Objetivos generales.

1. Reducir la morbi-mortalidad asociada a la infección nosocomial en los hospitales de Canarias.
 2. Para 1997 se reducirá la incidencia de pacientes con infecciones nosocomiales de forma homogénea en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma.
 3. Para 1997 se reducirá la incidencia de infecciones nosocomiales, de forma homogénea, en los hospitales de Canarias.
-

Objetivos específicos.

Objetivos de reducción de riesgos.

317. A principios de 1997 la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos de cada hospital creará las normas y protocolos sobre prevención y tratamiento de la infección nosocomial, de modo consensuado, para todos los servicios de los hospitales de la red del Servicio Canario de Salud.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

318. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud coordinará la elaboración y el seguimiento de un programa para el control de la infección nosocomial en Canarias.
319. En el primer semestre de 1997, el Servicio Canario de Salud deberá instaurar el Programa para el Control de la Infección Nosocomial en todos los hospitales de la red pública y privada concertada.
320. Durante 1997, el Servicio Canario de Salud garantizará el funcionamiento de la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos en los hospitales de la red pública de Canarias.
321. Antes de que finalice 1997, el Servicio Canario de Salud garantizará que todos los hospitales de referencia de la red pública posean una Unidad de Medicina Preventiva, que servirá de apoyo al resto de hospitales.

Objetivos de formación y educación para la salud.

***. Quedan recogidos en el epígrafe de [formación](#) dentro del apartado de "las condiciones necesarias para consolidar el Plan".

Objetivos de necesidades de información.

322. Para 1997 el Servicio Canario de Salud desarrollará periódicamente estudios de incidencia de infecciones nosocomiales en áreas hospitalarias críticas.
323. A partir de la aprobación del Plan el Servicio Canario de Salud deberá emitir periódicamente la información microbiológica que permita detectar brotes epidémicos y conocer los patrones de multirresistencia intrahospitalaria.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Objetivos para sanidad ambiental

Para conocer la situación de la **sanidad ambiental** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [sanidad ambiental](#), [contaminación atmosférica](#), [aguas de consumo](#), [aguas residuales](#), [aguas recreativas y costeras](#), [residuos sólidos urbanos, industriales, tóxicos y peligrosos](#).

Objetivos generales para la sanidad ambiental.

1. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias desarrollará la legislación necesaria para la adecuada coordinación de las tareas de vigilancia y control de calidad del aire, aguas y suelo.

Apartados de la sanidad ambiental:

- [Contaminación atmosférica.](#)
 - [Residuos.](#)
 - [Productos fitosanitarios.](#)
 - [Aguas de consumo humano.](#)
 - [Aguas residuales.](#)
 - [Aguas recreativas costeras.](#)
-

Objetivos generales para la contaminación atmosférica.

1. Antes del año 2001, el Servicio Canario de Salud completará el sistema de vigilancia y control de la calidad del aire en las islas, para garantizar la protección de la salud de la población.
 2. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias, establecerá los criterios de coordinación entre los distintos departamentos y administraciones al objeto de mejorar la eficiencia en la vigilancia y control de la contaminación atmosférica.
-

Objetivos específicos para la contaminación atmosférica.

Objetivos de reducción de riesgos.

324. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias, intensificará el control del cumplimiento de la normativa vigente sobre fuentes de polución específicas de Canarias (potabilizadoras, refinerías, plantas de incineración municipales, hornos crematorios, etc.).
325. Antes de que finalice 1998 el Servicio Canario de Salud dispondrá de un sistema de información dirigido a la población general, sobre el estado del medio ambiente atmosférico en los núcleos poblacionales de mayor riesgo.
326. Antes de 1999 el Gobierno de Canarias habrá desarrollado las actuaciones necesarias para que los niveles de inmisión de dióxido de azufre y partículas en suspensión permanezcan por debajo del valor umbral legalmente establecido.
327. Antes de 1999 el Gobierno de Canarias habrá promovido las actuaciones necesarias para que los niveles de inmisión de los óxidos de nitrógeno y aquellos otros contaminantes atmosféricos que pudieran adquirir significación en el futuro, permanezcan en Canarias por debajo del valor umbral legalmente establecido.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

328. Antes de que finalice 1997, el Servicio Canario de Salud deberá disponer de los medios técnicos necesarios que garanticen el adecuado funcionamiento de la red de vigilancia y control de la contaminación atmosférica.
329. Antes de que finalice 1998, el Servicio Canario de Salud habrá integrado en una sola red de control a la totalidad de los sistemas de medida de niveles de inmisión de contaminantes atmosféricos (tanto públicos como privados) en el archipiélago canario.
330. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará periódicamente medidas de los niveles de inmisión de contaminantes atmosféricos en todo el archipiélago.

Objetivos de formación y educación para la salud.

331. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias fomentará el conocimiento de medidas anticontaminantes entre las empresas con actividades potencialmente contaminadoras de la atmósfera.
332. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias desarrollará campañas informativas sobre el ahorro de energía a efectos de disminuir las emisiones de CO₂ a la atmósfera.
333. Antes de que finalice 1998, el Servicio Canario de Salud desarrollará campañas informativas sobre formas de contribución a la mejora de la calidad del aire.

Objetivos de necesidades de información.

334. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud promoverá estudios epidemiológicos sobre el posible impacto en la salud de los principales contaminantes atmosféricos registrados en las áreas de influencia de fuentes emisoras.

335. Antes de que finalice 1997 el Gobierno de Canarias dispondrá de un censo de fuentes de contaminación atmosférica en el Archipiélago Canario (fuentes fijas y móviles) con indicación de los agentes contaminantes y sus cantidades emitidas a la atmósfera.
-

Objetivos generales para los residuos.

1. Antes del año 2001 el Gobierno de Canarias garantizará la adecuada gestión de los residuos urbanos, tóxicos y peligrosos y sanitarios.
-

Objetivos específicos para los residuos.

Objetivos de reducción de riesgos.

336. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias promoverá las actuaciones coordinadas, con las administraciones competentes, para asegurar la calidad del servicio y el adecuado mantenimiento higiénico-sanitario de los receptáculos de recogida de residuos urbanos en los núcleos de población (contenedores, papeleras, ...).
337. Antes del año 1998, el Gobierno de Canarias garantizará la existencia de puntos de vertidos controlados para residuos inertes (escombros, chatarra, etc.).
338. Antes de finales de 1998, el Servicio Canario de Salud establecerá un sistema de gestión interna de residuos sanitarios en la red de atención sanitaria pública y privada.
339. Antes de finales de 1998, el Servicio Canario de Salud promoverá las actuaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de un sistema de recogida y eliminación de los residuos sanitarios.
340. Para el año 2000, el Gobierno de Canarias habrá desarrollado la legislación autonómica en materia de residuos.
341. Antes del año 2001 el Gobierno de Canarias garantizará la gestión adecuada de los residuos sólidos urbanos en el archipiélago canario.
342. Antes del año 2001 el Gobierno de Canarias garantizará la existencia de vertederos controlados de residuos sólidos urbanos en cada una de las islas del archipiélago, con capacidad suficiente para el horizonte 2020 como mínimo.
343. Durante la vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias, promoverá las actuaciones necesarias para la eliminación de la totalidad de los vertederos incontrolados en las islas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

344. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias incrementará los puntos de recogida de residuos de carácter especial (papel, vidrio, pilas, etc.), difundiendo, además, públicamente su ubicación.
345. El Gobierno de Canarias aumentará progresivamente el control de la eliminación supervisada de los residuos tóxicos y peligrosos, alcanzando para el año 2001 al menos al 80% de éstos.

Objetivos de formación y educación para la salud.

346. A partir de la aprobación del Plan, la Consejería de Política Territorial desarrollará campañas periódicas de concienciación ciudadana, al objeto de racionalizar la generación de residuos sólidos.
347. Antes de finales de 1998, las Administraciones Locales en colaboración con el Gobierno Autónomo, desarrollarán campañas de sensibilización y educación ciudadana que garanticen la eliminación adecuada de los residuos domiciliarios (bolsas adecuadas y bien cerradas y eliminación en el horario estipulado).
348. Antes de finales de 1998, el Servicio Canario de Salud desarrollará actividades de formación entre el personal de las redes de asistencia sanitaria pública y privada, al objeto de asegurar la adecuada clasificación intracentro de los residuos sanitarios.

Objetivos de necesidades de información.

349. Antes de diciembre de 1998, la Consejería de Política Territorial realizará el inventario y caracterización de los productores de residuos tóxicos y peligrosos.
-

Objetivos generales para los productos fitosanitarios.

1. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias potenciará el control del uso racional de plaguicidas en Canarias.
 2. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias, reducirá los factores de riesgo vinculados al manipulador de plaguicidas en nuestra Comunidad.
-

Objetivos específicos para los productos fitosanitarios.

Objetivos de reducción de riesgos.

350. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud promoverá la realización de procedimientos de diagnóstico precoz sobre intoxicaciones crónicas por plaguicidas; en el seno de los exámenes periódicos de salud realizados por las mutuas laborales.

351. Antes de 1999, el Gobierno de Canarias potenciará la vigilancia e inspección de la comercialización y utilización de plaguicidas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

352. Antes de que finalice 1997, el Servicio Canario de Salud propondrá la creación de la Comisión Interdepartamental de Plaguicidas al objeto de coordinar el desarrollo, seguimiento y evaluación de la problemática del sector.

353. Antes de que finalice 1997, la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación potenciará las actuaciones necesarias para el fomento de un control integrado de las plagas agrícolas (control biológico, prácticas de cultivo, etc.).

354. Antes de que finalice 1999, la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación contará al menos con un laboratorio acreditado para el análisis de residuos de plaguicidas.

Objetivos de formación y educación para la salud.

355. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará el desarrollo de Programas de Formación para el personal manipulador de productos plaguicidas.

356. A partir de 1998, el Servicio Canario de Salud promoverá actividades de formación continuada del personal sanitario, en relación a los problemas de salud originados por los productos plaguicidas.

Objetivos de necesidades de información.

357. A partir de 1997, el Servicio Canario de Salud deberá conocer la incidencia de las intoxicaciones agudas relacionadas con el uso de plaguicidas que hayan requerido atención sanitaria.

358. Antes de que finalice el año 2001, la Consejería de Agricultura, Pesca y Alimentación habrá elaborado un mapa zonal de cultivos y usos de plaguicidas.

Objetivos generales para las aguas de consumo humano.

1. El Gobierno de Canarias velará para que el agua de consumo público utilizada en Canarias reúna las adecuadas garantías de calidad sanitaria.

Objetivos específicos para aguas de consumo humano.

Objetivos de reducción de riesgos.

359. El Servicio Canario de Salud potenciará sus actuaciones inspectoras para garantizar que toda la población canaria reciba agua debidamente desinfectada.
360. El Servicio Canario de Salud completará la Red de Vigilancia de Agua Potable de consumo público en el archipiélago.
361. El Servicio Canario de Salud dispondrá de la infraestructura que garantice el adecuado estado higiénico-sanitario de los sistemas de abastecimiento de agua potable.
362. A lo largo de 1997 se pondrán en marcha las medidas previstas por los Cabildos y la Dirección General de Aguas para corregir el exceso de nivel de flúor en las aguas de abastecimiento público.
363. Para el año 1998 el Gobierno de Canarias, Cabildos y Ayuntamientos, reducirán al menos en un 50% el número de personas que reciben aguas con exceso de flúor en las islas de Tenerife y Gran Canaria (nivel basal 1991 del 27%).
364. Antes del año 2001 deberán estar adecuadamente rotuladas todas las fuentes públicas de acuerdo con la calidad del agua que suministren.
365. Durante la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará los programas especiales de seguimiento y vigilancia de los contenidos de magnesio, flúor, nitratos, cloruros, sodio, sulfatos en las aguas de consumo público.
366. Antes del año 2001 el Servicio Canario de Salud exigirá el adecuado control sanitario de las aguas de consumo en aquellos núcleos de población que no participen de la red de abastecimiento público.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

367. El Gobierno de Canarias y las administraciones competentes deberán adoptar las medidas necesarias para corregir las deficiencias higiénico-sanitarias detectadas en la infraestructura de los sistemas de abastecimiento.
368. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud desarrollará las normas legislativas sobre la utilización de agua desalada para el abastecimiento público.
369. Durante 1998, el Servicio Canario de Salud garantizará la existencia de sistemas de desinfección, automáticos y homologados, en todos los depósitos abastecedores de agua potable de consumo público en Canarias.

Objetivos de formación y educación para la salud.

370. Antes de finalizar 1998 el Servicio Canario de Salud estará en disposición de ofrecer cursos de formación sanitaria para el personal encargado de los sistemas de abastecimiento de agua potable de consumo público.

Objetivos de necesidades de información.

371. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud dispondrá de un censo de todas las fuentes públicas existentes y de información sobre la calidad sanitaria de las aguas que suministren.
 372. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud dispondrá de un censo de todos los núcleos poblacionales que no participen del sistema de abastecimiento de agua potable de consumo público.
 373. Antes de 1998 el Servicio Canario de Salud deberá conocer el mapa poblacional de la distribución de aguas, en relación con la calidad de las mismas y en particular con respecto al flúor, nitratos, magnesio, sodio, cloruros y sulfatos.
 374. Antes de 1999 el Servicio Canario de Salud desarrollará procedimientos de información dirigidos al público para dar a conocer la calidad de las aguas potables de consumo.
 375. Antes del año 2001, el Servicio Canario de Salud completará el censo de las empresas distribuidoras de agua potable de consumo público.
-

Objetivos específicos para aguas residuales.

Objetivos de reducción de riesgos.

376. Durante el año 1997, el Servicio Canario de Salud controlará sanitariamente el 100% de las aguas residuales depuradas.
377. Durante el periodo de vigencia del Plan, el Gobierno de Canarias potenciará la inspección de las características higiénico-sanitarias de los productos agrícolas regados con aguas residuales.
378. Durante la vigencia de este Plan, el Gobierno de Canarias promoverá acciones ante los ayuntamientos e industrias al objeto de legalizar, al menos el 90% de los vertidos al mar procedentes de industrias contaminantes y zonas turísticas.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

379. A partir de la aprobación del Plan de Salud la Consejería de Obras Públicas elaborará el proyecto sobre la red de saneamiento de los núcleos poblacionales de Canarias.

Objetivos de formación y educación para la salud.

380. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud informará a la población sobre los riesgos potenciales asociados a la exposición a las aguas residuales.

Objetivos de necesidades de información.

381. Durante el año 1997, las Consejerías de Obras Públicas y de Política Territorial deberán haber elaborado un censo de vertidos de aguas residuales.

Objetivos generales para las aguas recreativas costeras.

1. Conseguir que las playas de Canarias alcancen una calidad sanitaria óptima tanto en lo referente a las aguas de baño como a la zona periplayera.
-

Objetivos específicos para aguas recreativas costeras.

Objetivos de reducción de riesgos.

382. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud actualizará periódicamente la red de vigilancia y control sanitario de las playas.
383. A partir de la aprobación del Plan, el Ministerio de Obras Públicas, en colaboración con los ayuntamientos, vigilará el cumplimiento de la normativa sobre acampadas en zonas costeras.
384. Durante 1998, el Servicio Canario de Salud controlará sanitariamente las aguas de baño y zonas periplayeras.
385. Antes de 1998, el Servicio Canario de Salud actualizará la normativa existente sobre la calidad higiénico-sanitaria exigible a las piscinas de uso público.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

386. A partir de la aprobación del Plan, el Ministerio de Obras Públicas, la Consejería de Política Territorial y los ayuntamientos crearán, progresivamente, la infraestructura sanitaria necesaria en las playas.
387. Para 1999 el 50% de las playas en Canarias deberán cumplir los parámetros sanitarios establecidos para alcanzar la bandera azul.

Objetivos de necesidades de información.

388. Antes de 1998, el Servicio Canario de Salud dispondrá de un registro de piscinas públicas.
-

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751



Objetivos para urgencias sanitarias

Para conocer la situación de las **urgencias sanitarias** en Canarias puede acudir al capítulo respectivo dentro del documento 2, Análisis de Estado de Salud y Disponibilidad de Recursos: [recursos sanitarios](#).

Objetivos generales

1. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará la respuesta rápida y adecuada a las urgencias sanitarias.
 2. Durante el periodo de vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud adecuará la prestación de servicios de atención a la urgencia a las necesidades del usuario.
 3. El Servicio Canario de Salud perseguirá la mejora del grado de satisfacción del usuario y sus familiares, en las situaciones urgentes.
 4. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias deberá establecer la coordinación adecuada para optimizar la atención en las situaciones de emergencia colectivas.
-

Objetivos específicos para las urgencias sanitarias

Objetivos de reducción de riesgos.

389. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud canalizará la demanda de atención urgente por situaciones sociales, a través de los cauces de respuesta social.

Objetivos de mejora en la oferta de servicio.

390. En 1997 se alcanzará, al menos el 80% de cobertura poblacional en situaciones de emergencia sanitaria por medio del Organismo Canario Coordinador de la Atención de Urgencias Sanitarias.
391. A lo largo de 1997, el Gobierno de Canarias impulsará la publicación del Reglamento de Transporte Sanitario Urgente y no Urgente.
392. A lo largo de la vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud acreditará las organizaciones prestatarias de servicios de atención urgente (requisitos de personal, características de los recursos, ...).
393. En 1997 se habrá reducido el promedio del intervalo libre de tratamiento en situaciones de emergencia por debajo de 15 minutos, mediante el Organismo Coordinador de la Atención de Urgencias Sanitarias.

394. En 1997 el Servicio Canario de Salud reducirá el intervalo libre de tratamiento, en situaciones urgentes, a 10 minutos en las poblaciones de más de 50.000 habitantes.
395. Antes de 2000, el Servicio Canario de Salud promoverá la construcción de helisuperficies en los hospitales de referencia
396. Durante la vigencia del Plan, el Gobierno de Canarias im-plantará un teléfono único para la atención a todas las cla-ses de emergencias, adaptándose de este modo a la directiva europea.

Objetivos de formación y educación para la salud.

397. El Servicio Canario de Salud fomentará la formación de agentes de emergencia no sanitarios (policías, bomberos, guardias civiles, personal de Cruz Roja, Guardas Forestales, conductores de ambulancias, etc.), según el siguiente cronograma: el 50% al finalizar el año 1997, el 85% al finalizar el año 1999 y el 90% al finalizar el año 2001.
398. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará las actividades de educación sanitaria so-bre la "urgencia" a la población, al objeto de aumentar el grado de autonomía en el manejo de determinados proce-sos de alta demanda y bajo grado de complejidad.
- ***. Se incorpora el objetivo [13](#) de enfermedades cardiovasculares.

Objetivos de necesidades de información.

399. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud monitorizará el análisis de la frecuentación de las urgencias hospitalarias y de los puntos de atención continuada en las Zonas Básicas de Salud, al objeto de conocer mejor los motivos que impulsan a la sociedad a buscar auxilio en cada nivel asistencial.
400. A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud monitorizará la evolución de la mortalidad asociada a la patología urgente.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

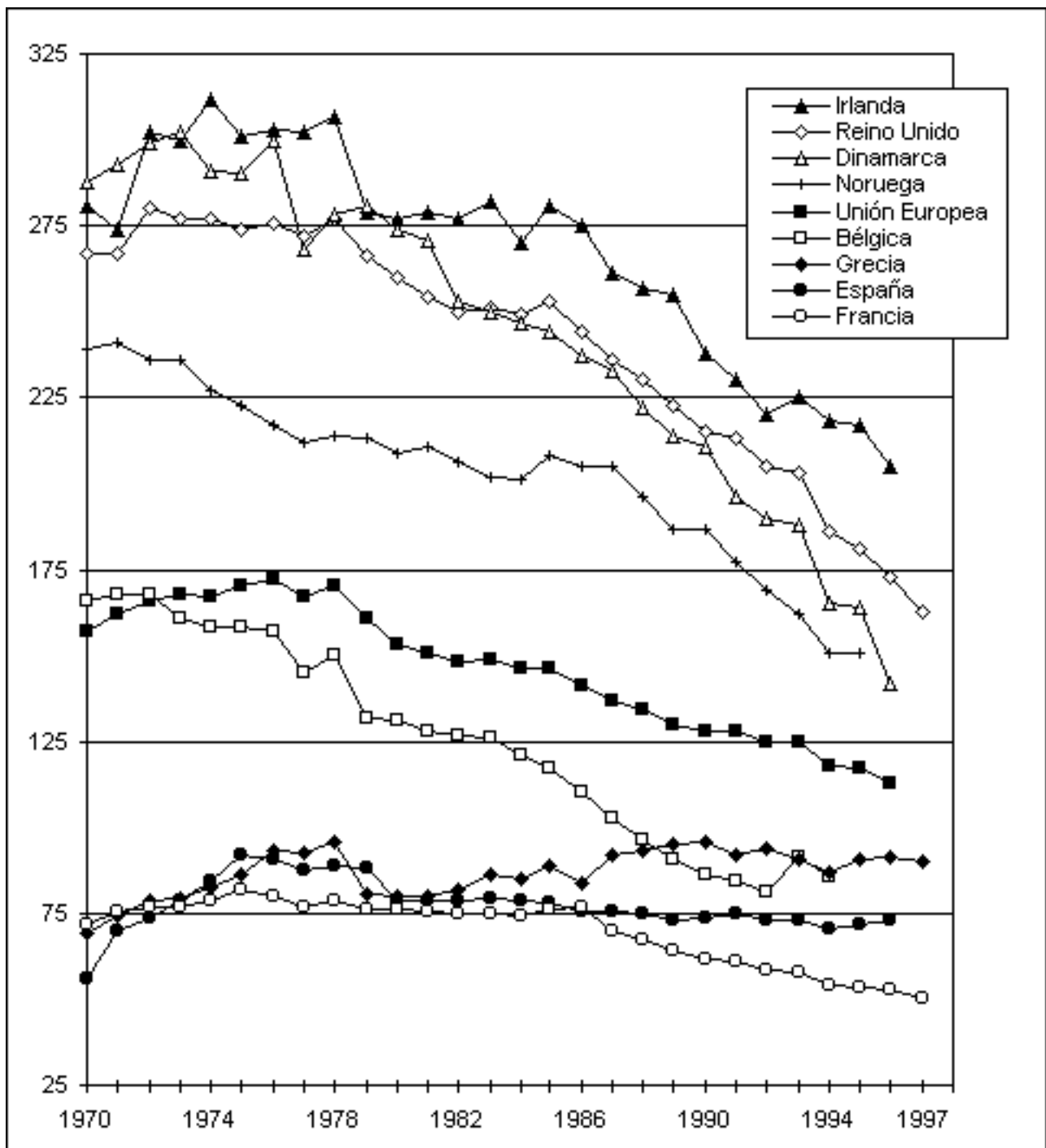


Situación de salud: morbilidad: enfermedades cardiovasculares

Hasta la actualidad, han sido descritos más de 246 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 [1]. 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.

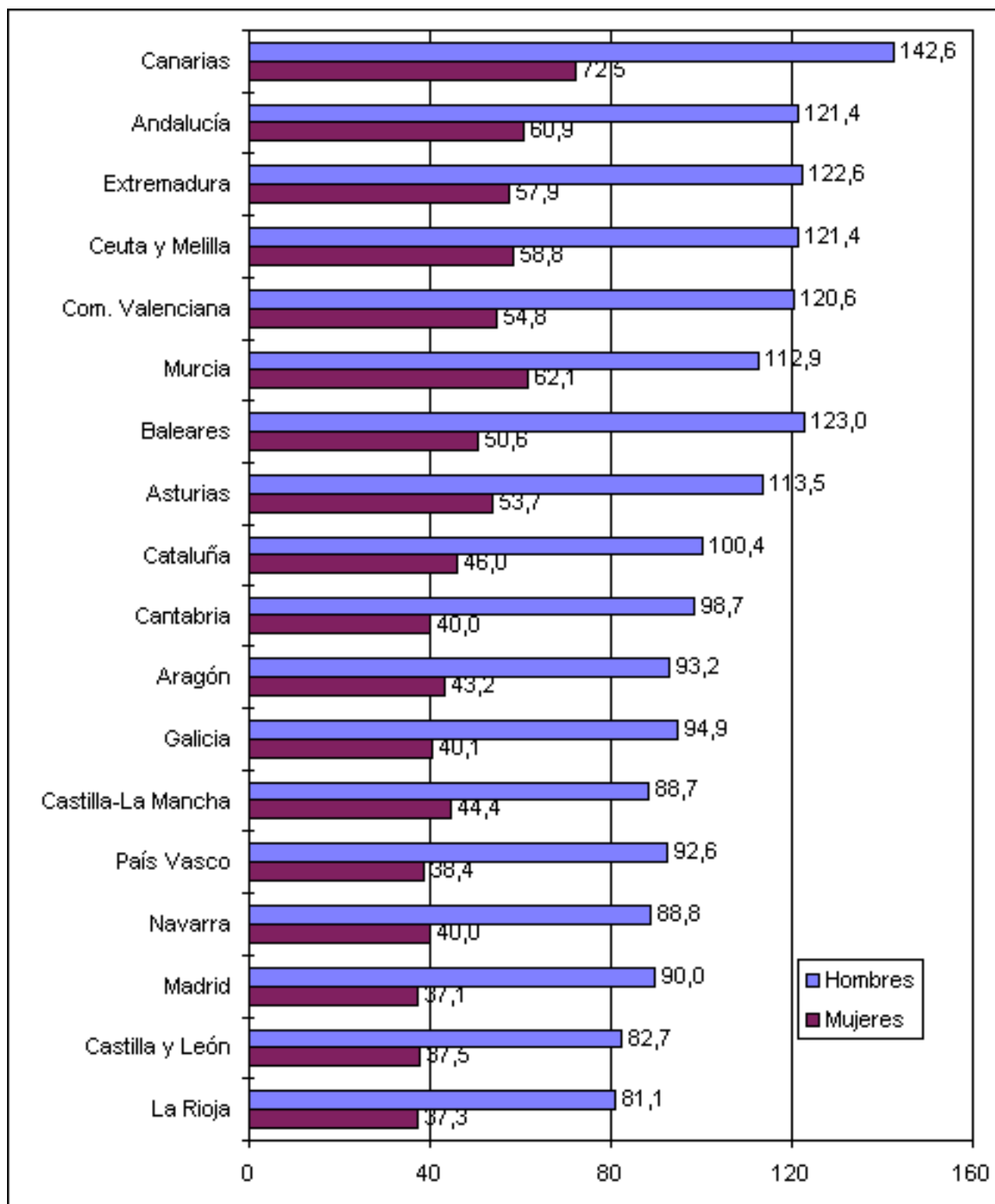
Dado que este grupo de enfermedades constituyen la primera causa de mortalidad tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en el resto de países desarrollados y siendo su reducción potencial altamente sensible a la acción de medidas de promoción de la salud (ejercicio, dieta sana, evitación del tabaco) y de prevención primaria (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 los primeros lugares en el ranking de mortalidad nacional por cardiopatía isquémica (Gráfico 2.E1), y que el inicio del declive de la mortalidad por esta causa aún no se ha iniciado en Canarias, a diferencia de lo acontecido, hace aproximadamente 25 años, en el conjunto general del Estado y en el resto de países desarrollados (Gráfico 1.E1).

Gráfico 1.E1. 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 [2]

Gráfico 2.E1. Tasas estandarizadas (por 10⁵ habitantes) de mortalidad por cardiopatía isquémica según género, por comunidades autónomas. España, 1989-1995



Fuentes: - INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1995 [3 a 15]

- INE: Censo de población y viviendas 1991 [16]

La Tabla I.E1 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 I.E1. Tasas estandarizadas (x 10⁵ hab.) de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca. Canarias, 1995 y 1996

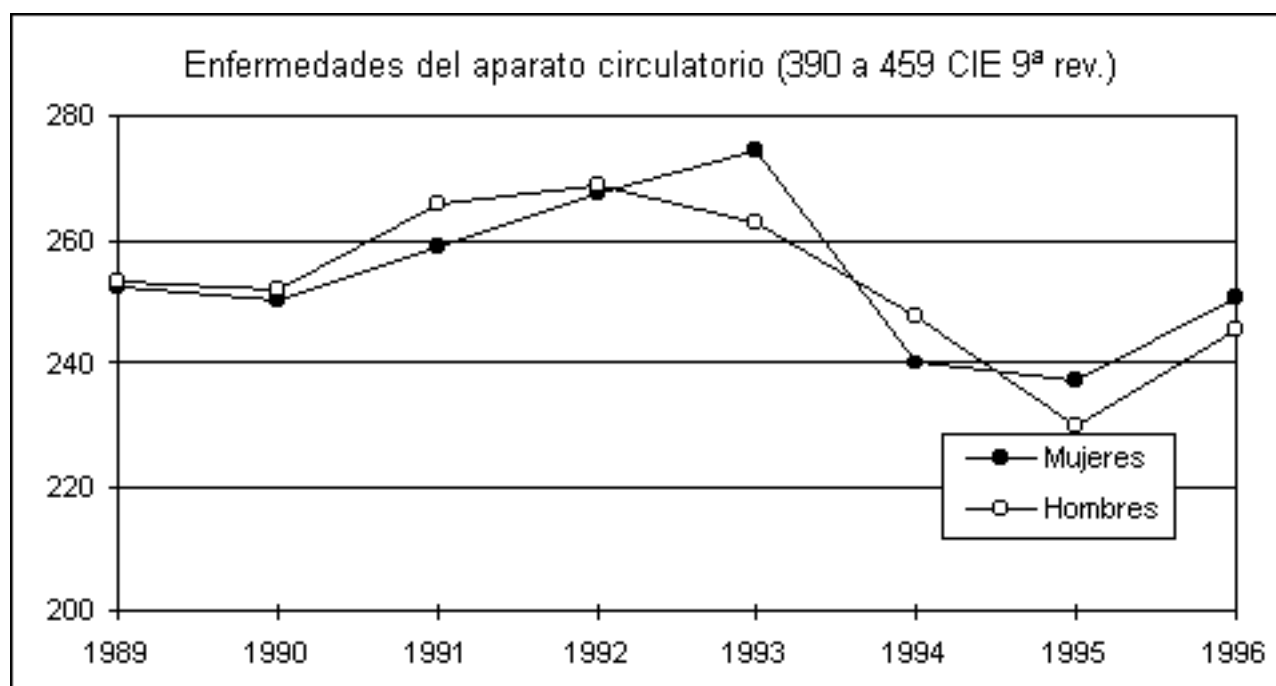
Enfermedad	1995		1996	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Infarto agudo de miocardio	86,36	42,83	84,22	41,40
Otra enfermedad isquémica del corazón	41,10	27,28	44,16	27,07

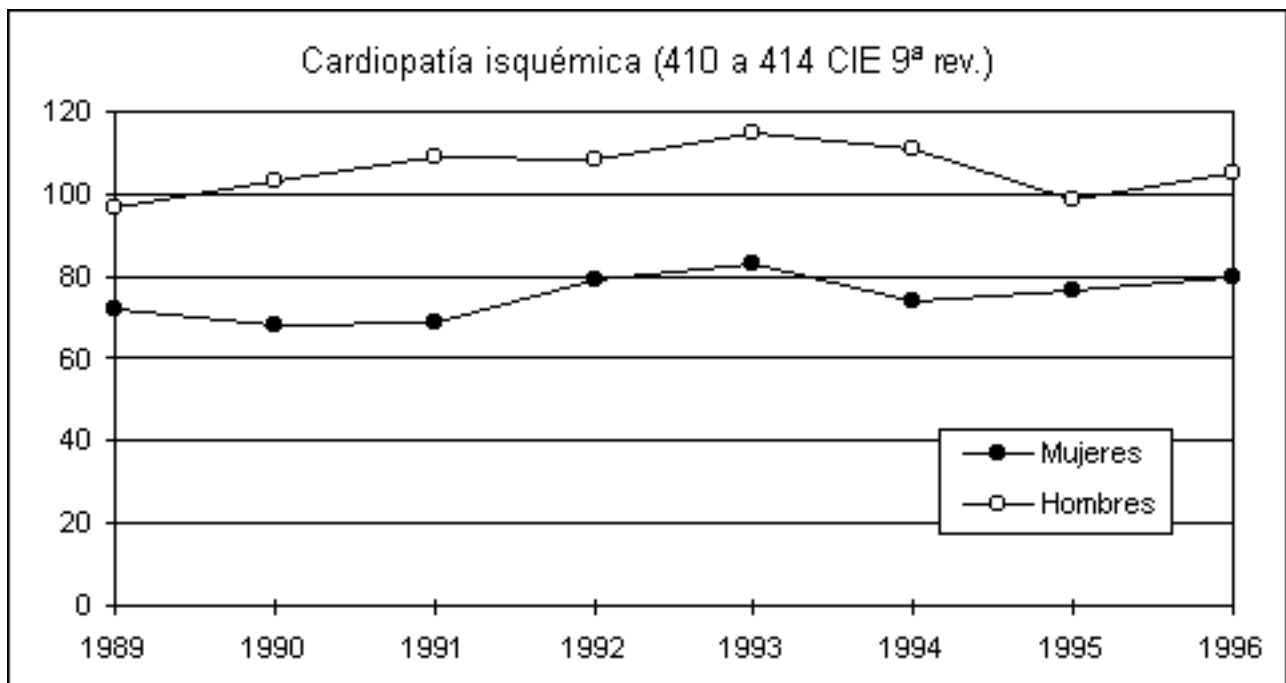
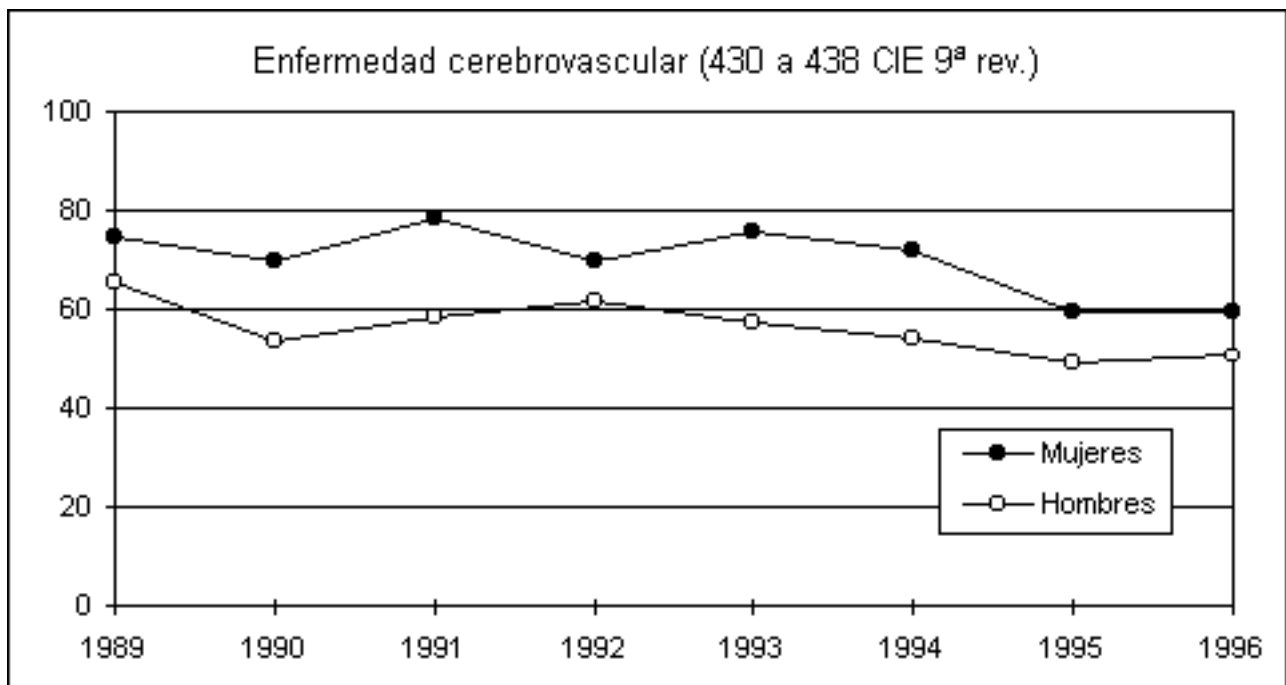
Fuente: - ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996 [17 y 18]

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.

En el Gráfico 3.E1 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 3.E1. Evolución de la tasas específicas (x 10⁵ habitantes) de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según género. Canarias, 1989 a 1996





Fuentes: - INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994 [[3 a 13](#)]

- ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996 [[17 y 18](#)]

- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996 [[19](#)]

- ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991 [[20](#)]

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 [[21](#)]. El exceso de mortalidad es aún más evidente en las zonas turísticas. Al estudiar [[22](#)] esta causa de muerte en los dos 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 [23] por la misma causa y periodo. Estas tasas se encuentran al nivel de las tasas más elevadas del mundo.

El análisis minucioso de la mortalidad por cardiopatía isquémica en estos municipios turísticos de Canarias [22] nos permite deducir que, el exceso de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón que se produce en nuestro archipiélago no tiene que ver, con un exceso de riesgo cardiovascular en la población residente en las zonas turísticas, sino con errores 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.

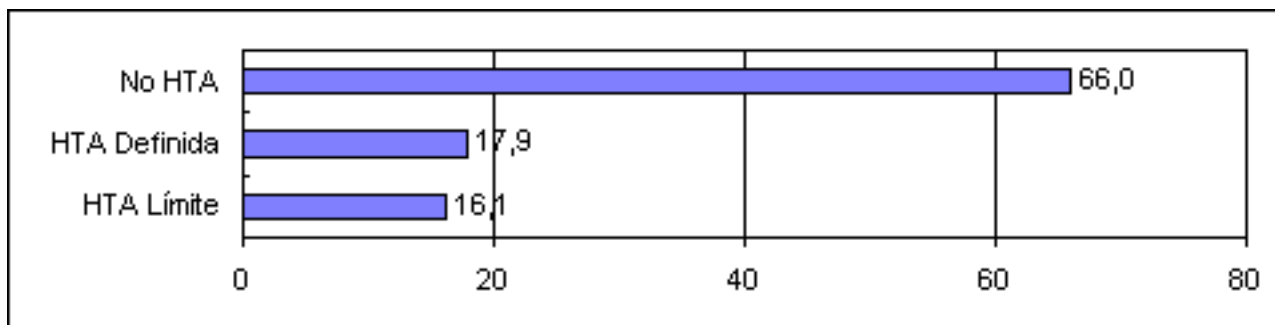
Morbilidad asistida

Las altas por cardiopatía isquémica representan en el conjunto de España el 3,7% del total de altas hospitalarias [24]. En general, la proporción oscila entre 3-4%, salvo en el caso de las comunidades autónomas que no tienen infraestructuras de diagnóstico y/o tratamiento que influye en el número de altas, como la Rioja, Ceuta, Melilla, etc.

Hipertensión arterial

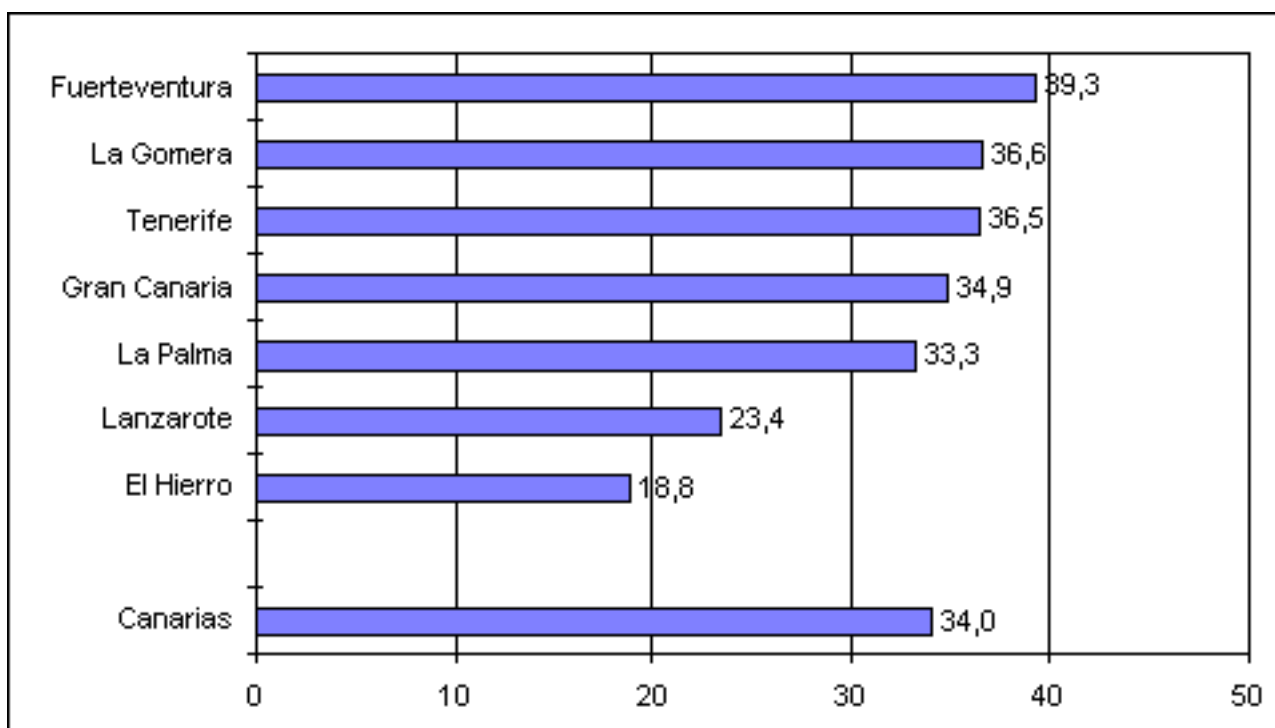
La prevalencia de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Canarias varía, entre otras razones, en relación a la sensibilidad y especificidad de los procedimientos utilizados en la determinación de los mismos. Así, por ejemplo, en relación a la hipertensión arterial (HTA) y utilizando los criterios de la OMS, se comunican cifras de prevalencia del 20% para la población de Tenerife durante el período 1975-1977 [25]. Estudios posteriores en Lanzarote ofrecieron cifras del 24% en 1989 [26]; Gran Canaria del 28% [27] y en El Hierro del 17% [28], siendo publicados estos dos últimos trabajos en 1993 y 1996, respectivamente. Información más reciente de la Encuesta Nutricional de Canarias de 1997-1998 [29], recoge, aplicando los mismos criterios diagnósticos de la OMS, que la prevalencia de HTA en Canarias asciende al 34% para la población comprendida entre 18 y 75 años (Gráfico 4.E1).

Gráfico 4.E1. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en población de 18 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: - Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2 [29]

Gráfico 5.E1. 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 [29]

Tabla II.E1. 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 [29]

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.

Hiperlipoproteinemia

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998 [29], 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 III.E1) 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) (Tablas III.E1 y IV.E1).

En Cataluña se han comunicado en 1998 valores medios algo inferiores (203,9 mg/dl con una DE de 39,7 mg/dl) [30]. En otros estudios realizados en España [31 a 35], 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.) [29].

En Canarias [29], 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 (Tablas III.E1 y IV.E1). La concentración media de triglicéridos en la población de Cataluña resultó ser de 103,9 mg/dl (DE de 75,4 mg/dl) [30].

Tabla III.E1. Distribución de los parámetros lipídicos (en mg/dl) según edad. Valores medios y DT. Canarias, 1997-1998

	Colesterol	HDL colesterol	LDL colesterol	Trigliceridos
< 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 ± 55,4	50,1 ± 17,0	156,2 ± 51,7	146,4 ± 77,6
Total	205,6 ± 52,2	52,7 ± 16,8	130,1 ± 47,7	113,6 ± 69,5

Fuente: - Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4 [36]

Tabla IV.E1. 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 ± 51,3	48,7 ± 15,4	129,3 ± 46,5	117,9 ± 75,4
Mujeres	208,9 ± 52,7	56,0 ± 17,2	130,7 ± 18,7	109,9 ± 64,0
Total	205,6 ± 52,2	52,7 ± 16,8	130,1 ± 47,7	113,6 ± 69,5

Fuente: - Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4 [36]

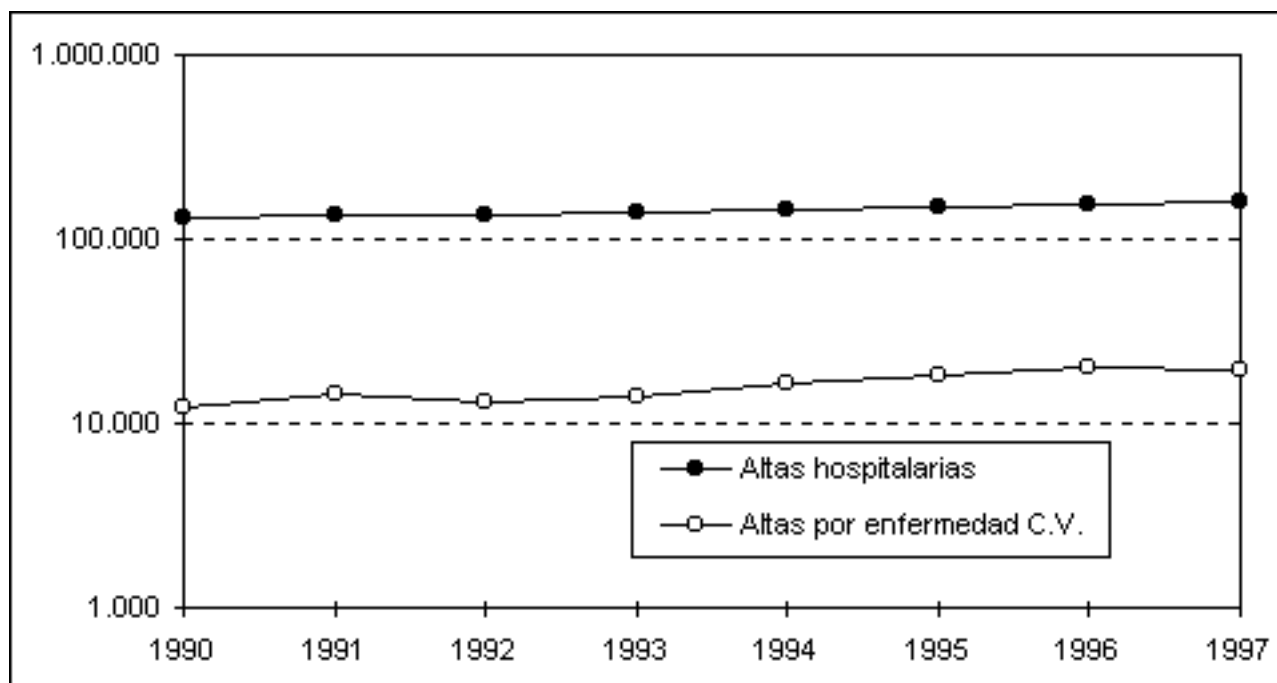
Otros factores de riesgo

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.

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 [44], 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.E1). Para el conjunto del país las cifras fueron de 486.532 y 4.422.263 (lo que representa el 11,00%), respectivamente.

Gráfico 6.E1. Altas hospitalarias por enfermedad cardiovascular. Canarias, 1990 a 1997



Fuente: - INE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de los años 1990 a 1997 [37 a 44]

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 periodo 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%.

Bibliografía

1. **Serrano Aguilar, P.G.** Bloqueadores beta, fibrinógeno y aterosclerosis. Medicina Clínica. Barcelona, 1994. 102: 231-235.
2. **World Health Organization.** Health For All Statistical Database updated June 2001. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Defunciones según la Causa de Muerte 1993. Tomo I: Resultados Básicos. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996.
11. **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.
12. **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.
13. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Defunciones según la Causa de Muerte 1994. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1997.
14. **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.
15. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1998.
16. **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.
17. **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.
18. **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.
19. **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
20. **Grupo especial de trabajo sobre coordinación en materia de VIH/Sida.** Marco de principios rectores para la coordinación en materia de VIH/Sida a nivel de país. OMS, Ginebra, 1994.
21. **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.
22. **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.
23. **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.
24. **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.
25. **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.
26. **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.
27. **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.
28. **Domínguez Coello, S.** Estudio de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la isla de El Hierro. Tesis doctoral, 1996.
29. **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.
30. **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.
31. **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.
32. **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.
 33. **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.
 34. **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.
 35. **Segura Frago, 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.
 36. **Servicio del Plan de Salud e Investigación del Servicio Canario de Salud.** Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4: Evaluación bioquímica del estado nutricional. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, 2000. ISBN: 84-89454-29-9.
 37. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1990. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1993. ISBN: 84-260-2820-9.
 38. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1991. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1994. ISBN: 84-260-2886-1.
 39. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1992. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1995. ISBN: 84-260-2987-6.
 40. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1993. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996. ISBN: 84-260-3167-6.
 41. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1994. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1996. ISBN: 84-260-3189-7.
 42. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1995. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1998. ISBN: 84-260-3367-9.
 43. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1996. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 1999. ISBN: 84-260-3427-6.
 44. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1997. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid, 2000. ISBN: 84-260-3463-2.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte en Canarias, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares [8]. 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 [2].

Dada la importancia del cáncer, en 1993-1994 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 (86% de la población). La información recogida ha proporcionado los datos de la incidencia de cáncer de 1993 a 1995, para ambas áreas de salud [1 a 3]. Será necesario disponer de una serie temporal más amplia para lograr una mayor estabilidad de los datos, que nos permita establecer conclusiones definitivas sobre la evolución de la incidencia y su comparación con los datos de otros registros; así como incorporar la información procedente de las cinco áreas de salud restantes, para conocer el impacto y la distribución de este importante problema de salud.

Incidencia

El número de casos nuevos de cáncer registrados en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife en 1995 [3] ha aumentado, con respecto al año anterior [2], un 13% y un 17,5% respectivamente. Comparando con el año 1993 [1], ambas islas han sufrido un incremento del 17,5% (Tabla I.E2).

Tabla I.E2. Evolución de los casos nuevos de cáncer según género e islas mayores. Gran Canaria y Tenerife, 1993 a 1995

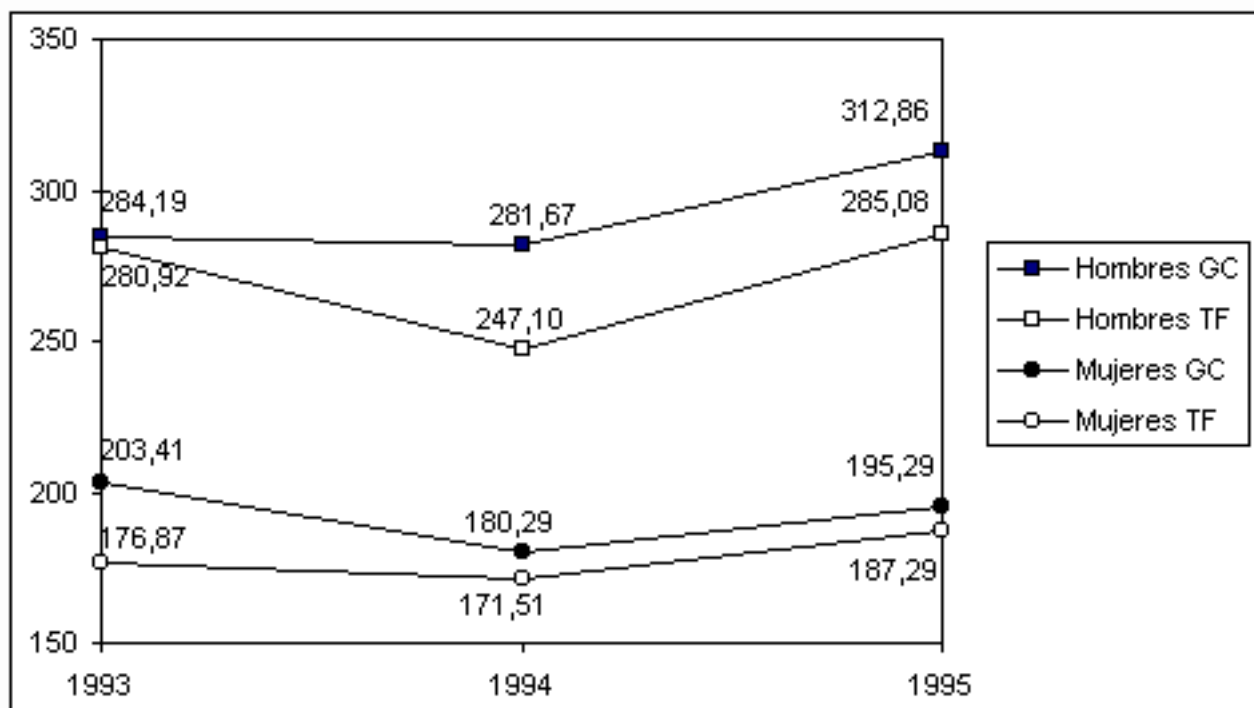
Áreas de salud	1993	1994	1995
Gran Canaria	1.841	1.913	2.163
Hombres	1.010	1.102	1.262
Mujeres	830	811	901
Tenerife	1.732	1.730	2.033
Hombres	990	960	1.149
Mujeres	741	770	884

Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias [1 a 3]

Este número de casos proporciona unas tasas de incidencia ajustadas a población mundial para el

conjunto de tumores en 1995 [3] de $312,86 \times 10^5$ en hombres y $195,29 \times 10^5$ en mujeres para Gran Canaria, y para Tenerife de $285,08 \times 10^5$ y $187,29 \times 10^5$ respectivamente. La evolución de estas tasas de incidencia en el período 1993 a 1995 nos muestra una tendencia ascendente de las mismas (Gráfico 1.E2). El descenso en las tasas de incidencia de 1994 es debido a que, en áreas pequeñas y en estadíos iniciales del desarrollo de un registro, es posible que la incidencia fluctúe de unos años a otros.

Gráfico 1.E2. Evolución de las tasas estandarizadas de incidencia de cáncer de todas las localizaciones, según género para Gran Canaria y Tenerife ($\times 10^5$), 1993-1995

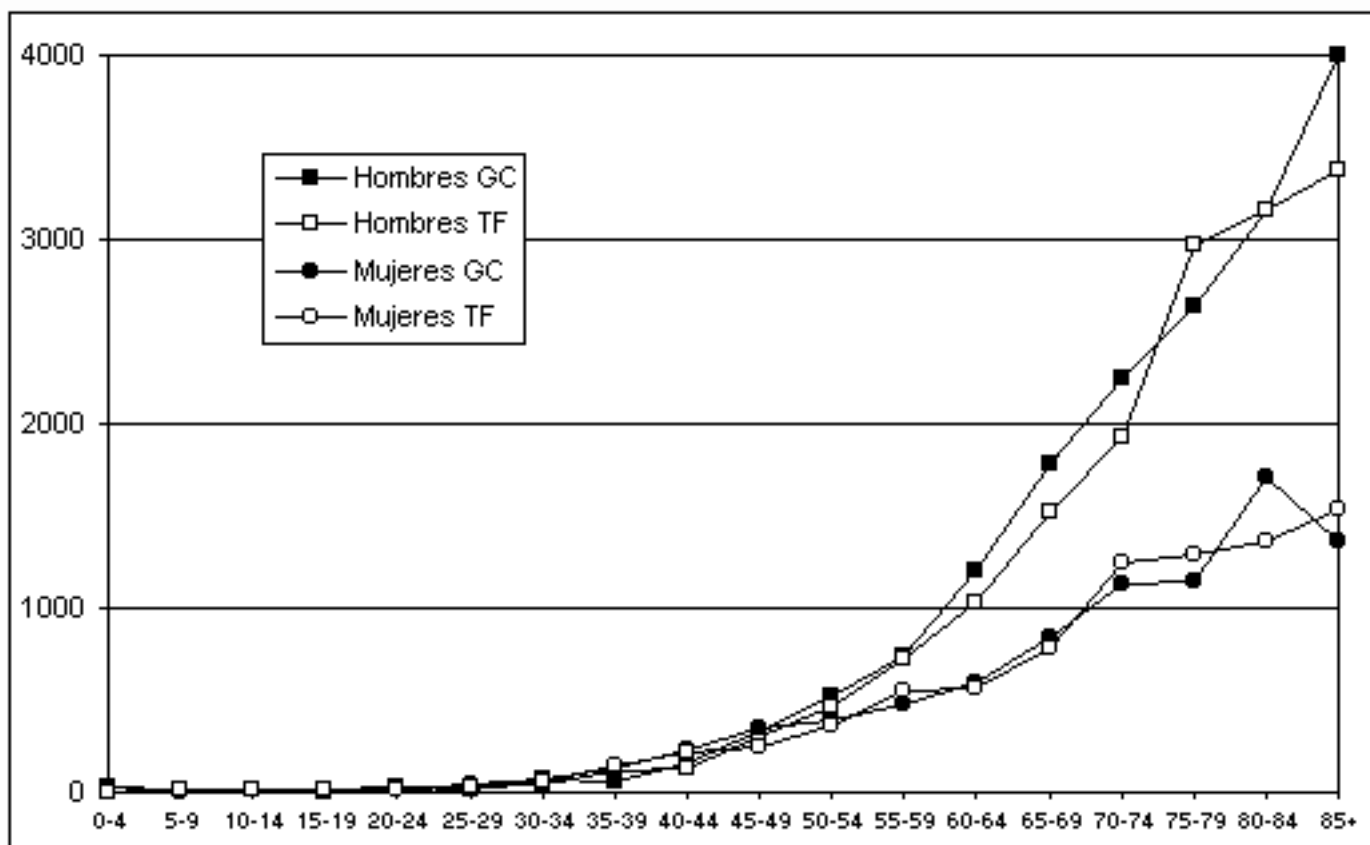


Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias [1 a 3]

Estas tasas sitúan a ambas islas en una posición intermedia respecto a los registros españoles y europeos, y alejadas de las cifras más altas observadas en el ámbito mundial [4].

Considerando todas las localizaciones tumorales, las tasa de incidencia aumenta con la edad [3] (Gráfico 2.E2), elevándose notablemente en el grupo de 35 a 39 años (en los hombres de Gran Canaria, en el grupo de 40 a 44 años), desde el que ascienden de forma más o menos constante hasta alcanzar valores máximos en el grupo de 85 o más años (en las mujeres de Gran Canaria, en el grupo de 80 a 84 años). En los hombres de Tenerife se observa un fuerte ascenso en la tasa de incidencia del grupo de 75-79 años, respecto al grupo de edad inmediatamente inferior.

Gráfico 2.E2. Tasas específicas de incidencia de cáncer de todas las localizaciones, según género y grupos de edad para Gran Canaria y Tenerife ($\times 10^5$), 1995



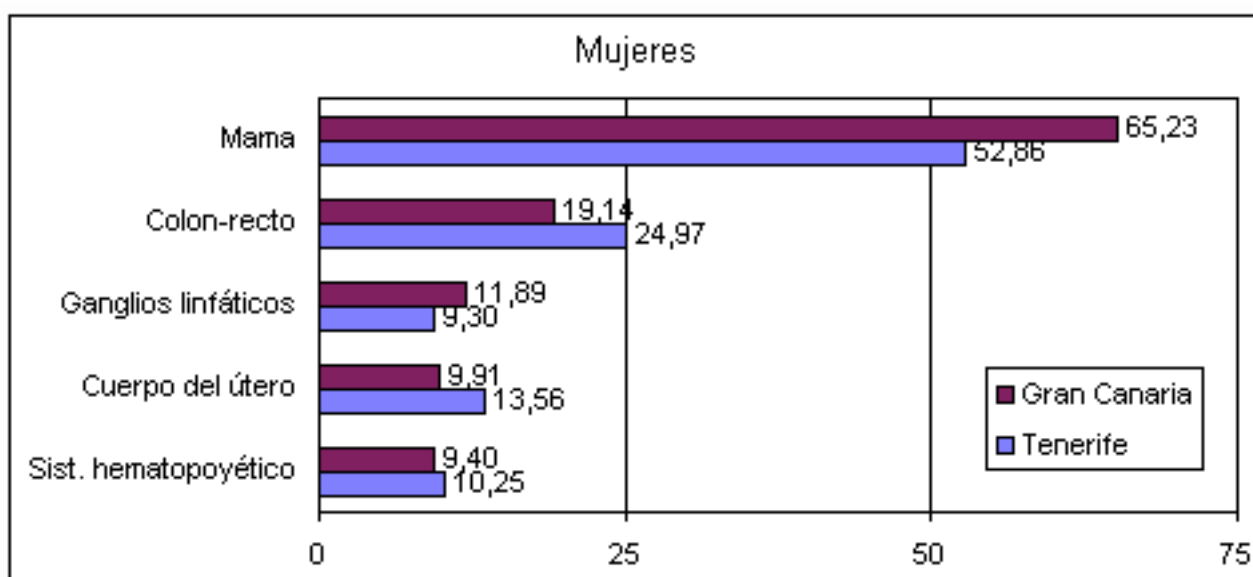
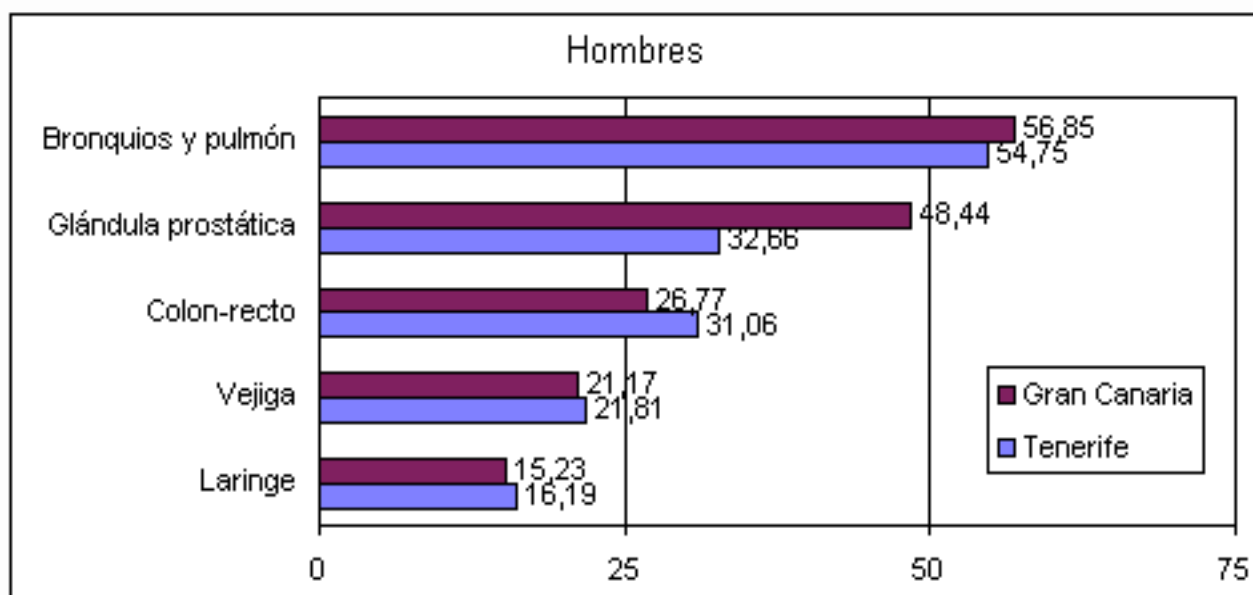
Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias [3]

Tanto para el conjunto de las localizaciones tumorales, como para las neoplasias más frecuentes, a excepción de la mama, se observa un mayor número de casos entre los hombres de las dos islas [1 a 3]; destacando la incidencia de los tumores relacionados con el consumo de tabaco. La razón hombre/mujer oscila entre 7 en el cáncer de pulmón y 1,2 en el cáncer de colon [3].

Si bien el cáncer de piel es la neoplasia más frecuente, tanto en nuestra comunidad autónoma como en todo el país, dado que la información suele ser incompleta en las distintas fuentes de datos, el epiteloma basocelular y el cáncer epidermoide de piel no son analizados por los registros poblacionales del cáncer (sí el melanoma). Así pues, las cinco neoplasias más frecuentes en los hombres [3], sin tener en cuenta los de piel no-melanoma, afectan a las siguientes localizaciones: traquea, bronquios y pulmón, próstata, vejiga, colon y laringe, que representan aproximadamente el 50% de los tumores. Si consideramos conjuntamente las localizaciones de colon y recto, éstos ocuparían el tercer lugar (Gráfico 3.E2).

En las mujeres, las cinco neoplasias más frecuentes [3] difieren de una isla a la otra, en cuanto a la posición que ocupan, si bien los dos primeros lugares son en ambos casos ocupados por el cáncer de mama (que supone el 31% de los cánceres en las mujeres de Gran Canaria, y el 27% en las de Tenerife) y el de colon. En Gran Canaria les siguen los linfomas ganglionares, el cáncer de útero y las neoplasias hematopoyéticas; mientras que en Tenerife la secuencia se continúa con los cánceres de útero, las neoplasias del sistema hematopoyético y los linfomas ganglionares.

Gráfico 3.E2. Tasas estandarizadas de incidencia de cáncer de las localizaciones más frecuentes, según género para Gran Canaria y Tenerife (x 10⁵), 1995



Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias [3]

En 1995, el cáncer de próstata presenta en Gran Canaria tasas de incidencia estandarizadas significativamente más elevadas que en Tenerife; observándose este mismo hecho en los hombres de Gran Canaria para las leucemias [3]. En 1994, este resultado se observó también en hombres para el conjunto de tumores malignos y en mujeres con relación al tumor maligno de hígado [2]. Para extraer conclusiones con respecto a las posibles diferencias significativas existentes entre islas, deberemos esperar a disponer de información al menos de un quinquenio; ya que con la serie temporal con que contamos actualmente, la inestabilidad de los datos ya comentada, hace que las diferencias observadas entre islas varíen de unos años a otros.

El aumento del número de casos de cáncer observado supone a su vez un aumento en el riesgo de padecer cáncer a lo largo de la vida del individuo. Así, el riesgo de desarrollar un cáncer antes de los 75 años, siendo varón, es del 30% en Gran Canaria y del 27% en Tenerife; y, en el caso de ser mujer, este riesgo es del 19% en ambas islas [3].

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 [8]. 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 ($119,10 \times 10^5$) [7] 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) [9].

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 [10] (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.

En los cuatro últimos años [5 a 8], se observa que el número de muertes y las tasas de mortalidad debidas al cáncer, respecto al total de defunciones, siguen aumentando tanto en el conjunto de la población como en ambos géneros (Tabla II.E2). En España, en la última década la evolución ha sido distinta según el género. Así, mientras en las mujeres se observa un descenso del 3,37% de la tasa ajustada por edad, en los hombres se ha producido un incremento del 6,11%. Sin embargo, si tenemos en cuenta los últimos cinco años, en hombres parece haberse detenido ya el incremento de la mortalidad por cáncer, siendo 1995 el año con tasas más altas [9].

Tabla II.E2. Evolución del número de defunciones, mortalidad proporcional y tasas específicas y estandarizadas de mortalidad por cáncer ($\times 10^5$). 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

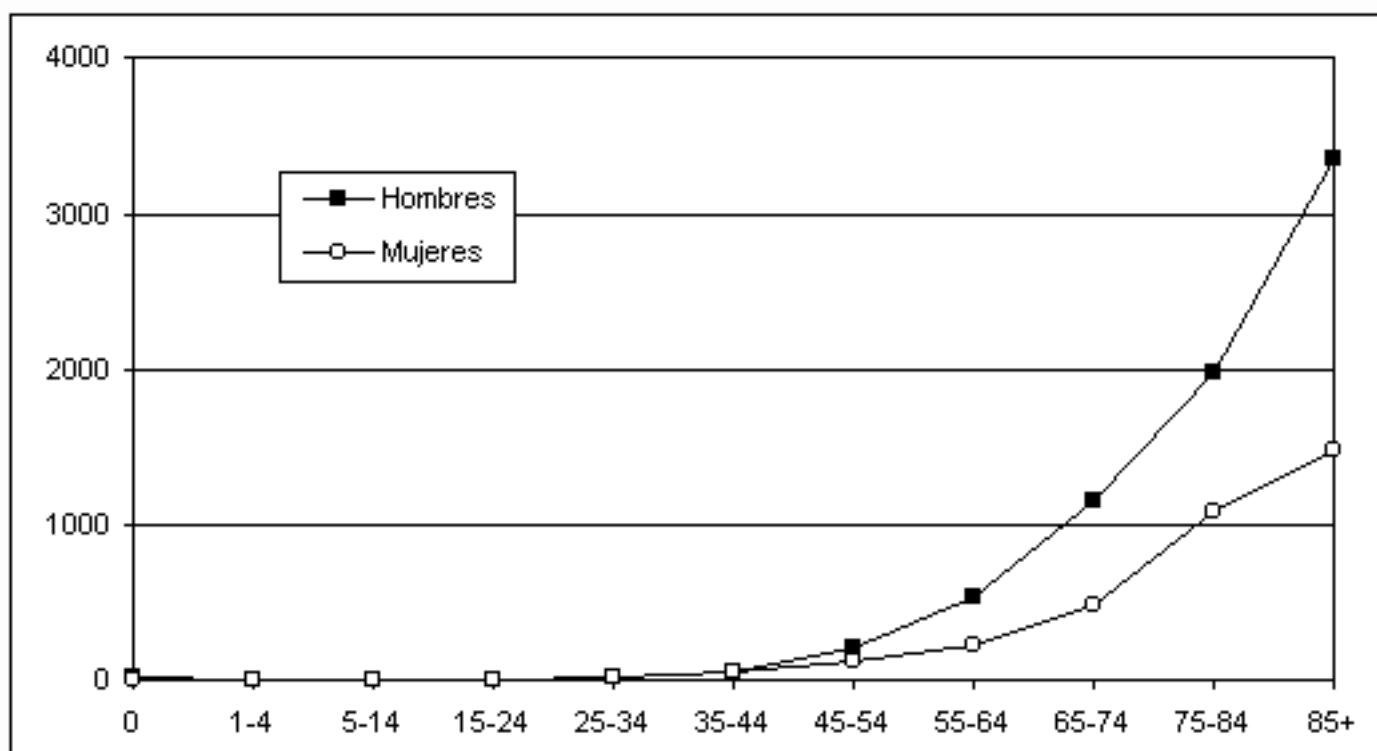
Total

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 [5 a 8]

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 4.E2). 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 [8].

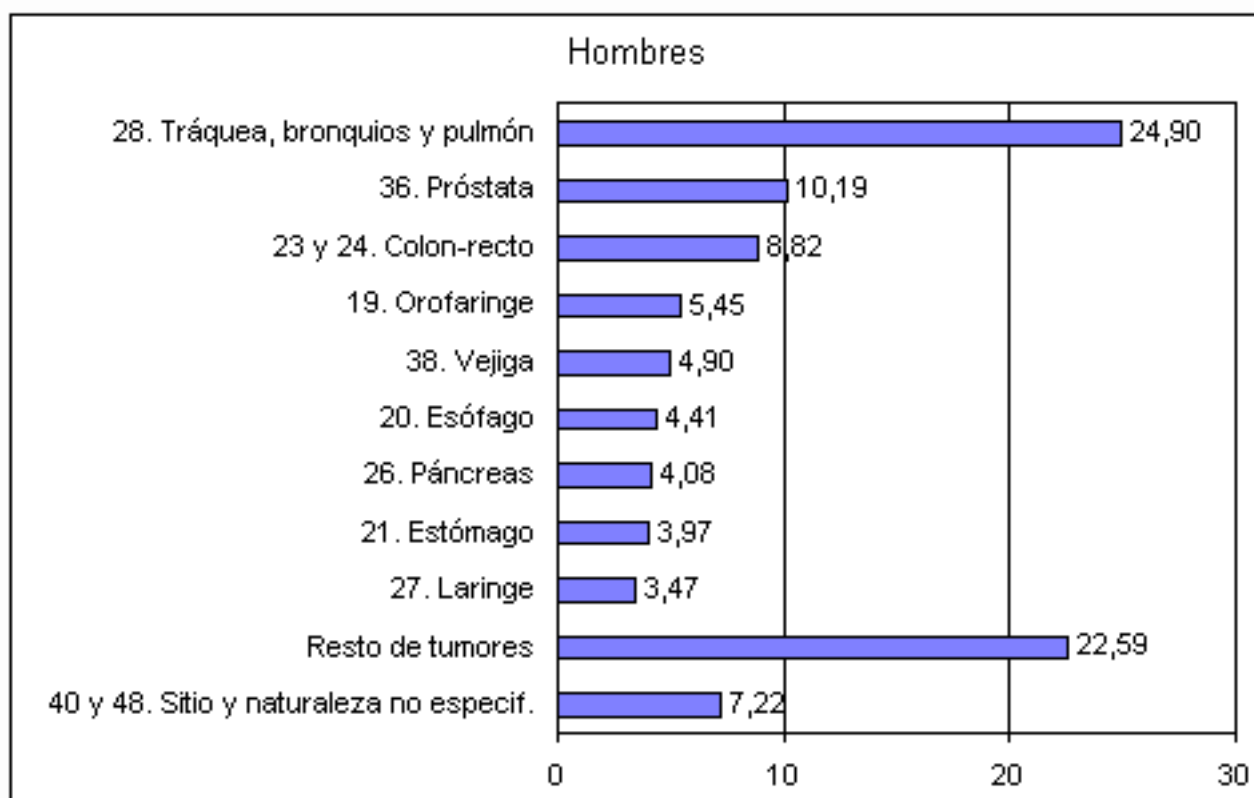
Gráfico 4.E2.
Tasas específicas de mortalidad por cáncer
según grupo de edad y género (x 10⁵). Canarias, 1998

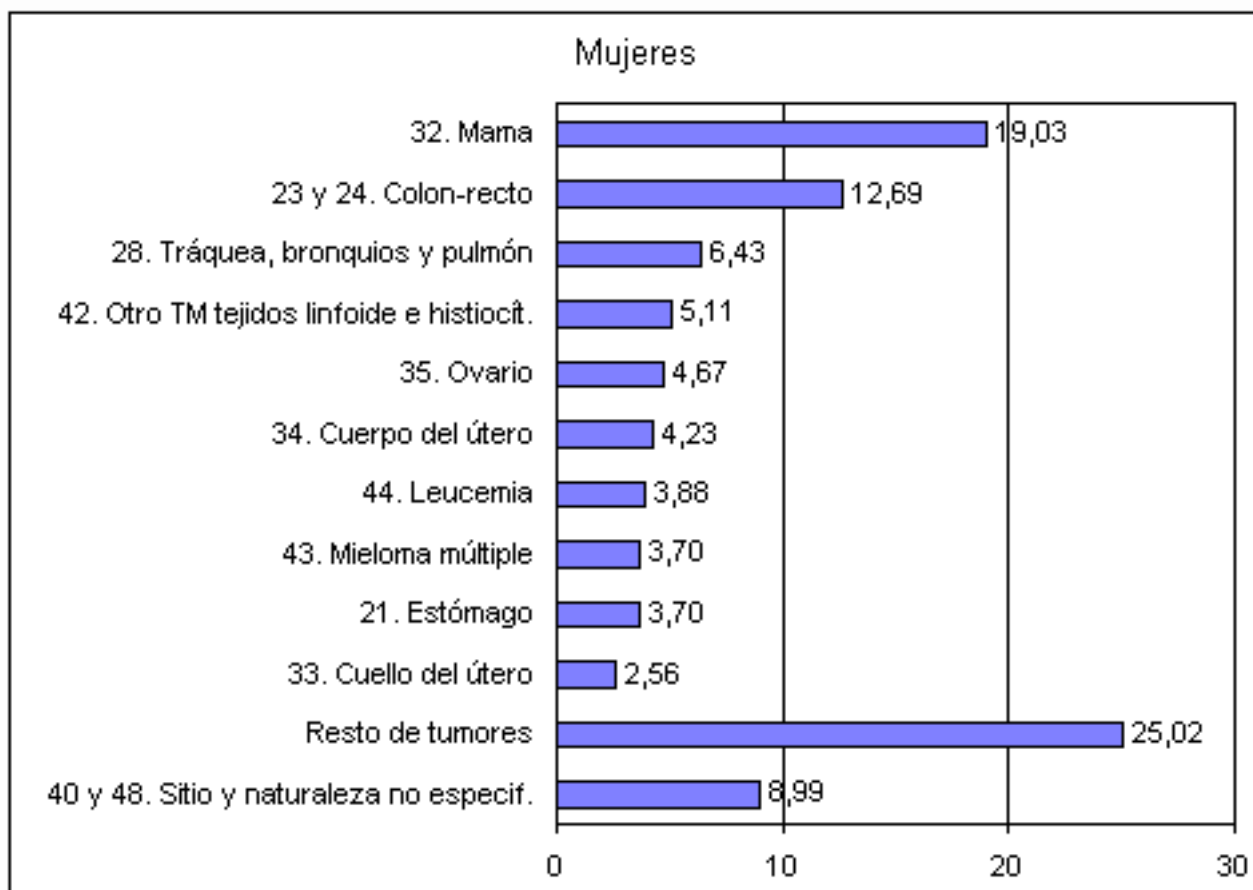


Fuente: - ISTAC: Defunciones Canarias 1998 [8]

Entre las defunciones registradas como cáncer, mueren más hombres que mujeres (62% de varones frente al 38% de mujeres, razón de masculinidad = 1,60). La distribución por edad muestra sin embargo que la mortalidad por tumores comienza a diferenciarse entre hombres y mujeres a partir de los 44 años. En el Gráfico 5.E2 se muestra la mortalidad proporcional por cáncer en Canarias, según sexo y distribuidos según la localización del tumor. En 1998, los tumores que condicionan mayor mortalidad en el género masculino son los de tráquea, bronquios y pulmón (tercera causa global de muerte en varones y quinta en población general), próstata, colon-recto y orofaringe; mientras que en el sexo femenino, las neoplasias de mayor mortalidad son el cáncer de mama (sexta causa global de muerte en mujeres), colon-recto, tráquea, bronquios, y pulmón, otros tumores malignos del tejido linfóide e histiocítico y ovario [8].

Gráfico 5.E2. Mortalidad proporcional por cáncer, según principales localizaciones y género (%). Canarias, 1998





Fuente: - ISTAC: Defunciones Canarias 1998 [8]

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 [8].

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 [8].

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 [11,12].

Diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer

Un estudio reciente [11] 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 colorrectal 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 [\[12\]](#), 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.

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 realizado por primera vez en España, por parte del Servicio Canario de Salud, incorporando los Grupos Relacionados con el Diagnostico (GDRs) para calcular los costes de los pacientes con neoplasias [13], 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 32.101.084.227 millones de pesetas. Los costes directos se elevaron a 9.525.413.023 millones de pesetas representando un 30% del coste total, lo que supone el 4,4% de gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 7.597.076.617 millones de pesetas; consultas externas con 324.829.876 millones de pesetas; atención primaria con 179.454.262 millones de pesetas y fármacos con 1.424.052.268 millones de pesetas.

Los costes indirectos se elevaron a 22.575.671.204 millones de pesetas representando el 70% del coste total. Al separar los costes indirectos en los dos grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada y por absentismo laboral, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 20.365.654.981 millones de pesetas, mientras que el absentismo laboral ocasiona un coste de 2.210.016.223 millones de pesetas. 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 364.612 días de baja laboral.

Bibliografía

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **World Health Organization.** Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII. International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publication No. 143. Lyon, 1997. ISBN:

92-832-21-43-5.

5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **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.
12. **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.
13. **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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: 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 [1], 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 [2].

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 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.

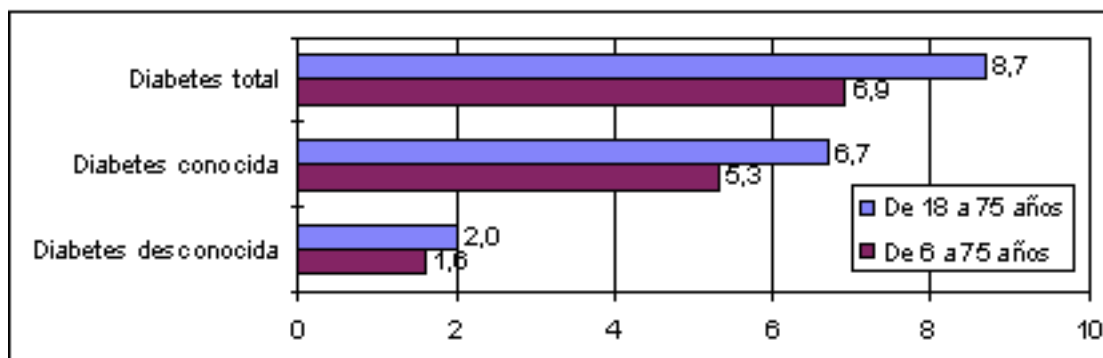
La disponibilidad de este tipo de información epidemiológica permite, ahora, discernir mejor la medida en la que los indicadores de resultados de la atención a la DM, en un determinado área de salud, se explica en base a su prevalencia, accesibilidad a los servicios sanitarios, o calidad de la atención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

Epidemiología

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998 [3], 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 1.E3).

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 [4].

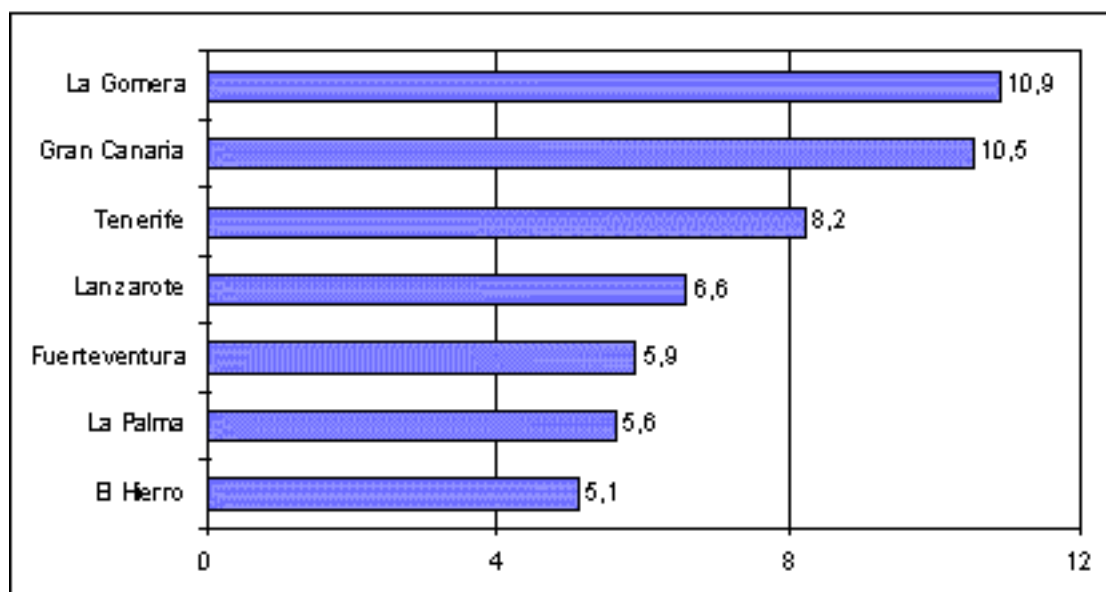
Gráfico 1.E3. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus en población de 18 a 75 años y en población de 6 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2 [3]

Según Áreas de Salud y tal como se observa en el Gráfico 2.E3, 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 2.E3. 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 I.E3. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus conocida en España

Autor/año	Método	Población, ámbito de estudio	Prevalencia
Pallardo 1964	Cuestionarios médicos	Rural. Nacional	0,33
Porz 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	Avila	3,85
M. Sanidad 1991	Cuestionario	Nacional	3,8
Monereo 1997	Registros médicos	Madrid. Area 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 [4]

Tabla II.E3. 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 [4]

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 [⁵]; lo que sitúa a Canarias entre las regiones de Europa con tasas más elevadas, junto con Finlandia y algunas islas mediterráneas.

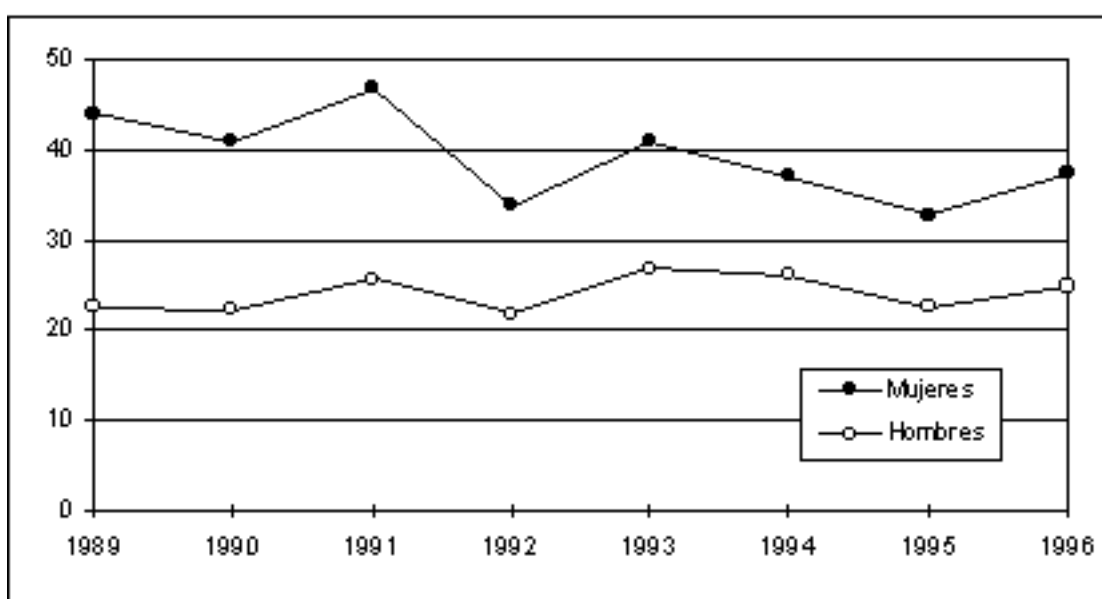
Para la DM tipo 2 ó del adulto, se observa un incremento de la prevalencia en relación al envejecimiento y a la obesidad. El que la población canaria continúe presentando los índices más elevados de sobrepeso de España constituye un factor asociado a la más alta prevalencia de Diabetes en Canarias, tal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

La Encuesta de Salud de Canarias 1997 [⁶] 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 [7]; descendiendo en 1996 al cuarto lugar en la mujer y ascendiendo al sexto en el hombre [8]. 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 3.E3. Evolución de la tasa (x 10⁵ habitantes) de mortalidad por Diabetes Mellitus ajustada según género. Canarias, 1989 a 1996



Fuentes: - INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994 [9 a 15]

- ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996 [16 y 8]

- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996 [17]

- ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991 [18]

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 de Salud 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; ascendiendo estas cifras hasta el 80% en aquellos otros países con infraestructura sanitaria deficiente. Este hecho ha cambiado drásticamente en Canarias a partir del esfuerzo asistencial desarrollado por los profesionales de Atención Primaria de Salud. Esta actuación ha conseguido reducir la cifra de diabéticos no diagnosticados hasta el 23% del total estimado (Gráfico 1.E3).

La Tabla III.E3 nos muestra que el volumen de pacientes afectados de DM incorporados al Programa de Atención al Diabético en Atención Primaria de Salud, 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 III.E3. Distribución de los diabéticos en seguimiento en Atención Primaria por Áreas de Salud. Canarias, 1999

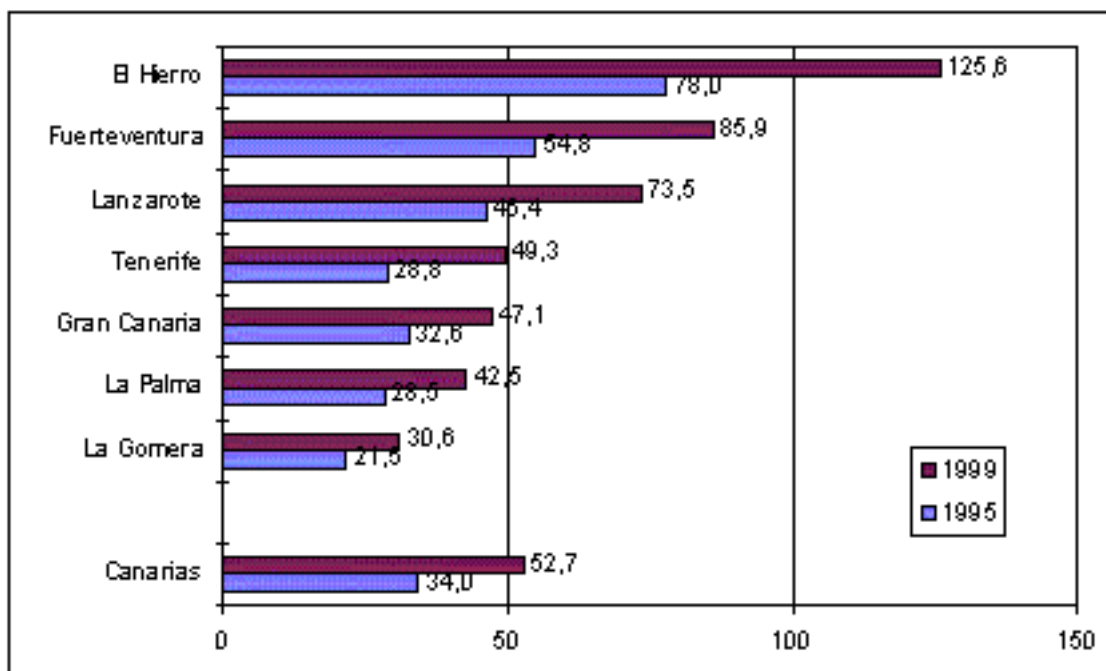
Áreas de Salud	Incluidos	Población diana*	Cobertura (%)
El Hierro	451	359	125,6
Fuerteventura	1.682	1.957	85,9
Lanzarote	2.991	4.067	73,5
Canarias	57.691	109.449	52,7
Tenerife	21.936	44.453	49,3
Gran Canaria	28.538	60.566	47,1
La Palma	1.613	3.799	42,5
La Gomera	480	1.566	30,6

(*) 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 [19]
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996 [17]
 - 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 4.E3, en el que se muestra el crecimiento de cobertura en todas las Áreas de Salud.

Gráfico 4.E3. 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 [19]
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996 [17]
 - Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

Impacto económico

Los costes socioeconómicos totales (directos e indirectos) para los pacientes diabéticos en Canarias durante 1998 [1] fueron de 7.166.314.501 millones de pesetas, o el equivalente a 139.770 pesetas por cada paciente diabético conocido.

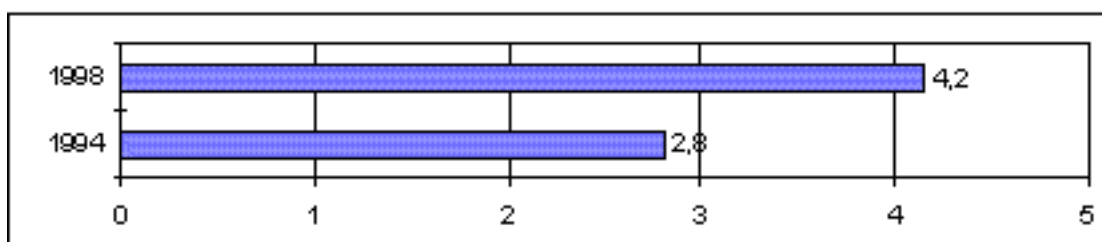
Los costes directos se elevaron a 4.011.511.913 millones de pesetas representando la partida más importante con un 56% del coste total, lo que supone el 2,13% de gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 1.512.333.955 millones de pesetas; consultas externas hospitalarias, con 74.850.000 millones de pesetas; fármacos y material diagnóstico para el control domiciliario de la enfermedad, con 1.543.051.946 millones de pesetas; atención primaria, con 822.723.388 millones de pesetas, y costes derivados de la realización de análisis y otras pruebas complementarias, con 58.552.624 millones de pesetas.

Los costes indirectos se elevaron a 3.154.802.588 millones de pesetas representando el 44% del coste total. Al separar los costes indirectos en los dos subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada y por absentismo laboral, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 1.760.986.503 millones de pesetas, mientras que el absentismo laboral ocasiona un coste de 1.393.816.085 millones de pesetas. Asimismo, los 502 fallecidos por diabetes produjeron 5.448 años de vida perdidos, 798 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 1.478.557.434 pesetas, lo que constituye el 4,2% del total del gasto farmacéutico adquirido con recetas del Servicio Canario de Salud para ese año.

Gráfico 5.E3. 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 [[20](#)]; 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 [[21](#)] (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 [[22](#)], 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.

Bibliografía

1. **Serrano Aguilar, P.G.; López Bastida, J.; Sierra López, A.** Los costes socioeconómicos de la Diabetes Mellitus: aproximación a su impacto en Canarias. Servicio Canario de Salud y Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Santa Cruz de Tenerife, 2000
2. **Diabetes care and research in Europe. The Vincent Declaration.** G Ital Diabetol 1990; 10 Supl: 143-144.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **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.

11. **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.
12. **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.
13. **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.
14. **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.
15. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Defunciones según la Causa de Muerte 1994. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda.
16. **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.
17. **Instituto Canario de Estadística (ISTAC).** Encuesta de Población. Canarias 1996. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1998.
18. **Instituto Canario de Estadística (ISTAC).** Censo de población y viviendas. Canarias 1991. La población: características principales. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1993.
19. **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.
20. **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.
21. **Sociedad Canaria de Nefrología.** Registro de Enfermos Renales de Canarias 1998.

22. **Martín Rosa, M.A.** Problemática socio-sanitaria de la Diabetes en Lanzarote. Cabildo de Lanzarote, 1995.
-

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



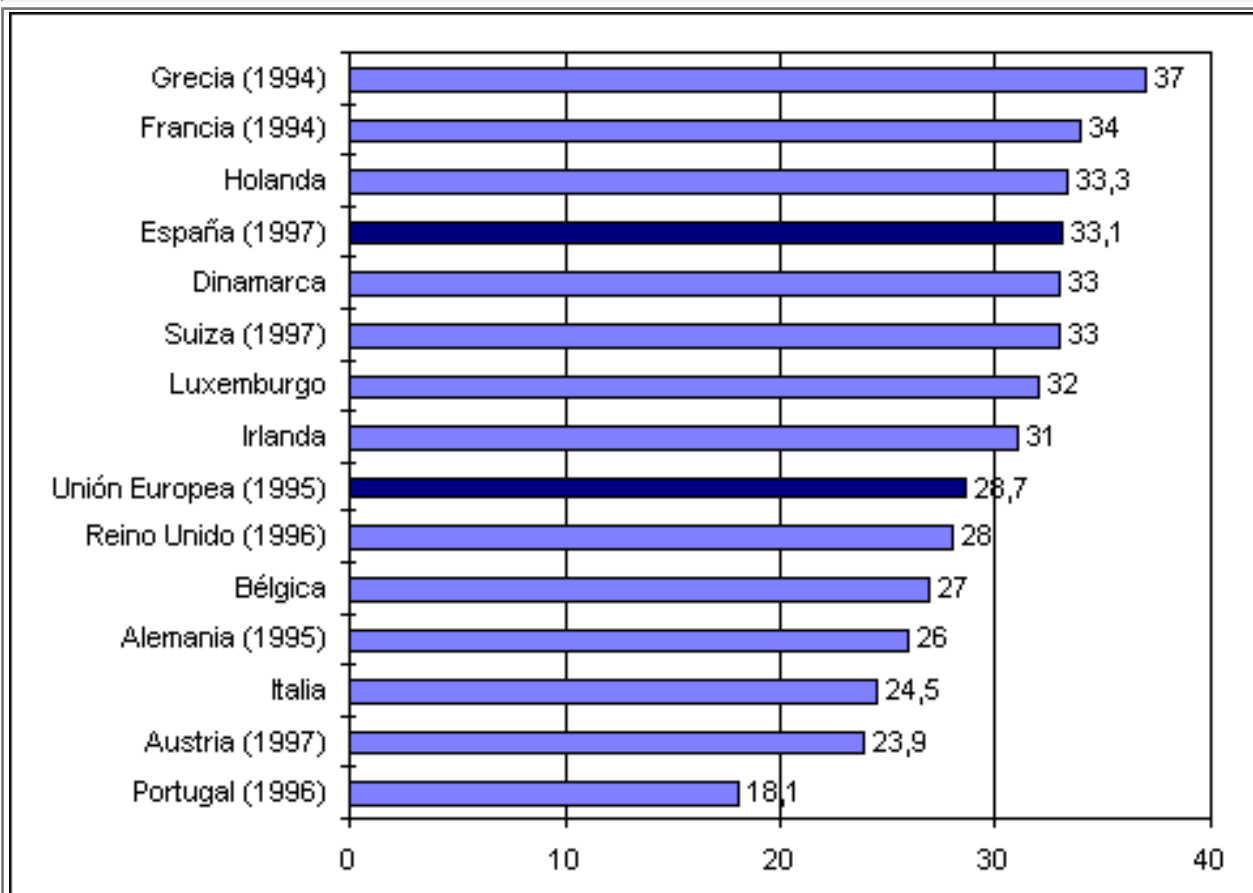
Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: tabaco

El tabaquismo constituye, en los países desarrollados, el primer problema de salud pública y, más concretamente, la primera causa de mortalidad susceptible de prevención. El tabaco contiene sustancias como el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono que son nocivas para el fumador. El alquitrán contiene sustancias carcinógenas y sustancias irritantes que son los responsables de la patología respiratoria de los fumadores. La nicotina y el monóxido de carbono son los responsables del aumento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que los no fumadores disfrutan, generalmente, mejores niveles de salud positiva que los fumadores. El tabaco actúa sinérgicamente con otros factores aterógenos, como la hipercolesterolemia y la hipertensión. La combinación de estos dos o tres factores multiplica por nueve o dieciséis, respectivamente, el riesgo de padecer cardiopatía isquémica.

Prevalencia

Los datos disponibles indican que los niveles y las tendencias del consumo de tabaco en España son preocupantes.

Gráfico 1.F1. Población (%) de 15 años y más que fuma diariamente. Países europeos, 1998

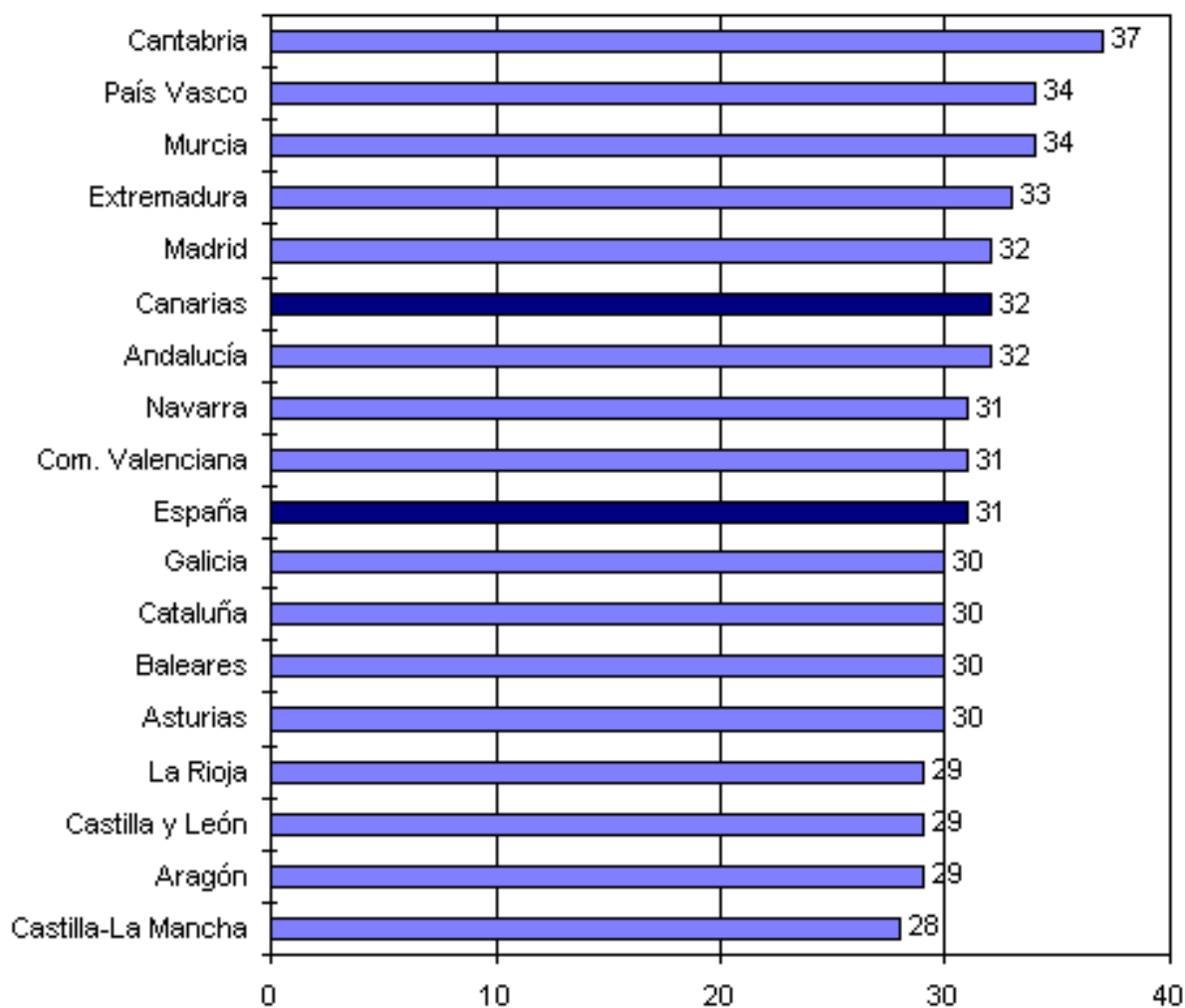


Fuente: - WHO Regional Office for Europe: HFA Statistical Database [\[1\]](#)

Aunque la disponibilidad de información para las comunidades autónomas se limita a 1993 ^[2], en el

Gráfico 2.F1 podemos comprobar como la prevalencia de consumo diario de tabaco en Canarias es similar a la nacional para ese año.

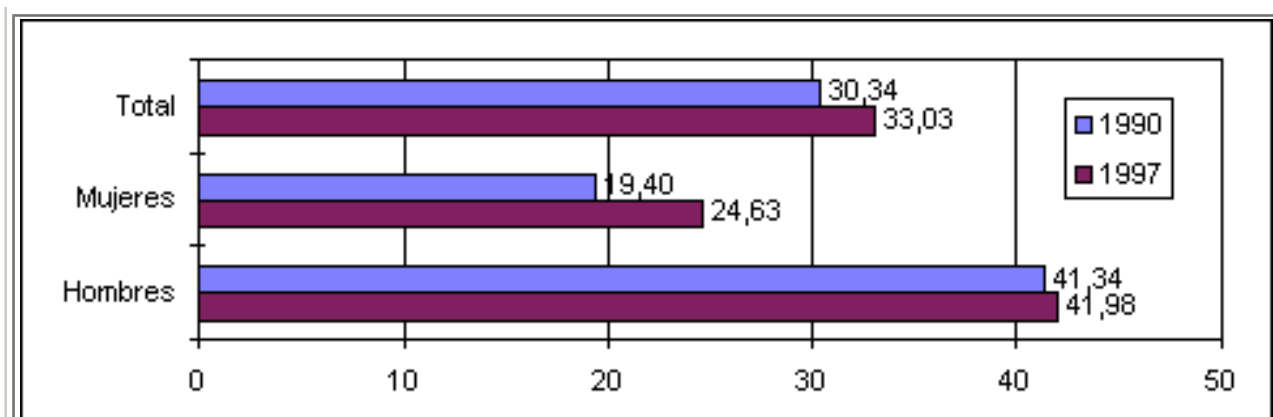
Gráfico 2.F1. Población (%) de 16 años y más que fuma diariamente, según comunidades autónomas. España, 1993



Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Encuesta Nacional de Salud, 1993 [2]

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, la prevalencia de fumadores habituales en Canarias, en población de 15 años y más, es del 33,03% [3]. Esta cifra es inferior a la de España para ese mismo año (35,7% en población de 16 años y más) [4]. El aumento global en la prevalencia de fumadores habituales en Canarias, se produce a expensas de un ascenso del consumo en la mujer (Gráfico 3.F1).

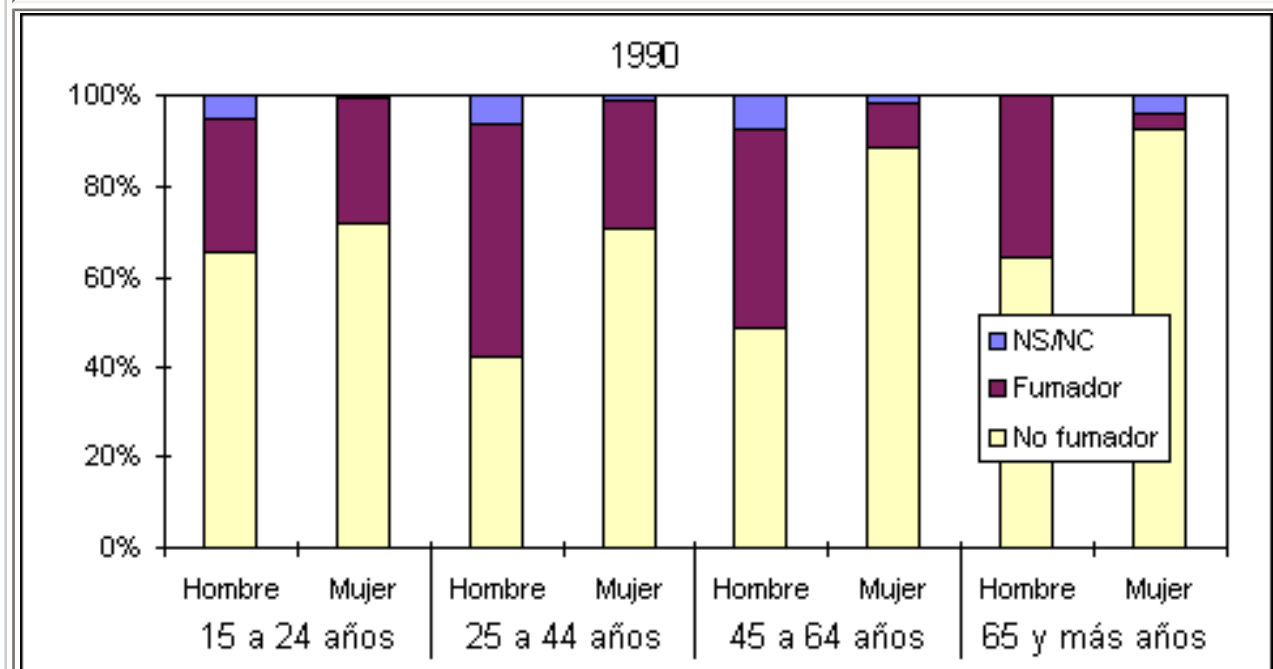
Gráfico 3.F1. Evolución de la población fumadora (%) de 15 años y más, según género. Canarias, 1990 y 1997

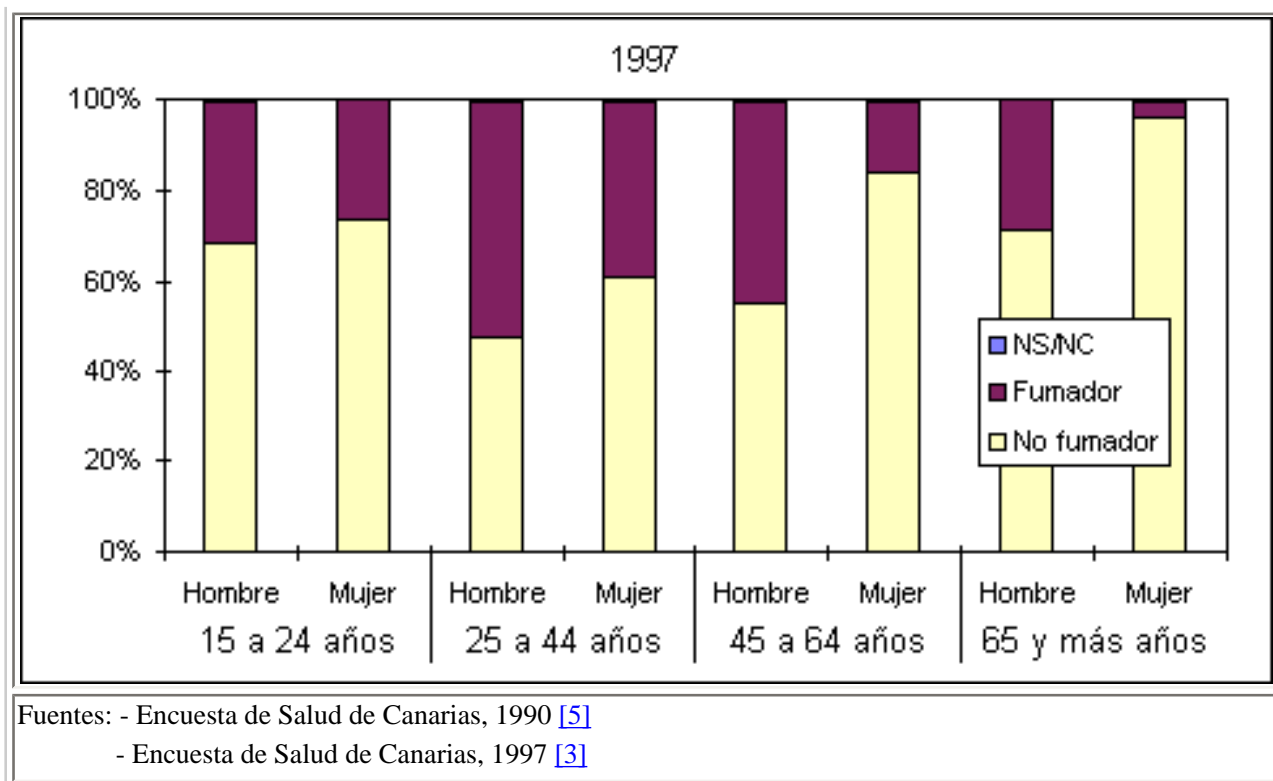


Fuentes: - Encuesta de Salud de Canarias, 1990 [5]
 - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [3]

En Canarias, la mayor proporción de fumadores en 1997 [3] corresponde al grupo de edad comprendido entre los 25 y 44 años, con un 51,26% de hombres y un 38,46% de mujeres (Gráfico 4.F1). En los grupos de edad más jóvenes el tabaquismo en la mujer ha irrumpido con intensidad, alcanzando prácticamente al hombre. Respecto a la población de 65 años y más, la prevalencia de tabaquismo ha quedado establecida en el 14,47%, con un 72,35% de personas que nunca habían fumado.

Gráfico 4.F1. Evolución del consumo de tabaco (%) en población de 15 años y más, según género y grupo de edad. Canarias, 1990 y 1997

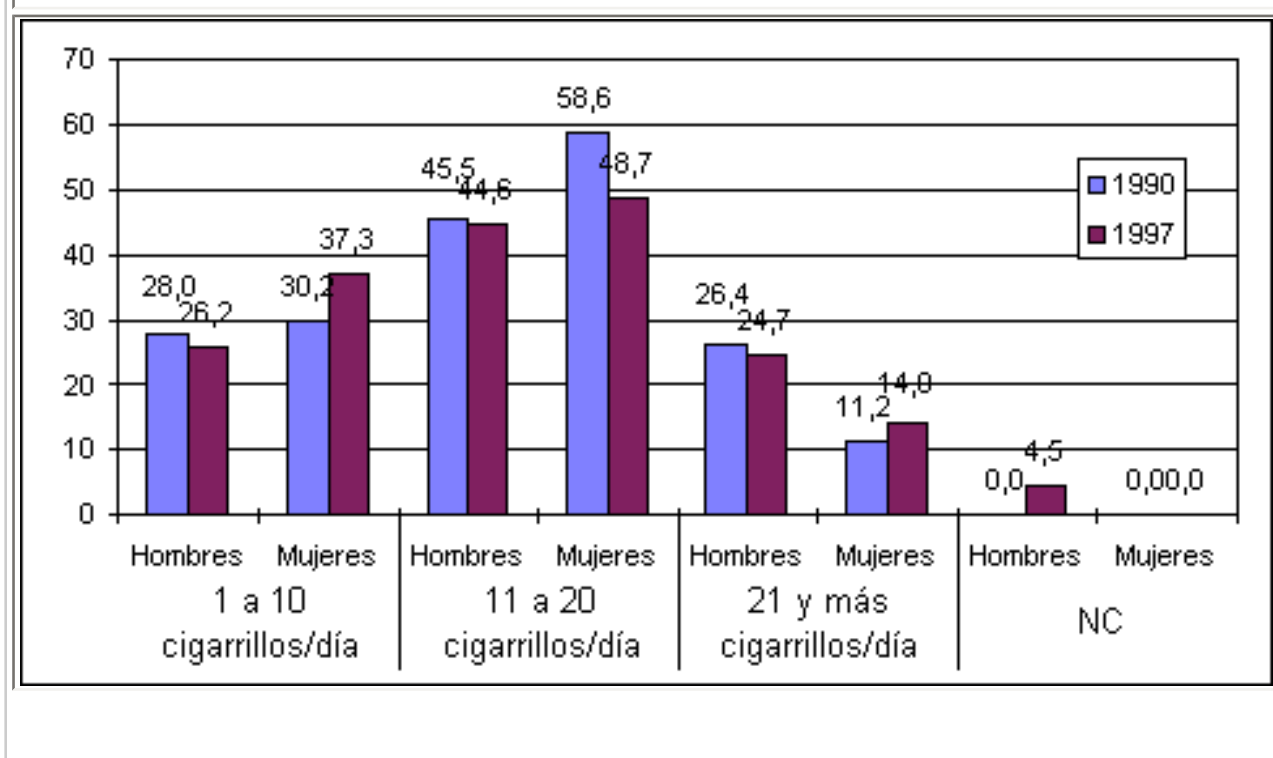




Consumo diario de cigarrillos

En Canarias, el 46,15% de los fumadores y fumadoras habituales desarrollan un consumo de cigarrillos por día que se sitúa entre 11 y 20 cigarrillos (Gráfico 5.F1) en 1997 [3], observándose un descenso en la intensidad de consumo entre 1990 y 1997.

Gráfico 5.F1. Consumo (%) diario de cigarrillos, según género. Canarias, 1990 y 1997



Fuentes: - Encuesta de Salud de Canarias, 1990 [5]
 - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [3]

Hábito tabáquico

El final de la infancia y el inicio de la adolescencia son, en la actualidad, períodos críticos en el inicio del consumo de tabaco. Según diferentes encuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en España, a los 11 años ya ha fumado alguna vez el 17% de los niños y el 12% de las niñas y este porcentaje va aumentando con la edad. Según datos del estudio "El consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la población escolar de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, 1983", el 18,87% de los alumnos de EGB y el 34,48% de los de BUP han tenido experiencias con el tabaco. Según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [3], la edad media de comienzo en el consumo de tabaco es a los 16,59 años en los hombres y a los 17,85 años en las mujeres, observándose un ligero descenso en la edad de inicio para la mujer, si comparamos con la Encuesta de 1990 [5].

De la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [3], se desprende que un 52,70% de los fumadores declaraba haber tenido la intención de dejar de fumar en alguna ocasión.

Mortalidad atribuible al consumo de tabaco

Se estima que el tabaco es responsable del 14,3% de todas las muertes en Canarias durante 1996, suponiendo más de 1.500 defunciones en ese año (Tabla I.F1), con un incremento en la mortalidad de un 7,5% respecto a 1995.

Tabla I.F1. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco. Canarias, 1995 y 1996

Causa de muerte	CIE 9 ^a	RR	PARP		1995		1996	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	162	10	79	69	336	42	336	43
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	490 a 496	12	82	73	219	77	268	86
Cardiopatía isquémica	410 a 414	1,8	25	16	197	102	211	107
Enfermedad cerebrovascular	430 a 438	1,8	25	16	98	80	102	80
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	140 a 149	6	68	55	62	6	65	4

Tumor maligno de laringe	161	6	68	55	48	1	43	1
Tumor maligno de esófago	150	5	63	50	36	4	44	3
Tumor maligno de la vejiga	188	2,5	39	27	33	3	34	6
Tumor maligno de colon y recto	153 y 154	1,37	13	8	18	9	36	10
Tumor maligno del páncreas	157	2	30	20	21	11	17	12
Tumor maligno del riñón, de otros órganos urinarios y de los no especificados	189	2,5	39	27	8	2	8	3
Prematuridad y distrés respiratorio del recién nacido	765, 769 y 770	1,8	25	16	3	1	6	1
Otra enfermedad vascular periférica	443	1,5	17	11	3	2	4	2
Tumor maligno del cuello del útero	180	2,1	32	21	0	7	0	3
Muerte súbita, causa desconocida	798	1,5	17	11	3	1	2	1
Total					1.431		1.538	

Fuentes: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [3]

- Serra-Majem, Ll. et al.: European tobacco control initiative [6]

- ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996 [7 y 8]

Bibliografía

1. **World Health Organization.** Health For All Statistical Database updated June 2000. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2000.
2. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta Nacional de Salud, 1993. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. **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.
4. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta Nacional de Salud, 1997. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid, 1999. ISBN: 84-7670-520-4.
5. **Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias.** Encuesta de Salud, 1990.
6. **Serra-Majem, Ll.; Calvo, J.R.; Santana, F.; Orengo, J.C.; López-Cabañas, A.; Serrano, P.** European tobacco control initiative: from Helsinki (Finland) to Las Palmas de Gran Canaria (Spain). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Servicio Canario de Salud, 1998.
7. **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.
8. **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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: alcohol

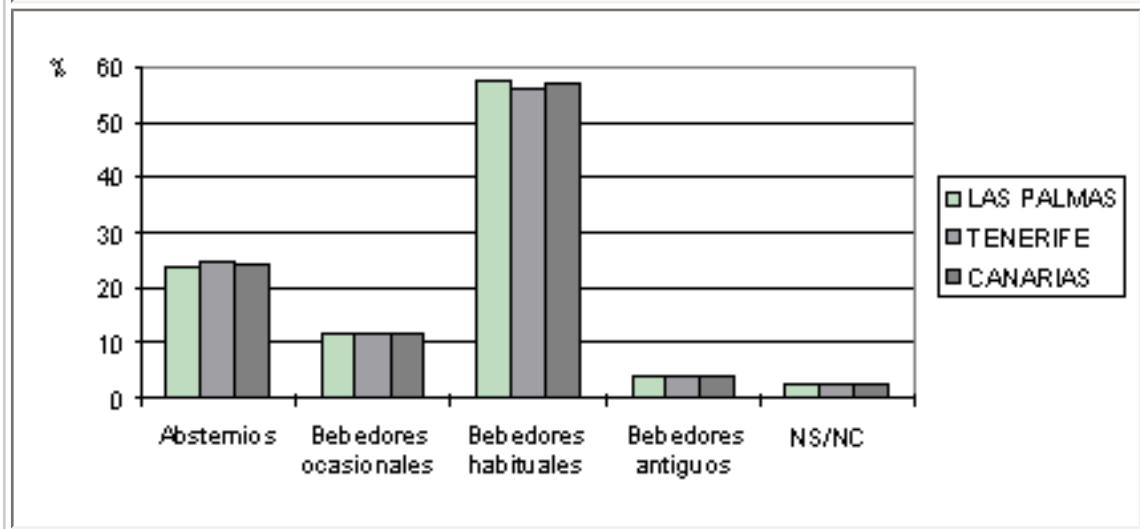
El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que causa dependencia física y psíquica. En la actualidad, el consumo de alcohol constituye un importante problema de salud pública que ocasiona un elevado coste sociosanitario a la comunidad. El consumo de alcohol es una de las causas más importantes de muerte prematura y de enfermedades prevenibles en la sociedad canaria. La importancia del consumo de alcohol es aún mayor al existir intervenciones conocidas de evidente efectividad para reducir su consumo y así mejorar consecuentemente la salud de la población. La investigación británica realizada en 1981-82 demostró que la reducción del consumo per capita de alcohol desde 10,4 litros/año a 9,2 litros/año, tuvo como consecuencia una reducción del 8% de las sanciones por conducir bajo los efectos del alcohol, y un 4% de reducción en la mortalidad por cirrosis hepática.

En 1991, España ocupaba el 7º lugar en el consumo mundial de alcohol, con 10,4 litros de alcohol puro per capita. Hay que tener en cuenta que la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol existentes en una población está directamente relacionada con el consumo per capita. En este sentido aproximadamente más de 10.000 muertes cada año en nuestro país son atribuibles al alcohol (13.636 en el año 1989).

El consumo de alcohol, a diferencia de otros factores de riesgo, lleva a cabo un impacto sobre la salud a corto, a medio y a largo plazo. El impacto del alcohol sobre la salud a corto plazo se expresa a través del exceso de morbi-mortalidad por causas violentas. En este apartado se incluyen la accidentabilidad laboral y de tráfico, los suicidios y agresiones, entre otras, que tienen lugar producto de la ingesta ocasional de alcohol. Cuando las ingestas de alcohol se mantienen con carácter habitual, se instauran una serie de complicaciones a "medio plazo". Si bien se incluyen en esta categoría las anteriormente enunciadas para el bebedor ocasional, se incorporan otras relacionadas con patologías digestivas y fundamentalmente con problemas psico-sociales, producto de la instauración del síndrome de dependencia alcohólica.

Esto implica la aparición de problemas de relación en la familia (desestructuración y ruptura familiar, malos tratos), en el medio laboral (pérdida de productividad, accidentabilidad, bajas laborales, desempleo) y social en general. Cuando esta situación se prolonga da lugar a la aparición de morbi-mortalidad por

Gráfico 176. Distribución de la población canaria según el hábito de ingesta alcohólica, año 1990.



enfermedades crónicas del aparato digestivo y neurológico. Entre las primeras destacan la cirrosis

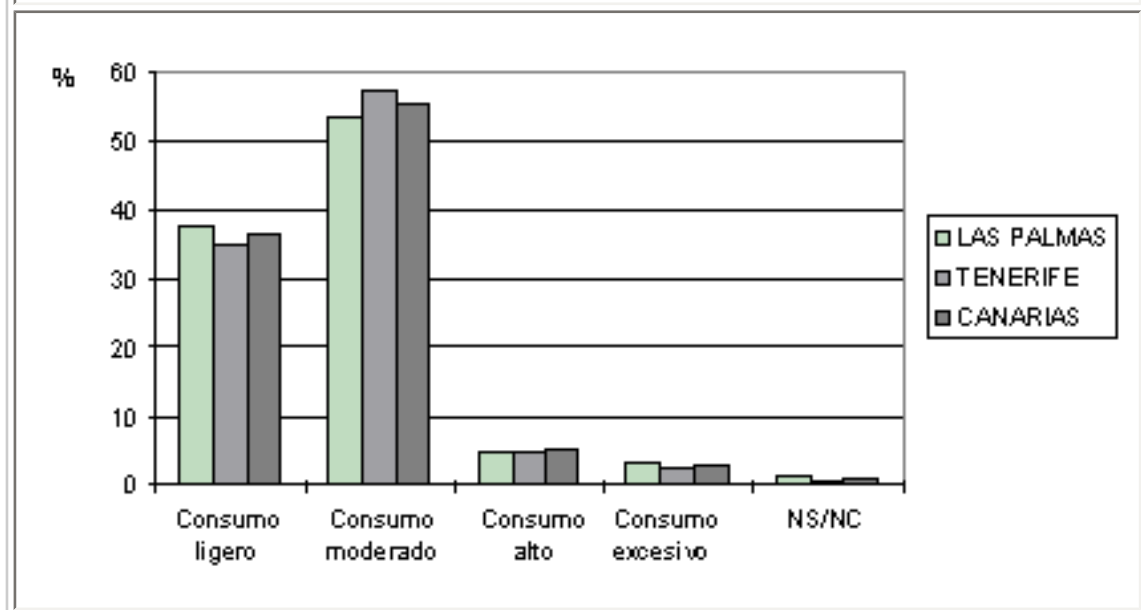
hepática y la hemorragia digestiva alta; y entre las segundas el deterioro cognitivo y demencias asociadas al consumo crónico de alcohol.

Por otro lado, la sensibilidad de cada individuo a los efectos agudos y crónicos del alcohol es diferente, existiendo así mismo diferencias entre hombres y mujeres. Por esta razón, si bien no ha sido científicamente establecido cuál es el nivel de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad, existe consenso en que la frontera se sitúa próxima al consumo diario continuado, durante años, de más de 40 grs. de alcohol en la mujer y de más de 80 grs. en el hombre (1 gr. de alcohol equivale a 0,8 c.c. de alcohol).

Los factores que predisponen al consumo son múltiples pero destacan tres: el precio, la disponibilidad y la publicidad; siendo éstos susceptibles de modificación mediante medidas legislativas. Además el alcohol ocupa un lugar privilegiado y aceptado tradicional y culturalmente lo que ha permitido su enraizamiento en nuestros hábitos sociales y dietéticos. Como ha quedado expresado, el impacto del alcohol sobre la salud física, psíquica y social es de tal magnitud, que desde el punto de vista de la salud no cabe la diferenciación entre el alcohol como droga legal y las drogas ilegales.

La Encuesta de Salud de Canarias (1990) diferencia entre distintas categorías de consumo que abarcan desde un consumo ligero a uno excesivo. El 57,08% de la población del archipiélago canario es bebedora habitual (65,38% varones y 48,83% mujeres), encontrándose un 24,22% de abstemios (30,43% mujeres y 17,98% varones), con un perfil muy similar para las dos provincias (gráfico 176).

Gráfico 177. Distribución de la intensidad del consumo de bebidas alcohólicas por provincias y Canarias, 1990.



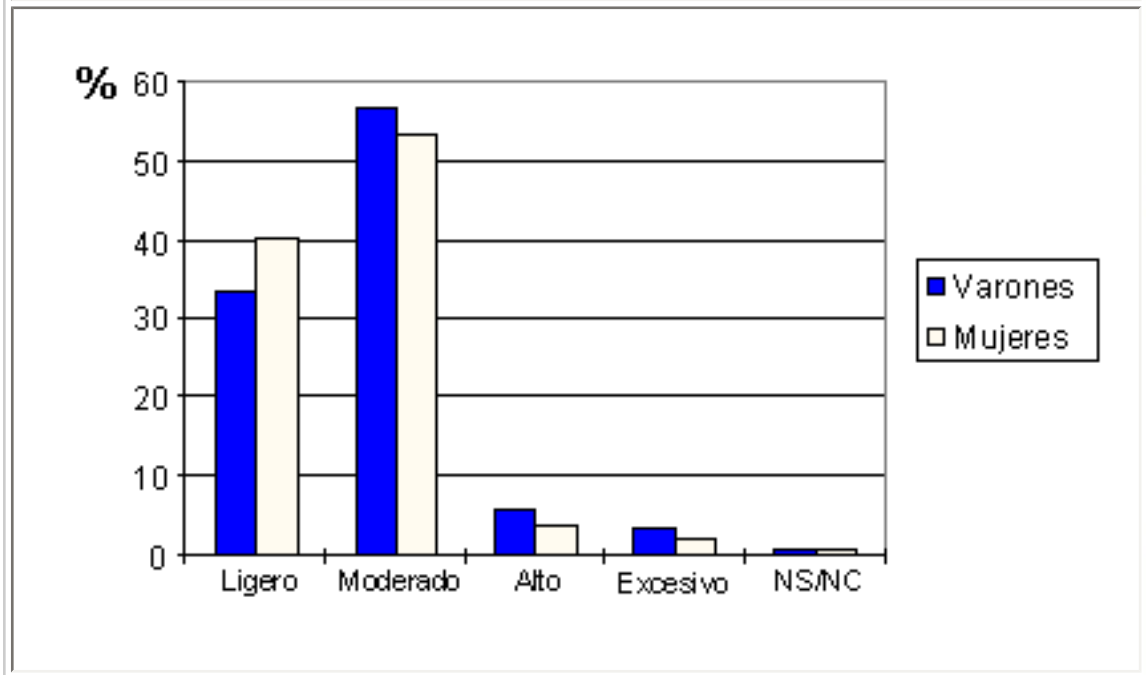
Entre los bebedores habituales, el mayor porcentaje realiza un consumo moderado (55,36%) o ligero (36,27%), con ligeras diferencias entre las dos provincias, algo superior el consumo de moderado y alto en Tenerife y mayor proporción de consumidores ligeros y en exceso en Las Palmas (gráficos 177 y 178).

No existe apenas diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a consumo moderado. El patrón de consumo ligero es superior en la población femenina (40%), que en la masculina (33%) (gráfico 178). Por otra parte, el consumo excesivo y alto es superior en el sexo masculino. Por provincias no existen diferencias significativas entre una y otra. Aún cuando la mayor proporción observada es de consumo

moderado, posiblemente la población de consumo alto en exceso sea superior a los valores encontrados, ya que al tratarse de una encuesta de salud de ámbito familiar es posible que muchas personas hayan declarado un consumo menor al real y esto ha producido el engrosamiento de los bebedores moderados en detrimento de las categorías superiores. El patrón de consumo de alcohol en las mujeres en las últimas décadas, se va acercando a los patrones de consumo de los varones, reflejándose en los niveles de alcoholismo femenino y en la mortalidad femenina por enfermedades atribuibles al alcohol.

Al comparar el consumo de alcohol en Canarias con otras comunidades autónomas, no se observan diferencias importantes entre los consumidores ligeros y moderados con respecto a otros territorios; sin embargo, Canarias, sí ocupa una de las posiciones medio-altas en relación al consumo alto o excesivo (gráfico 179). En lo que concierne a los abstemios, Canarias no difiere de la media española (gráfico 180).

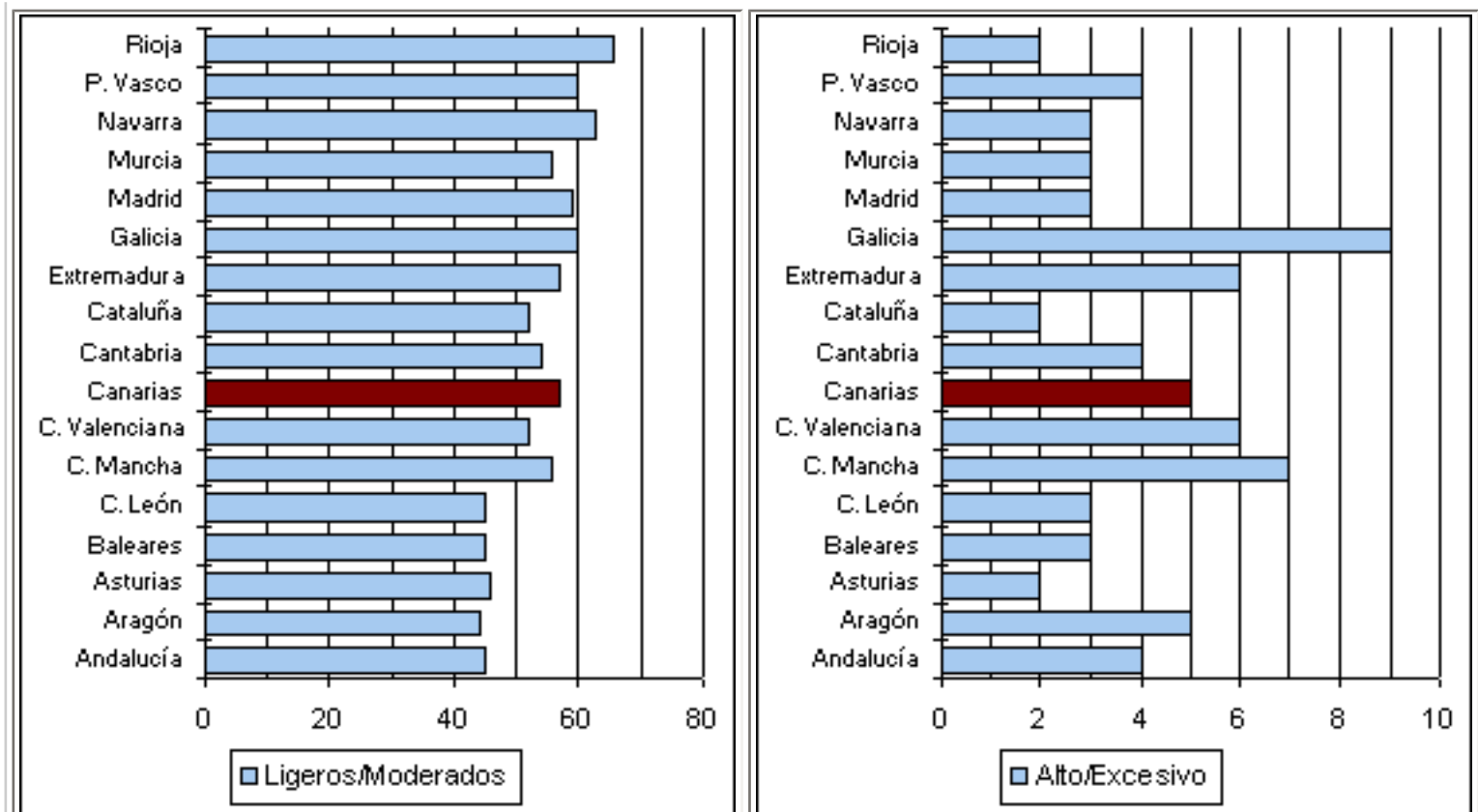
Gráfico 178. Distribución de la intensidad del consumo de alcohol entre bebedores habituales por sexos para Canarias.



El consumo medio de alcohol en la comunidad y la prevalencia de bebedores excesivos están altamente correlacionados (0,97); de tal forma que una reducción media del 10% del consumo global de alcohol se corresponde a una reducción de aproximadamente el 10% del número de bebedores excesivos.

Los datos anteriores reflejan un elevado consumo de alcohol en la comunidad canaria, con un alto porcentaje de bebedores habituales. Algunos estudios sitúan en un 10% la prevalencia ponderada del alcoholismo (DSM III-R) en población urbana de Canarias; siendo del 22,67% en hombres y 1,92% en mujeres.

Gráfico 179. Tipología del consumo de alcohol por CC.AA. en población de 16 y más años. Encuesta Nacional de Salud, 1993.



De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (1987) y el estudio "Hábitos de la población española mayor de 15 años" (1989), dentro del consumo global de alcohol se observa un descenso en la edad de inicio del consumo y un incremento de este consumo en adolescentes y jóvenes de 15 años aproximadamente (edad media de inicio 15,5). El consumo de alcohol por los jóvenes se produce principalmente en fines de semana (periodificado en vez de cronificado). El tipo de bebida preferentemente para ellos es la cerveza. Los jóvenes entre 16 y 25 años son los que más frecuentemente consumen alcohol. Es necesario destacar que quienes empiezan a beber más pronto adquieren con el tiempo patrones de consumo más elevados que los que comienzan más tarde.

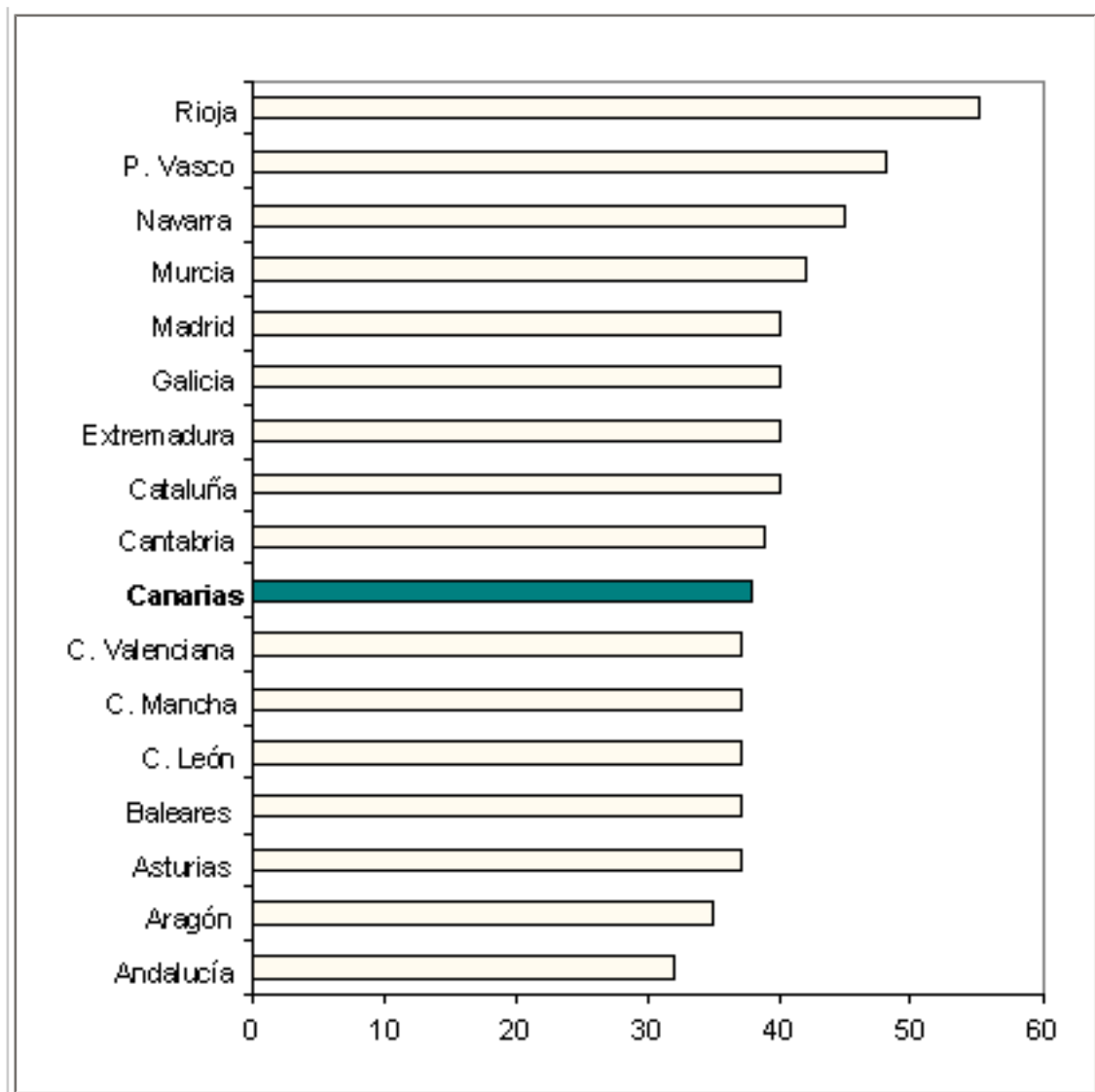
Por otra parte, según la Encuesta "Los Escolares y la Salud" realizada en 1990, es preocupante la elevada proporción de escolares que son consumidores diarios o semanales de alcohol, especialmente en 2º de Formación Profesional I. En 2º de BUP y de FP1 son minoría los chicos que no se han embriagado nunca. En un estudio realizado en la población escolar de la provincia de Santa Cruz de Tenerife (1983), el 55,02% de alumnos de EGB y el 53,55% de BUP, han tenido experiencia en el consumo de alcohol.

En 1995, el 28,9% de las personas mayores de 65 años de Canarias se reconocieron bebedores habituales; con una distribución desigual entre hombres (56,5%) y mujeres (10,9%).

Al hacer un análisis multivariado sobre los

Gráfico 180. Distribución del número de abstemios por CC.AA. en población de 16 y más años. Encuesta Nacional de Salud, 1993.

factores de riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol, los resultados indican que los factores de máximo riesgo son la edad, la renta mensual baja, el nivel educativo bajo, la búsqueda de efectos psicotrópicos (relación dosis-efecto), el consumo de drogas no legalizadas, la cantidad de alcohol consumida (relación dosis-efecto) y el desempleo. Existen diferencias entre los factores de riesgo de problemas personales y sociales, y entre los hombres y mujeres, así como una asociación positiva entre el consumo de tabaco y alcohol. A este respecto, el riesgo del consumo de alcohol,



en Canarias, es mayor en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y especialmente en la isla de La Gomera; duplicando el riesgo correspondiente a las islas orientales.

Los conocimientos que la población tiene sobre los problemas de salud relacionados con el abuso de alcohol parecen ser escasos. En cuanto a las motivaciones señaladas por los jóvenes para iniciarse en el consumo de alcohol, se cita el que "ayuda a mejorar los problemas y estar más alegre". Es significativo que el 60% de los encuestados opine que deberían llevarse a cabo medidas para reducir el consumo de alcohol. En definitiva, el consumo de alcohol en jóvenes debe ser entendido como el resultado de una multiplicidad de elementos, entre los que destacan factores psicosociales y socioculturales. En el caso del adolescente la exposición al alcohol tiene una gran fuerza porque se ha asociado su consumo con el éxito social, la diversión, el ocio y la modernidad. De tal manera que se ha constituido en un elemento de cohesión dentro del grupo de amigos, lo que hace muy difícil la intervención preventiva sobre la exposición.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

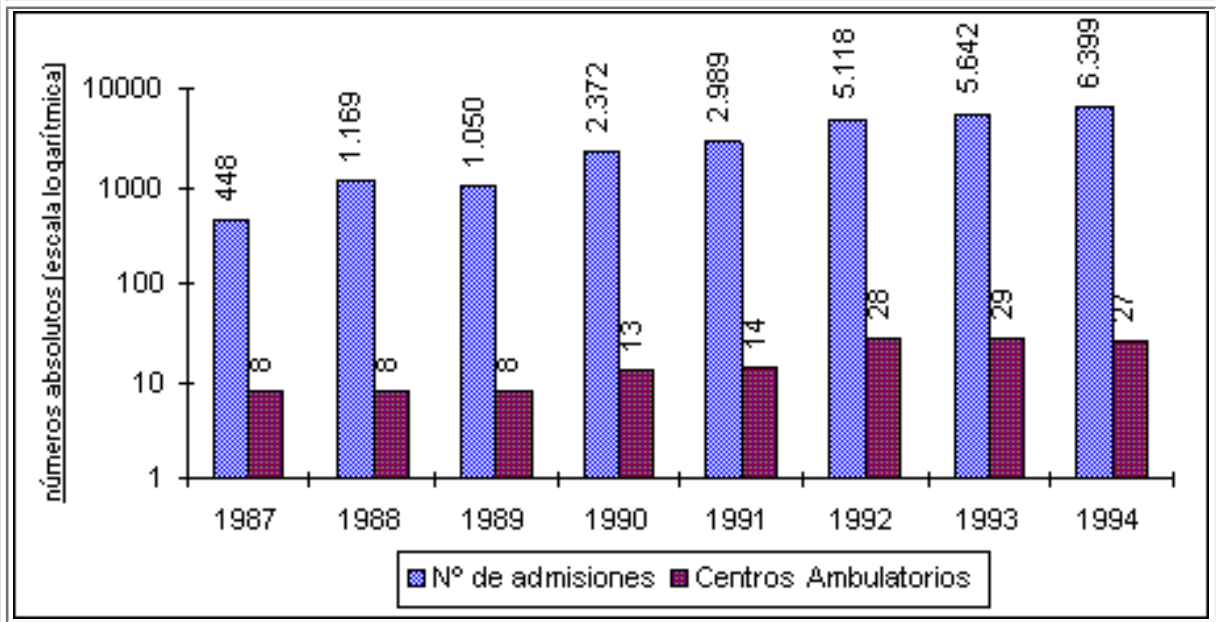
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: drogas ilegales

Con datos de la Dirección General de Drogodependencias del Gobierno de Canarias y del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), que agrupa los datos procedentes de las distintas Autonomías relativos al consumo de

Gráfico 181. Evolución de la tasa de admisión a tratamiento y del número de centros de tratamiento por drogodependencias. Canarias, 1987 a 1994.



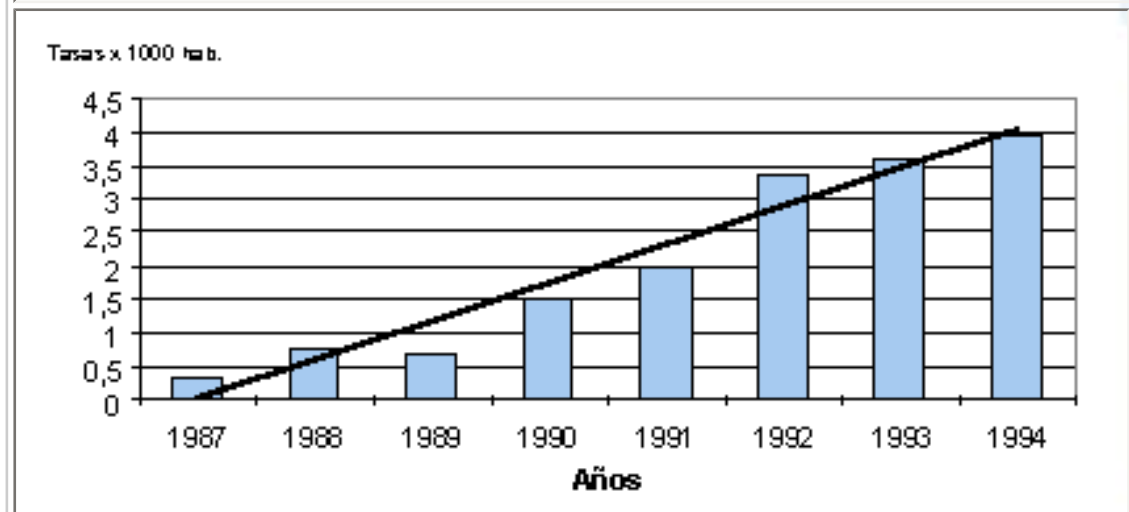
opiáceos o cocaína, se elaboran tres indicadores: el "indicador tratamiento", que valora la demanda asistencial ambulatoria; el "indicador urgencias" que evalúa la demanda asistencial urgente atendida en los hospitales; y el "indicador mortalidad".

Respecto al territorio estudiado, para el "indicador tratamiento" se ha limitado a las islas más pobladas por ser las que cuentan con centros de tratamiento específico.

En relación con las admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos, cocaína, alcohol y otras drogas, en Canarias la tendencia general observada ha sido la de un incremento progresivo, pasando de 448 en 1987 a 6.399 en 1994.

Este incremento no se puede explicar exclusivamente por un supuesto aumento de las toxicomanías dado que paralelamente se produjo el desarrollo de la red asistencial pasando de 8 centros en 1987 a 27 ambulatorios de carácter abierto en 1994 (gráfico 181).

Gráfico 182. Tasas de admisiones a tratamiento por drogodependencias. Canarias 1987-94.

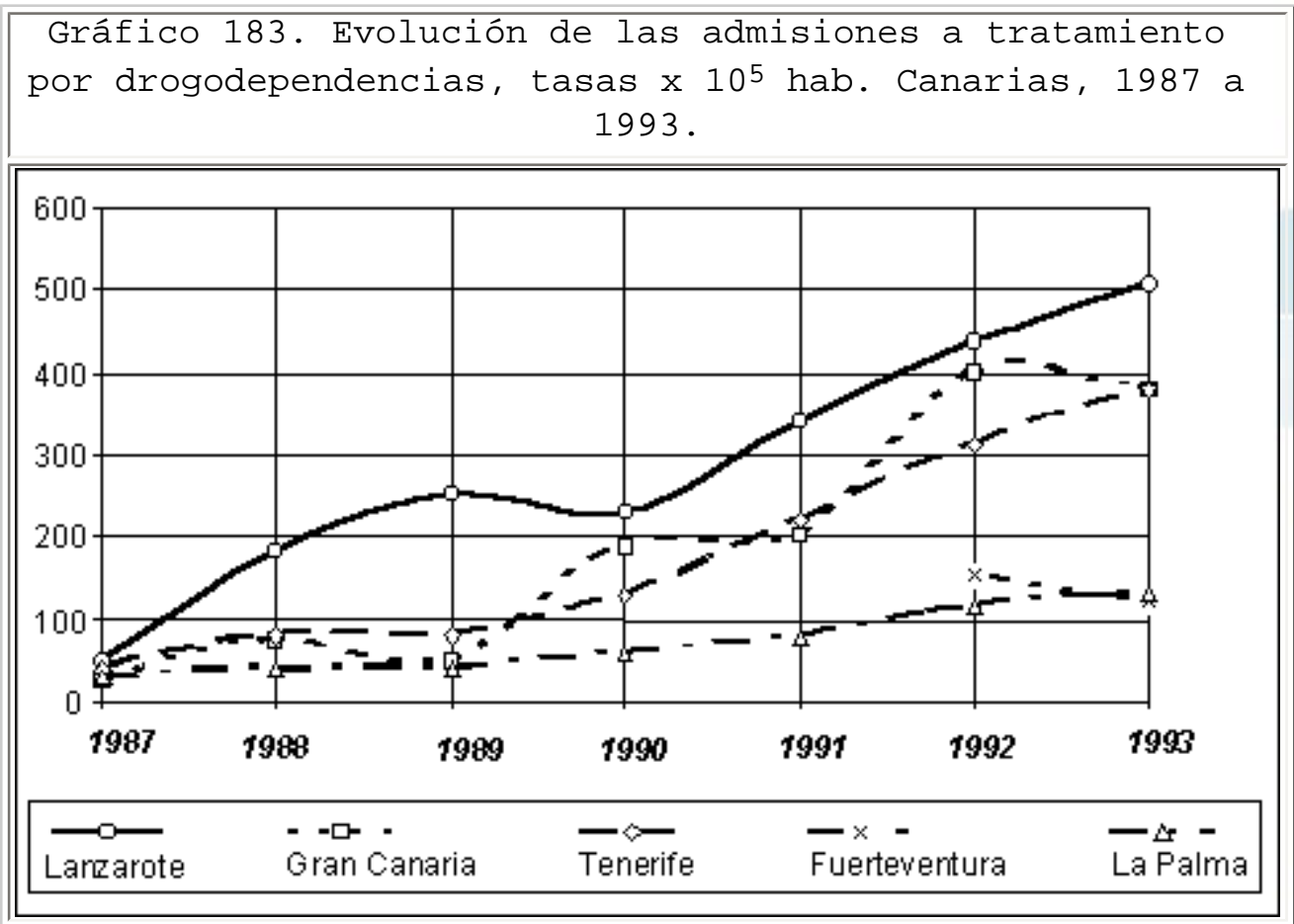


En el gráfico 182 se

recogen las tasas de admisiones a tratamiento por drogodependencia a sustancias por cada 1.000 habitantes de derecho, observándose la misma tendencia al aumento, siendo los valores más elevados los de los tres últimos años.

Aunque el análisis de la demanda por islas, expresado en números absolutos, parece indicar que el problema se concentra en las islas más pobladas, el cálculo de índices poblacionales, utilizando como referencia la población de derecho de cada una de las islas, revela un mayor impacto en Lanzarote (tasa de $508,55 \times 10^5$ en 1993) estando prácticamente igualados los de Tenerife y Gran Canaria para el mismo año ($381,2 \times 10^5$ y $380,5 \times 10^5$, respectivamente) (tabla XXI y gráfico 183).

Centrándonos en la demanda por tratamiento debido al consumo de opiáceos y cocaína (gráfico 184), observamos que la tendencia es la misma que la descrita anteriormente, produciéndose 277 admisiones en 1987 y 5.052 en 1994.



Canarias es la segunda Comunidad Autónoma española con valores más altos de las tasas de admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína (303,7) detrás de Ceuta (322,4), siendo el valor de la tasa truncada de $698,3 \times 10^5$ de 15 a 39 años, para nuestro archipiélado en el año 1993 (gráfico 186).

Según los resultados de 1994, la heroína constituye la droga utilizada en el 94,6% de las admisiones a tratamiento, seguida por la cocaína (5,1%).

La edad media de inicio y de consumo es de 20 años, con un desplazamiento progresivo hacia edades más tardías

Tabla XXI. Tasas de admisiones a tratamiento por drogodependencias por 10^5 hab. por islas. Canarias, 1987 a 1993.

(alrededor de los 30 años) durante 1992-1994, replicando el comportamiento estatal.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Tenerife	38,22	80,64	80,13	126,33	220,89	314,24	381,21
Gran Canaria	24,04	74,24	46,69	186,73	199,50	397,55	380,50
La Palma	28,79	38,31	36,80	58,32	77,34	114,44	132,24
Lanzarote	48,62	183,19	253,01	229,70	340,46	437,43	508,55
Fuerteventura	--	--	--	--	--	153,66	120,03

En relación al sexo existen notables diferencias con una mayor frecuencia en los hombres (86.3%) que en las mujeres (13.7%).

En la actualidad (gráfico 187) la vía de administración fumada (68%) ha desplazado a la parenteral (21%), la más frecuentemente utilizada antes de 1991, lo que diferencia a Canarias de otras Autonomías en las que la vía parenteral continúa siendo la vía más frecuente (Cantabria, Baleares, País Vasco y la Rioja: 70,0%).

Con respecto a la situación laboral (gráfico 188), las personas en situación de desempleo y/o inactividad demandan más atención, produciéndose una mayor diferencia entre activos y parados a partir de 1990.

En relación a la demanda de asistencia hospitalaria urgente según se aprecia en el gráfico 189 la primera causa de demanda de atención urgente en los hospitales de Canarias a partir de 1991, año de implantación de su cobertura, es el consumo de heroína; siendo los motivos de consulta más frecuente los derivados de problemas orgánicos y del síndrome de abstinencia (gráfico 190), en todos los años analizados con excepción de 1994.

En relación a este "indicador" debemos tener en cuenta que han existido variaciones importantes en el suministro de datos por parte de los hospitales

Gráfico 184. Tasas de admisiones a tratamiento por opiáceos y cocaína por 10⁵ habitantes. Canarias y España, años 1987 a 1994.

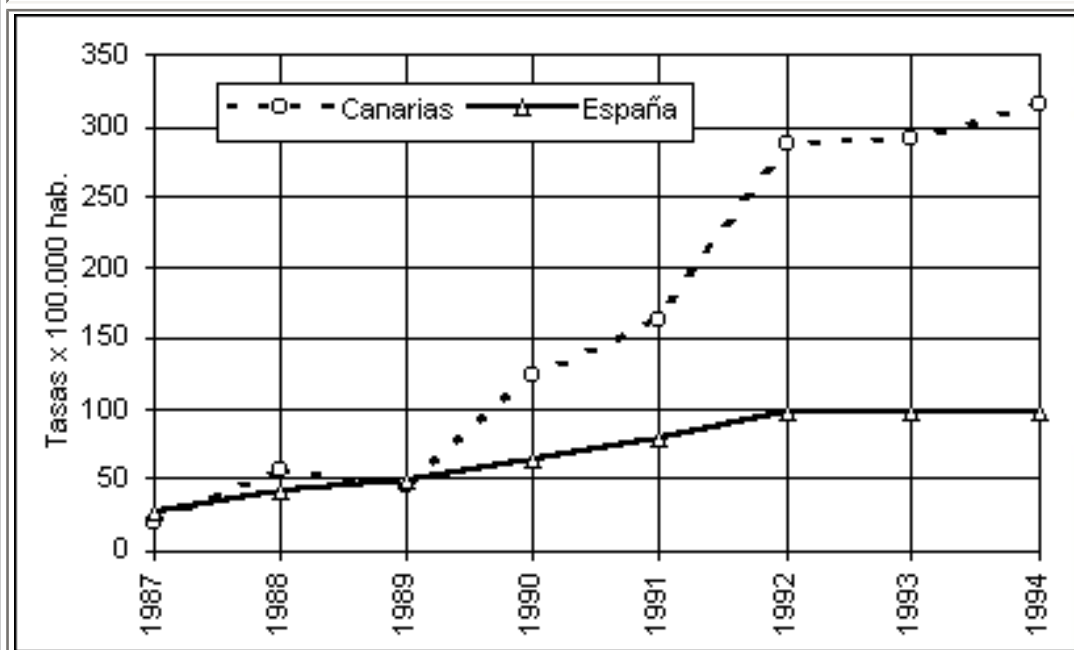
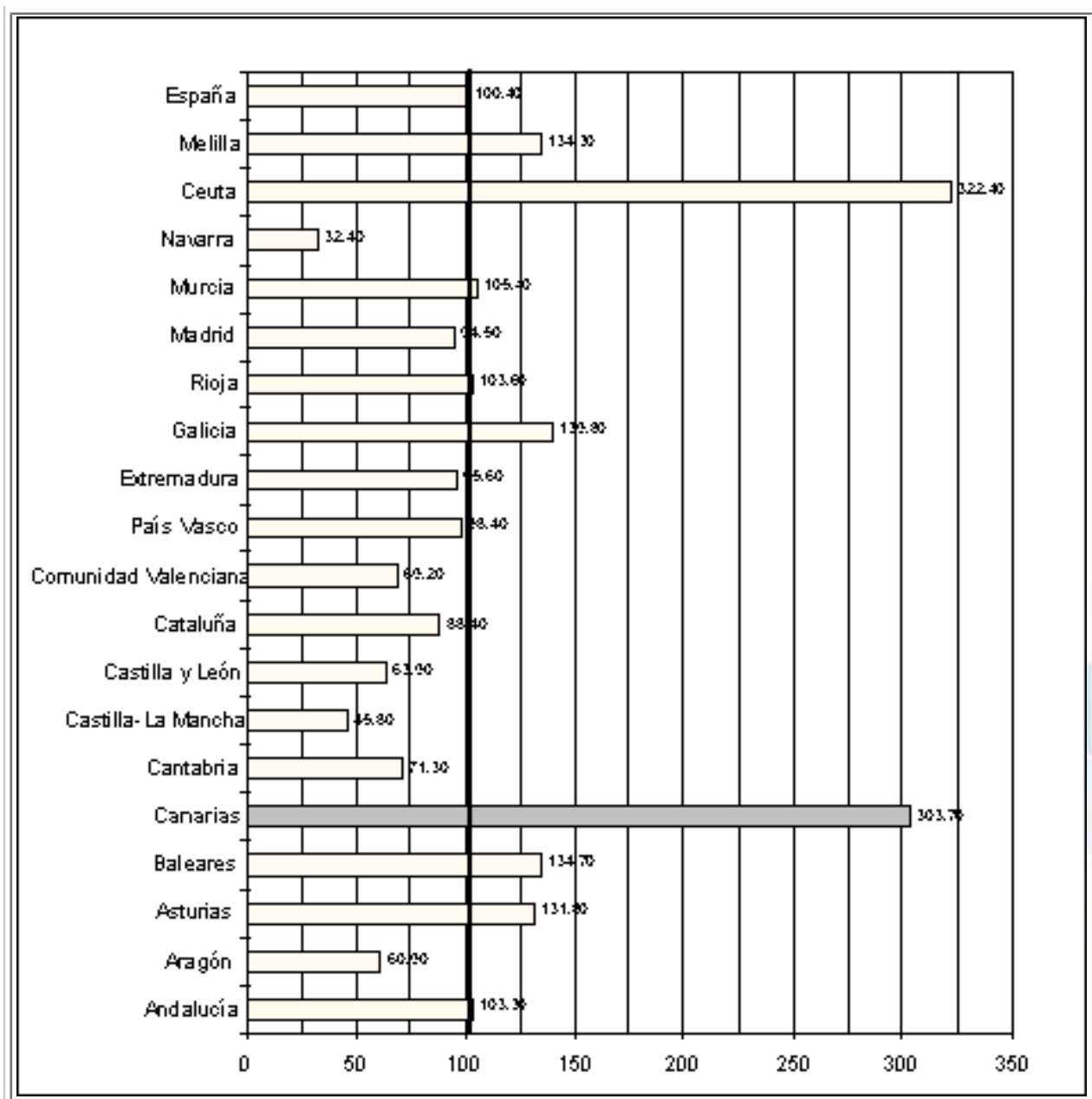


Gráfico 185. Admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína por CC.AA., tasas por 10⁵ hab., 1993.

durante el período estudiado.

La información sobre la mortalidad asociada al consumo de opiáceos y cocaína debe ser interpretada con cautela puesto que en los años analizados únicamente se dispone de observaciones de mortalidad de las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife, siendo además esta información variable según los años.



Así, mientras que en 1991 (12) y 1992 (25) se recogieron datos de las tres islas citadas, en 1993 (15) sólo se obtuvieron de las dos primeras y en 1994 (8) únicamente de Tenerife.

Las drogas detectadas en las defunciones producidas fueron la heroína, morfina o metabolitos, siendo la razón hombre-mujer similar a la de los anteriores indicadores analizados.

Gráfico 186. Admisiones a tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína por CC.AA., tasas truncadas de 15 a 39 años por 10⁵ hab., 1993.

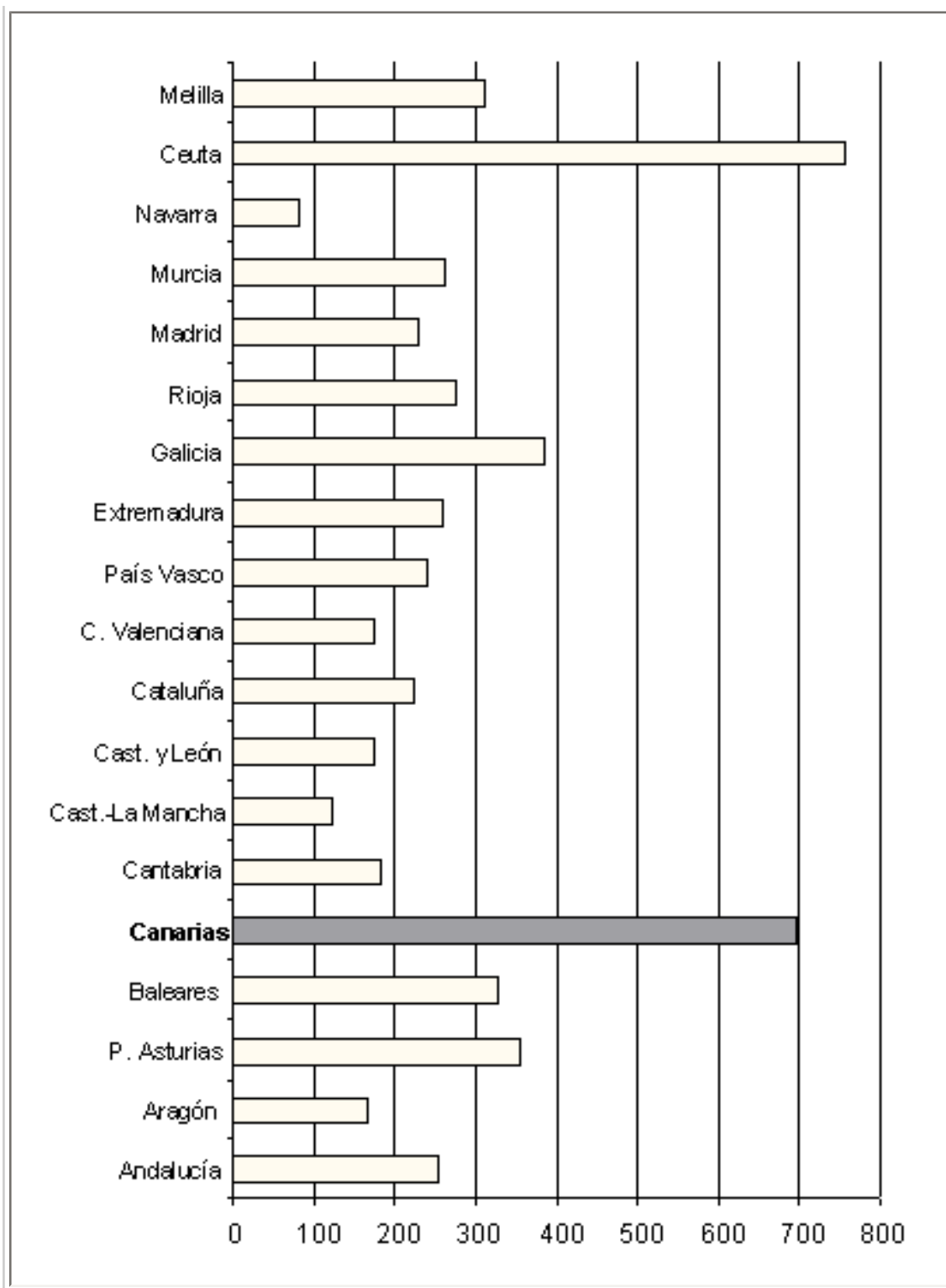


Gráfico 187. Vía de administración de opiáceos y cocaína según droga principal. Canarias, 1994.

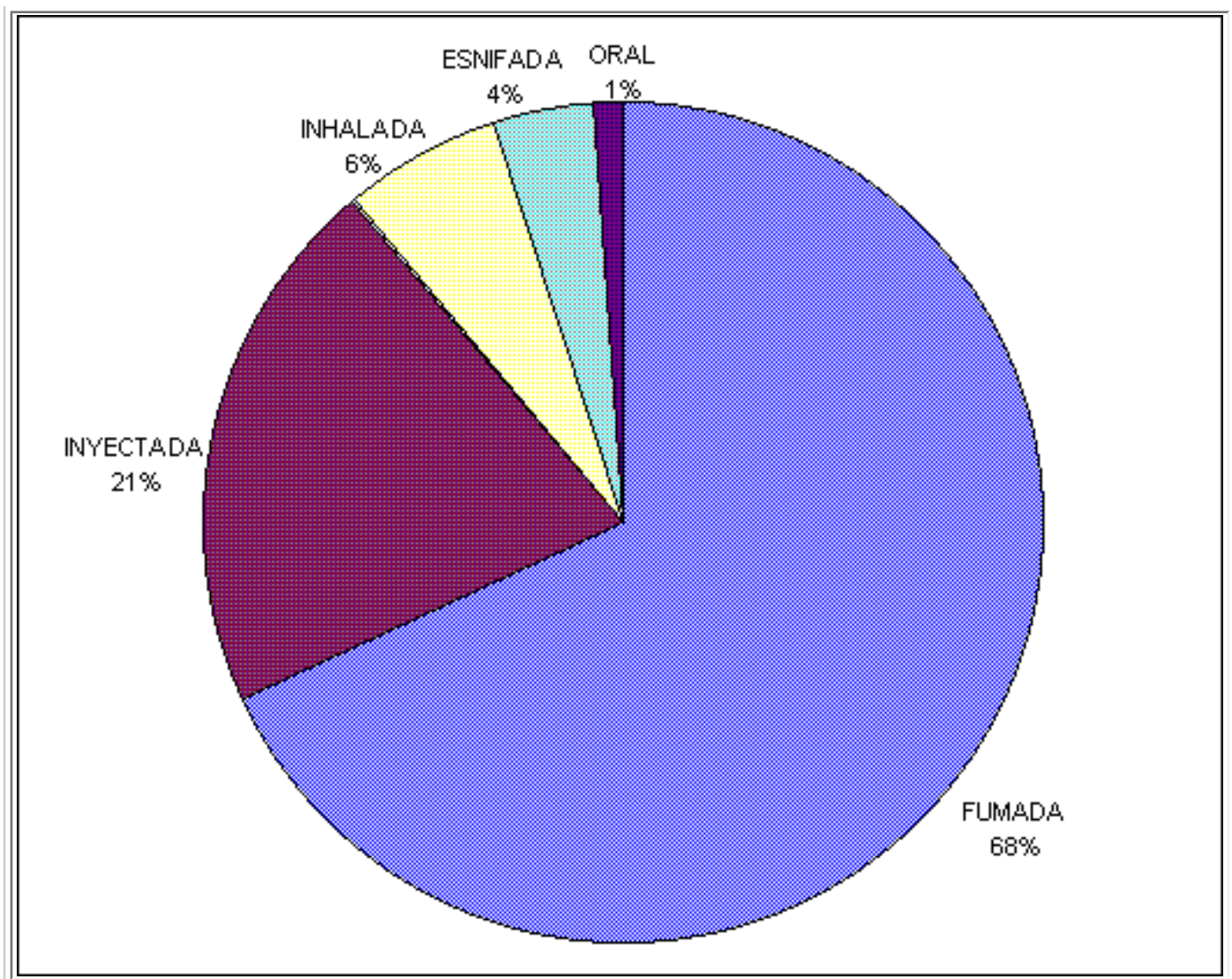


Gráfico 188. Consumo de opiáceos y cocaína según actividad laboral, porcentajes para Canarias, 1987 a 1993.

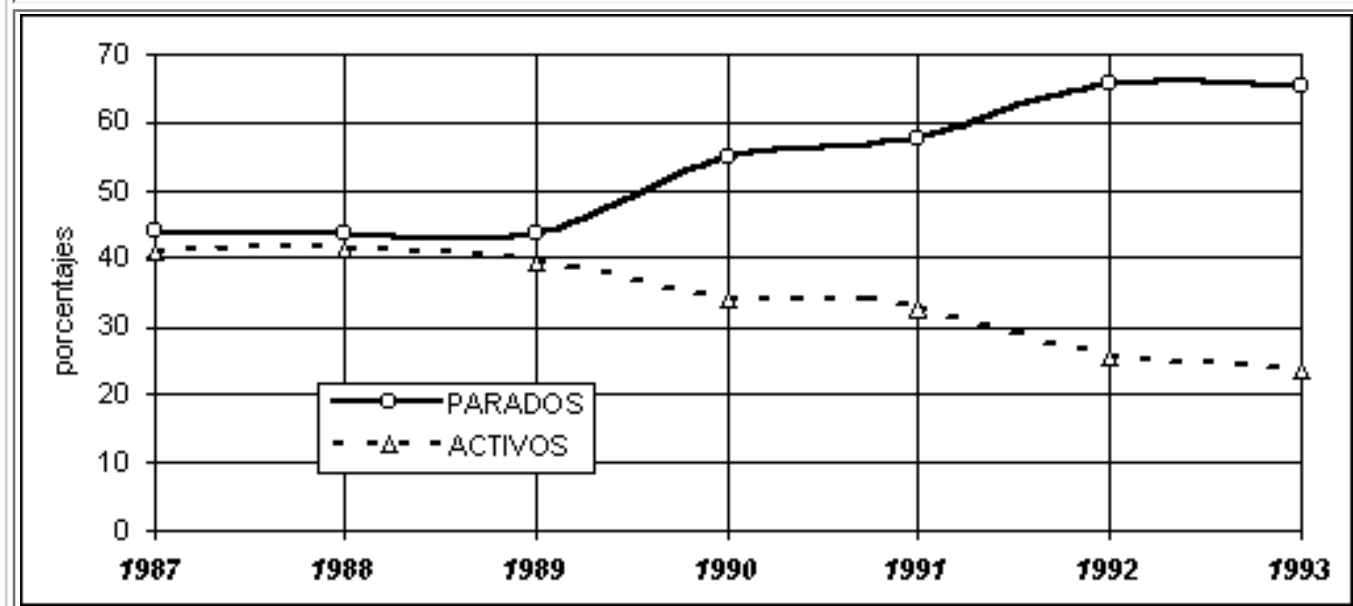


Gráfico 189. Urgencias hospitalarias atendidas debidas al consumo de opiáceos y cocaína según droga principal. Canarias 1991-94.

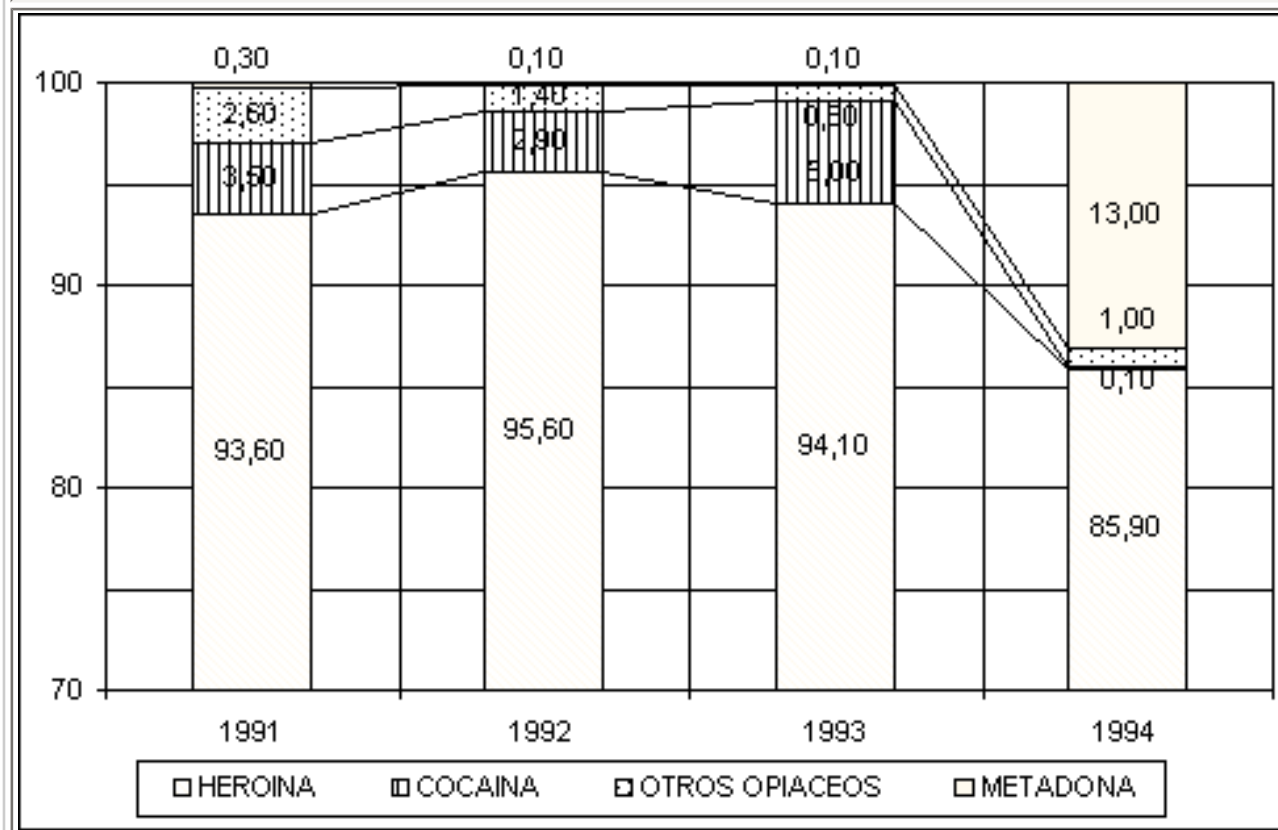
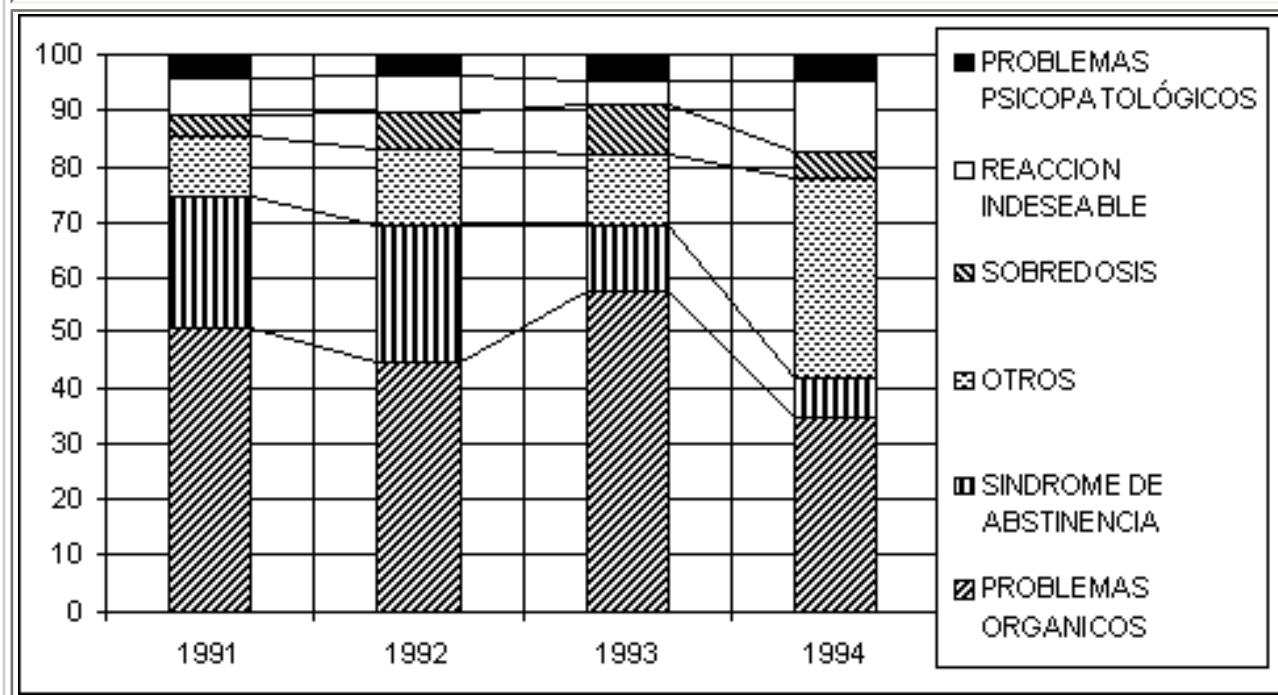


Gráfico 190. Urgencias hospitalarias atendidas debidas al consumo de opiáceos y cocaína, según motivo de consulta. Canarias, 1991-94



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: recursos sanitarios: recursos en atención a las drogodependencias

El impacto que sobre la sociedad canaria ha ejercido el fenómeno de las drogodependencias ha generado el desarrollo de un tipo de atención específica sanitaria y psico-social que tiende a aproximarse a la red asistencial del Servicio Canario de Salud (centros de salud y unidades de salud mental, entre otros centros de atención especializada).

La dotación en infraestructura disponible en la Comunidad Canaria, destinada específicamente a la atención de las drogodependencias, se agrupa según el tipo de servicio que ofrecen, del siguiente modo: servicios red específica de información, centros de emergencia social, centro de atención ambulatoria a las drogodependencias, unidades hospitalarias de desintoxicación, centros de día, pisos asistido, comunidades terapéuticas y centros de incorporación social. Además, hay que hacer constar, los programas terapéuticos con sustitutivos opiáceos que se aplican con carácter ambulatorio y los programas que se aplican específicamente en los establecimientos penitenciarios.

Los servicios específicos de información sobre drogodependencia no tienen carácter asistencial; en ellos se presta información y asesoramiento sobre los distintos recursos de la Red Asistencial de Drogodependencias. Algunos de estos servicios como la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Gran Canaria y el Servicio Interdisciplinar de Atención al Drogodependiente ubicado asimismo en Gran Canaria, ofrecen además apoyo terapéutico. De los 6 servicios de información, dos de ellos son dependientes de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias localizándose uno en Las Palmas de Gran Canaria y otro en Santa Cruz de Tenerife. Otros tres servicios localizados en Las Palmas de Gran Canaria son: La Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Gran Canaria, el Servicio Interdisciplinar de Atención al Drogodependiente y el Servicio de Información y Asesoramiento Jurídico. El Teléfono de Información sobre Drogodependencias presta servicios ininterrumpidos durante las 24 horas.

Los centros de acogida inmediata al drogodependiente que proporcionan información, intervenciones de reducción del daño y de mejora de la calidad de vida de los usuarios. Se dispone de un centro de emergencia social situado en Las Palmas de Gran Canaria.

Los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias (CAD), son centros donde los equipos profesionales formados por trabajadores sociales, médicos, psicólogos y monitores, prestan servicios de atención ambulatoria, terapéutica y social, tanto al sujeto drogodependiente como a los familiares y personas con los que mantiene un vínculo afectivo. Este tipo de centros es el lugar al que deben dirigirse los interesados para iniciar un tratamiento de recuperación, así como para la fase posterior de apoyo y seguimiento.

Canarias cuenta con 28 centros repartidos en cuatro áreas de salud. Tres de ellos en La Palma, ocho en Tenerife, catorce en Gran Canaria, uno en Lanzarote, y 2 en Fuerteventura.

Las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD) constituyen un recurso médico-asistencial que presta servicios de desintoxicación física, de orientación hacia la deshabituación y de educación sanitaria a las personas drogodependientes. Existen 4 UHD localizadas respectivamente en el

Hospital Universitario de Canarias y en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, Hospital Insular de Gran Canaria y Hospital General de Lanzarote.

El centro de día es un centro terapéutico que ofrece formación y talleres ocupacionales durante el día, destinando sus actividades hacia la incorporación social de las personas drogodependientes. Estos servicios se orientan tanto hacia la población con factores de riesgo como hacia drogodependientes que se encuentren en una fase posterior a la desintoxicación. Canarias cuenta con tres centros de día ubicados respectivamente en Tenerife, Gran Canaria y Lanzarote.

Los pisos asistidos constituyen un recurso destinado a usuarios de centros de día que han superado la fase de desintoxicación y se encuentran en fase de reinserción y que, por razones geográficas o sociofamiliares, no puedan realizar el tratamiento en dicho lugar por no disponer del alojamiento y/o ambiente adecuado durante su tratamiento. Dos son los centros que ofrecen este servicio, El Rincón de AFACODA en la isla de Lanzarote y Cruz Roja en Tenerife.

Las comunidades terapéuticas son centros de carácter residencial orientados hacia la deshabitación y rehabilitación de las personas drogodependientes que así lo necesiten, preparándoles para la incorporación social a través de la reestructuración de hábitos y de la formación académica y laboral. Hay 10 comunidades terapéuticas de las cuales seis están ubicadas en la isla de Gran Canaria, tres en la isla de Tenerife, y una en la isla de Lanzarote.

Los centros de incorporación social desarrollan actividades de carácter educativo, formativo, lúdico y laboral, en coordinación con los distintos recursos sociales y ocupacionales existentes. Se dispone de dos centros uno en la isla de Tenerife, y otro en la isla de Gran Canaria.

Los programas con sustitutivos opiáceos consisten en la prescripción y dispensación de metadona, con carácter ambulatorio, como sustitución al consumo de opiáceos. Este programa transcurre siempre bajo control médico-sanitario y con el correspondiente seguimiento asistencial del usuario. Estos recursos van dirigidos a drogodependientes con alguna de las siguientes características: desarrollo de problemas orgánicos severos (hepatitis, tuberculosis, seropositividad al VIH, etc.) u otra patología en fase terminal; mujeres en periodo de gestación; pacientes con múltiples intentos fracasados de lograr la abstinencia a través de programas libres de drogas en procesos terapéuticos continuados y con una larga historia tóxica de consumo de derivados opiáceos. Esta alternativa terapéutica está orientada a la disminución de la morbi-mortalidad asociada al consumo de opiáceos, siempre que las condiciones del paciente no hagan aconsejable la meta terapéutica de la abstinencia a través de un programa libre de drogas. Favoreciendo además la disminución del consumo ilegal, de las conductas antisociales derivadas del uso de opiáceos, así como la adaptación e integración social, familiar y laboral. Existen 6 centros que ofertan estos programas, localizándose tres de ellos en la isla de Tenerife, dos centros en la isla de Gran Canaria, y uno en la isla de Lanzarote.

Los programas que se desarrollan dentro de los centros penitenciarios van destinados a las personas drogodependientes que se encuentran en situación de penados. Son programas voluntarios y comprenden las fases de desintoxicación, deshabitación e incorporación social en aquellos casos en que la situación penal lo permita, estando en coordinación con los recursos asistenciales extrapenitenciarios. Existen dos centros penitenciarios que ofertan estos servicios, uno en la isla de

Tenerife y otro en la isla de Gran Canaria.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



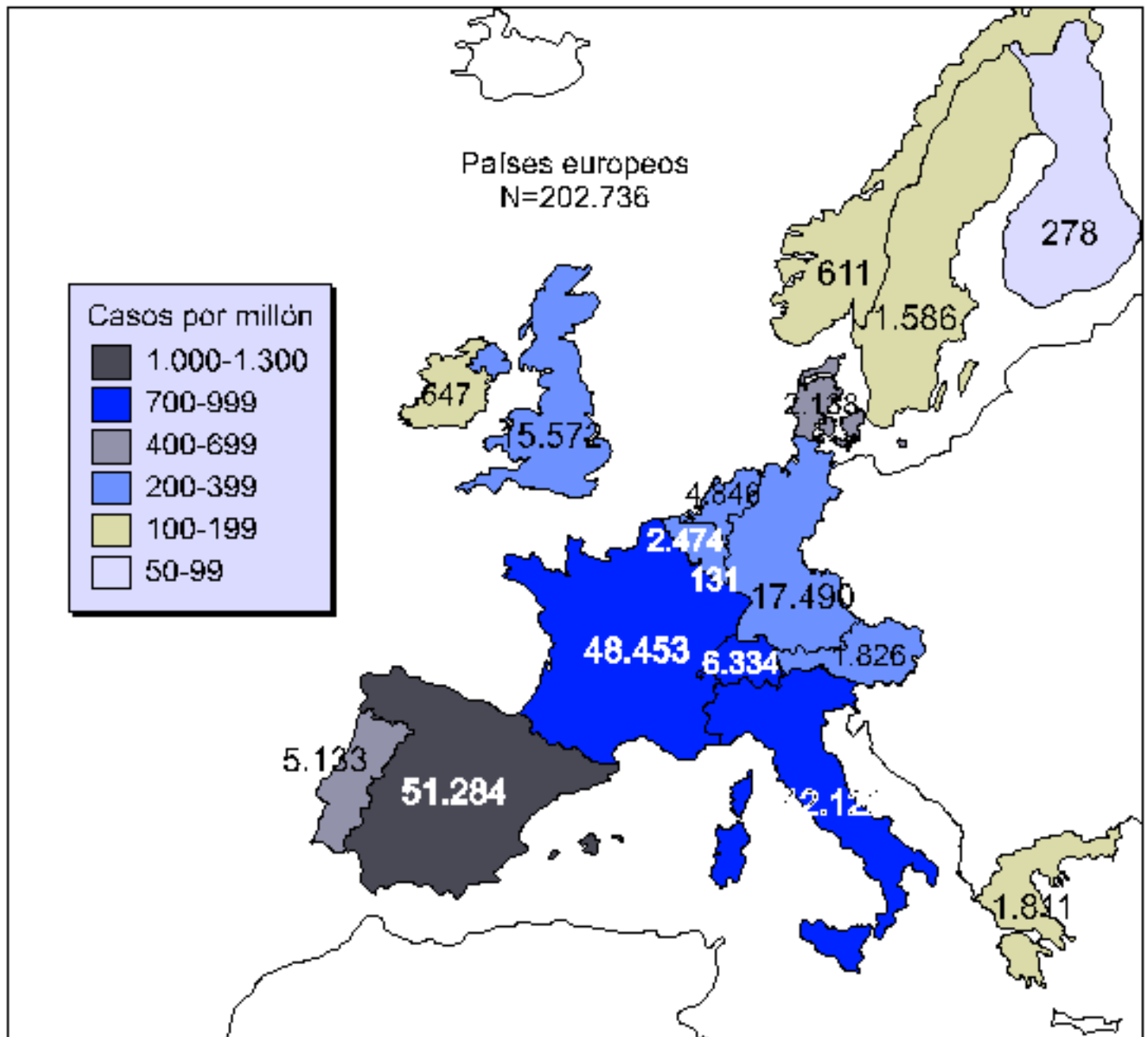
Situación de salud: morbilidad: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Si bien fueron identificados retrospectivamente algunos casos de Sida en el tramo final de la década de los setenta, el primer caso diagnosticado como tal se produjo en 1981 en los Estados Unidos de América. A partir de entonces, esta enfermedad se ha extendido por todo el mundo adquiriendo las características de una pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicas sus estimaciones para final del siglo XX, situándose entre 30 y 40 millones el número aproximado de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo. Hasta noviembre de 1998 se habían notificado oficialmente a la OMS un total de 1.987.217 casos de Sida. Sin embargo, existe un importantísimo grado de subregistro a expensas de la inadecuada notificación de casos por parte de los países en vías de desarrollo y más específicamente en África, donde concretamente en la región subsahariana se producen las tasas de prevalencia de infección por VIH más altas del mundo. La OMS ha estimado que a finales de 1998, 33,4 millones de personas vivirán, en el mundo, con el virus del Sida. Para estas mismas fechas habrán muerto por esta causa aproximadamente 13,9 millones de personas en el mundo. En países más desarrollados como los Estados Unidos de América, el Sida se ha transformado en la segunda causa de muerte en los varones de 25 a 44 años de edad a partir de 1990.

En Europa han sido declarados 218.938 casos de Sida hasta diciembre de 1998. La mayor parte de éstos se concentran en los países de Europa Occidental (Gráfico 1.E4), reduciéndose progresivamente las tasas hacia el Este del continente. España es el país que presenta las tasas de incidencia más altas del continente europeo, con 93,3 casos nuevos por millón (1998). Lo mismo ocurre en relación con los casos pediátricos, dado que España, con 763 casos de transmisión vertical, aporta el 28,7% de todos los casos notificados en la Unión Europea (hasta 30 de septiembre de 1996).

Sin embargo, a pesar de la importancia de estas cifras, hay que destacar que la incidencia nacional de casos nuevos de sida en 1998 ha disminuido más del 20% con respecto al año anterior, continuando la tendencia favorable iniciada en 1995. La situación es similar en Canarias registrándose 123 casos nuevos en 1997 y 85 en 1998, lo que supone un descenso del 30,9% con respecto a 1997 y del 58,1% con respecto a 1995. Según las fuentes consultadas, este descenso de la incidencia se debe fundamentalmente a la aplicación de las terapias combinadas.

Gráfico 1.E4. Casos acumulados de Sida y tasas acumuladas por millón de habitantes. Países europeos, a 30 de junio de 1998

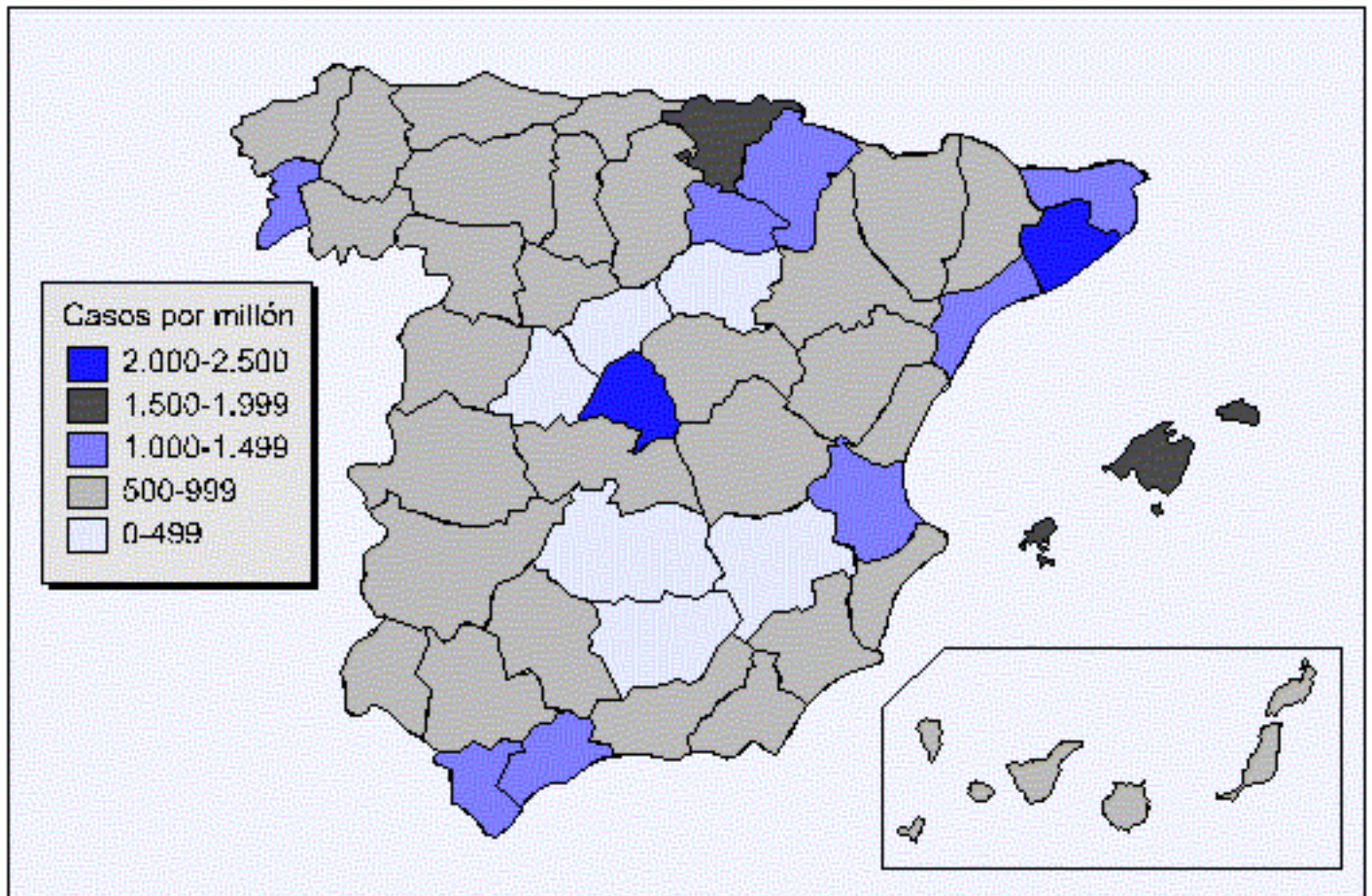


Fuentes: - World Health Organization: Weekly Epidemiological Record, november 1998

- World Health Organization: World Health Report 1999, Basic Indicators for all Member State

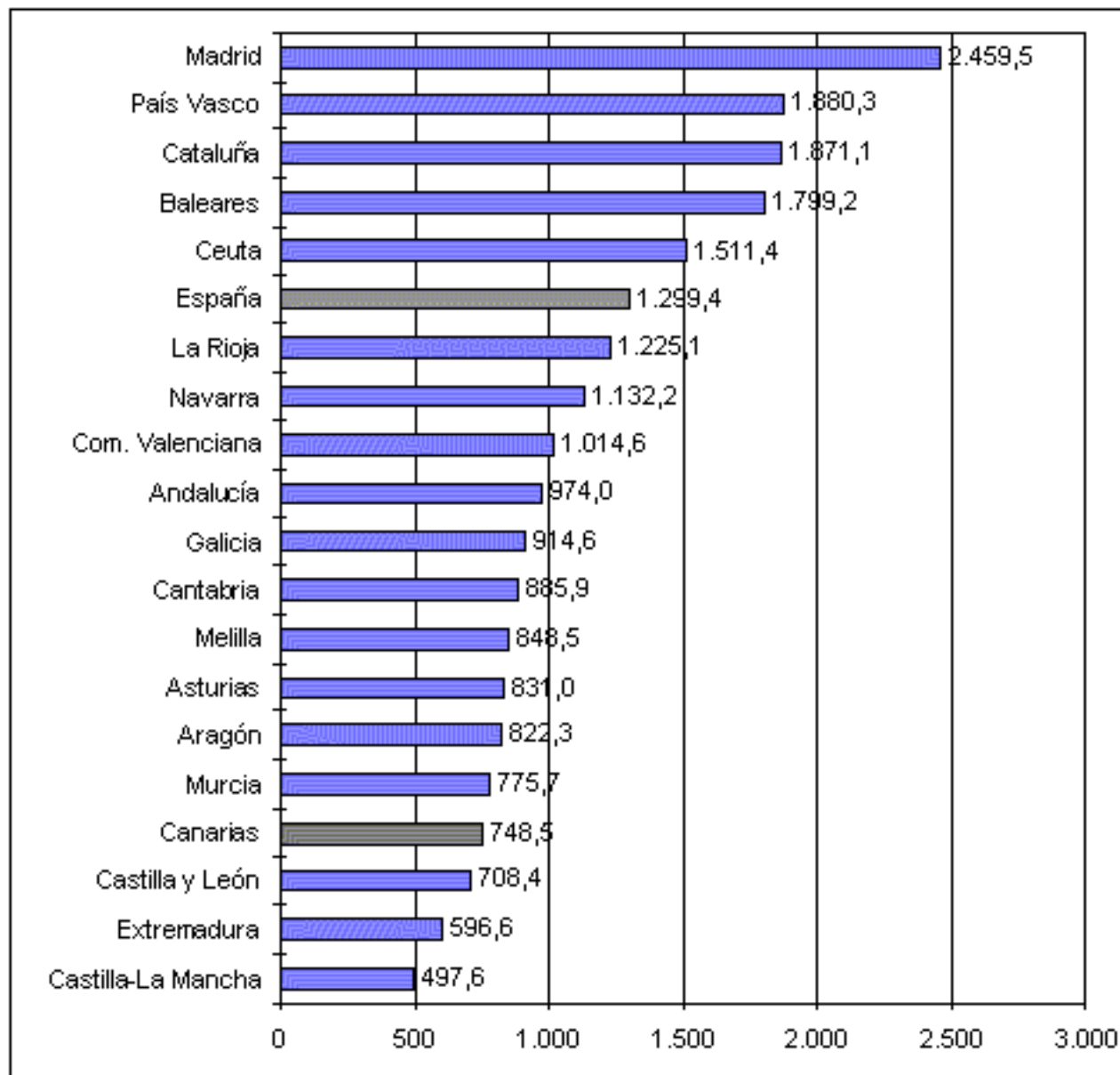
Los Gráficos 2.E4 y 3.E4 muestran las grandes diferencias geográficas en la tasa de incidencia del Sida entre las provincias y comunidades autónomas españolas; siendo los valores extremos de 2.459,5 casos por millón de habitantes en Madrid y 497,6 por millón de Castilla-La Mancha (valores correspondientes a las tasas de incidencia acumulada). Canarias ocupa una situación relativamente favorable en este ranking, con una tasa de incidencia acumulada de 748,5 por millón de habitantes (785,9 a 31 de marzo de 1999). Si bien este valor sitúa a Canarias en una posición baja, en el contexto de las comunidades autónomas españolas la sitúa en una posición desfavorable si la comparamos con otros países europeos (Gráfico 4.E4).

Gráfico 2.E4. Tasas acumuladas de Sida por millón de habitantes, según provincia de residencia, a 30 de septiembre de 1998



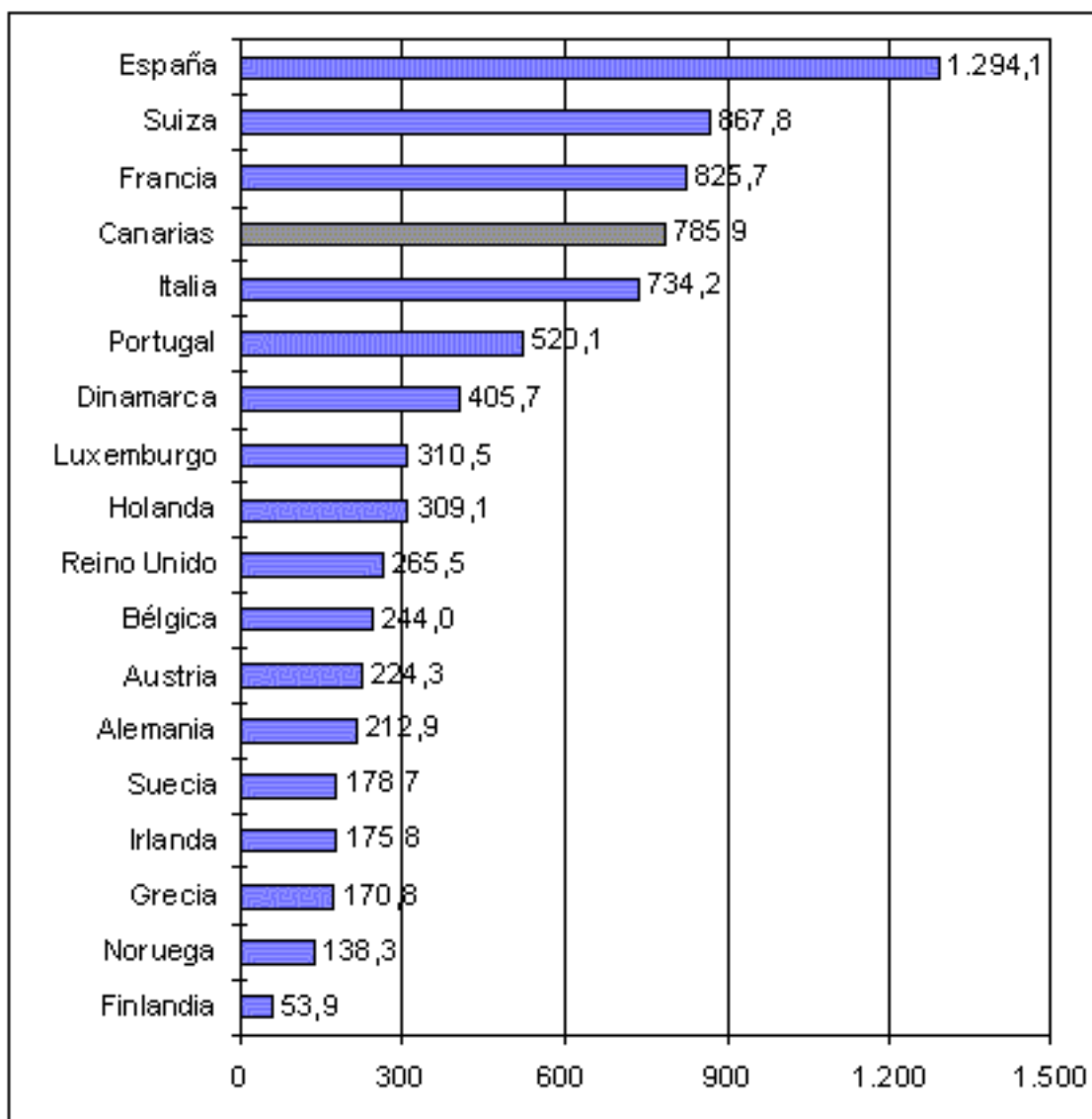
Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Vigilancia Epidemiológica del Sida en España

Gráfico 3.E4. Tasas acumuladas de Sida por millón de habitantes. Comunidad autónoma de residencia, a 30 de septiembre de 1998



Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Vigilancia Epidemiológica del Sida en España

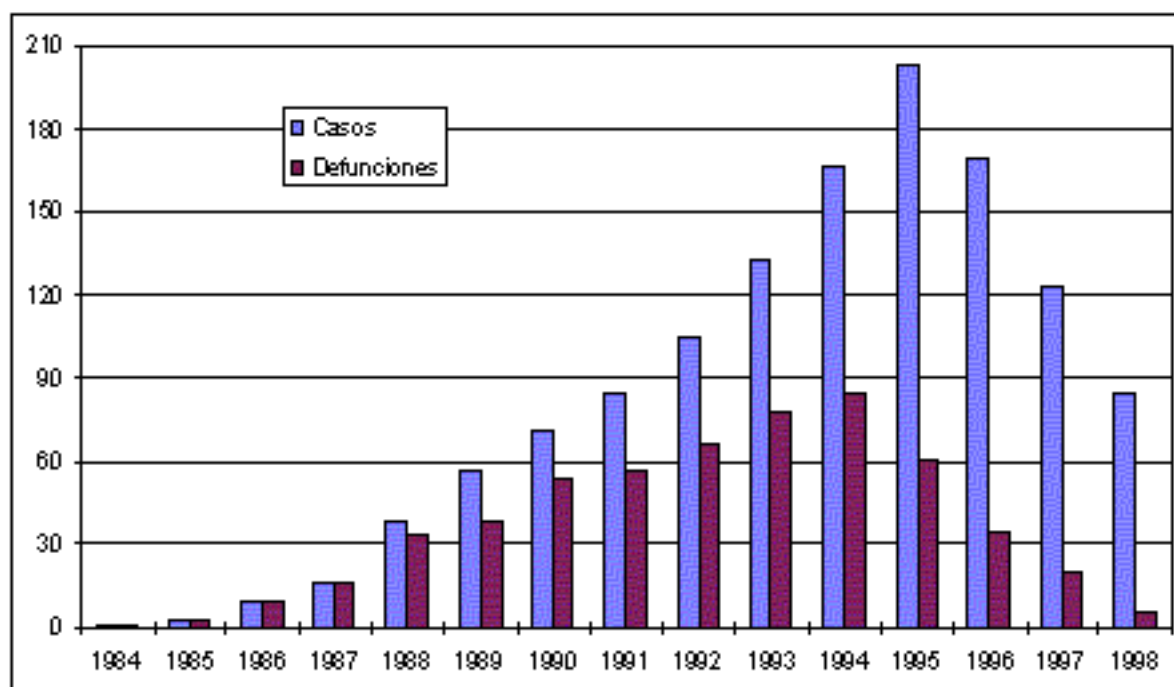
Gráfico 4.E4. Tasas acumuladas de Sida por millón de habitantes. Países europeos, datos actualizados a 30 de junio de 1998; Canarias, a 31 de marzo de 1999



Fuentes: - World Health Organization: Weekly Epidemiological Record, november 1998
 - World Health Organization: World Health Report 1999, Basic Indicators for all Member States
 - Dirección General de Salud Pública: Boletín Epidemiológico sobre Sida, marzo de 1999

La evolución de la incidencia ha progresado de año a año hasta 1995 (Gráfico 5.E4), si bien el porcentaje de incremento interanual se ha reducido en los últimos años. Así, en 1995, se diagnosticaron 203 casos, en 1996 fueron 169 casos, en 1997, 123 casos. En 1998 se han diagnosticado 85 casos, quedando algunos correspondientes a ese mismo año pendientes de confirmación. La letalidad ha mostrado una tendencia favorable a partir del máximo alcanzado en 1990, situándose en la actualidad (marzo de 1999) en el 43,5%.

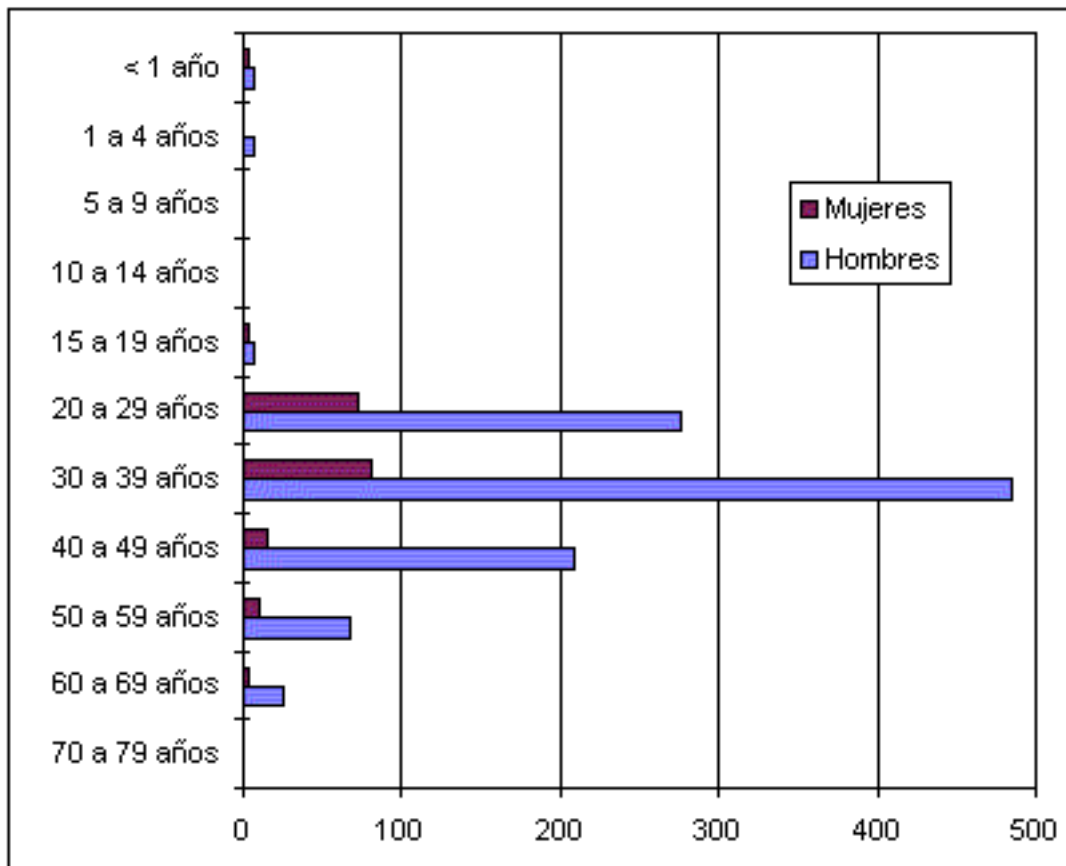
Gráfico 5.E4. Número de casos de Sida y defunciones por año de diagnóstico. Canarias, 1984 a 1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Con respecto al género, el 85,0% de los casos son varones, afectando de un modo más marcado al grupo etario de 30 a 39 años (44,1% en ambos sexos), seguido del grupo de 20 a 29 años (27,2%). El número de casos pediátricos se mantiene estable en el valor de 1,6% del total de casos (Gráfico 6. E4).

Gráfico 6.E4. Casos acumulados de Sida por grupos de edad y género. Canarias, a 31 de marzo de 1999

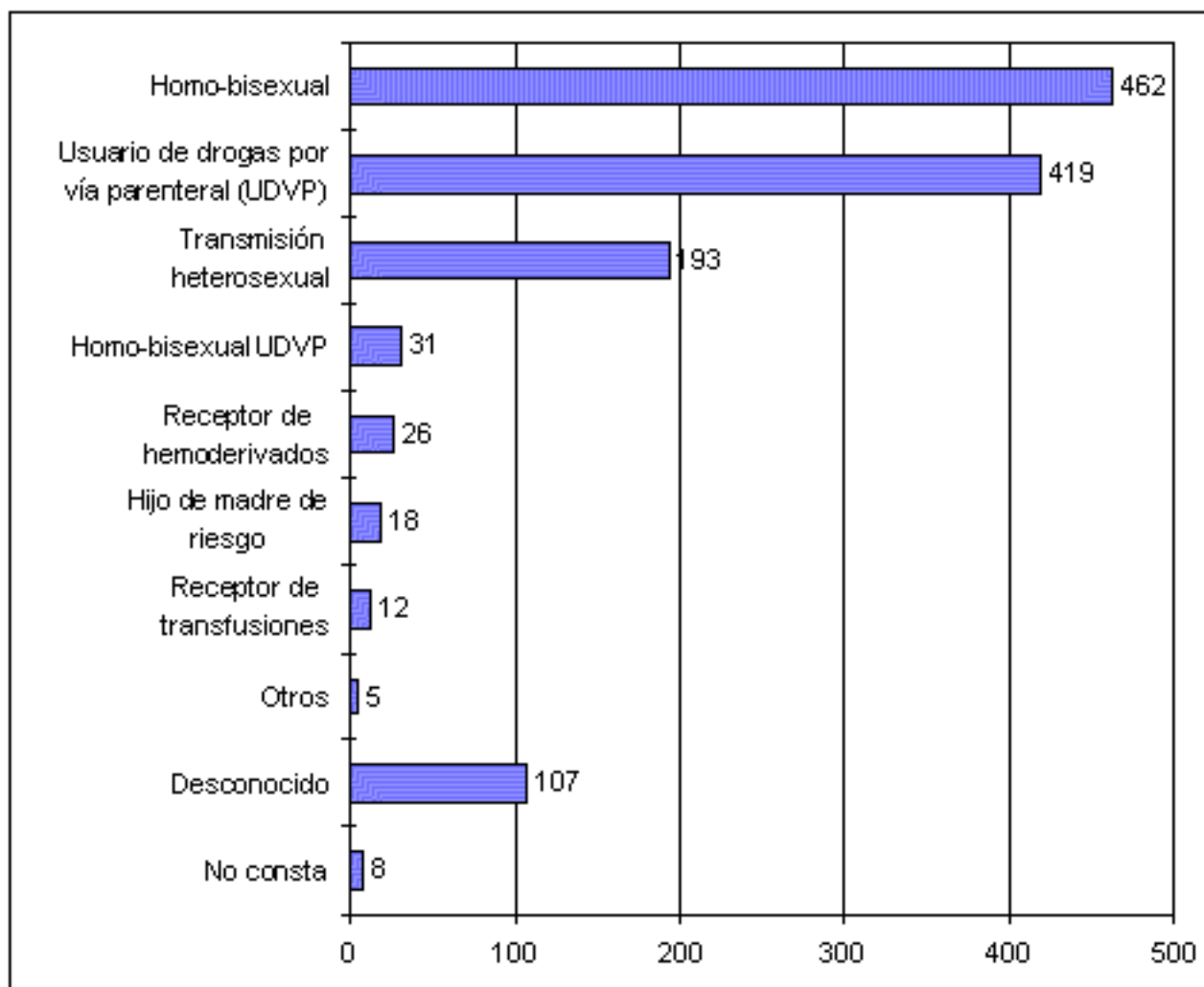


Fuente: -Dirección General de Salud Pública: Boletín Epidemiológico sobre Sida, marzo de 1999

Con los casos acumulados a 31 de marzo de 1999 se comprueba que el factor de riesgo más importante para la transmisión del Sida en Canarias es la vía sexual, con el 51,1% de casos. Dentro de este mecanismo de transmisión destaca la actividad homo-bisexual con el 36,1%, ascendiendo al 15,1% la transmisión heterosexual (Gráficos 7.E4 y 8.E4). El 32,7% de los casos se relacionan con el uso de drogas por vía parenteral.

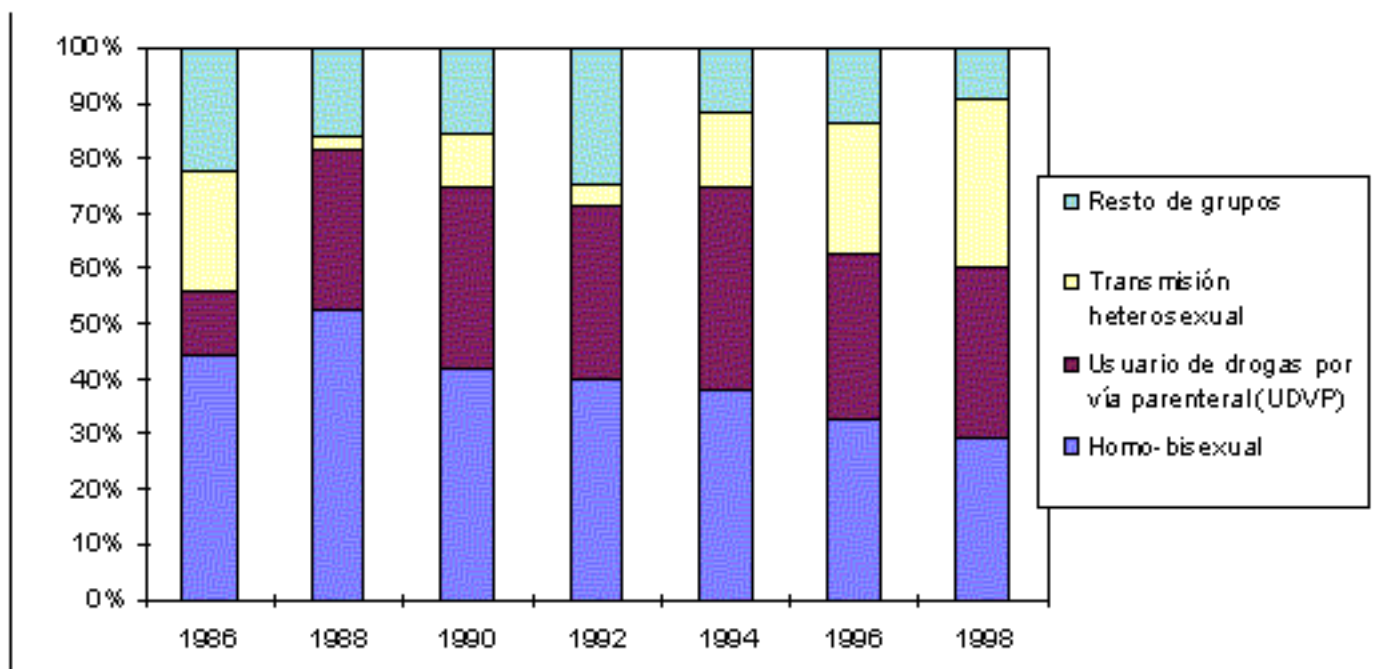
Si bien la Neumonía por *Pneumocystis carinii* supone el 23,5% de los casos acumulados por enfermedad indicativa (a 31 de marzo de 1999), los correspondientes a tuberculosis pulmonar y extrapulmonar suman un 28,2% (10,6%+17,6%) del total, seguidos por la Candidiasis esofágica (12,9%) y el Síndrome caquético por VIH (8,2%).

**Gráfico 7.E4. Casos acumulados de Sida por grupo de riesgo.
Canarias, a 31 de marzo de 1999**



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Boletín Epidemiológico sobre Sida, marzo de 1999

Gráfico 8.E4. Casos de Sida (%) por grupo de riesgo y año de diagnóstico. Canarias, 1986 a 1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Boletín Epidemiológico sobre Sida, marzo de 1999

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

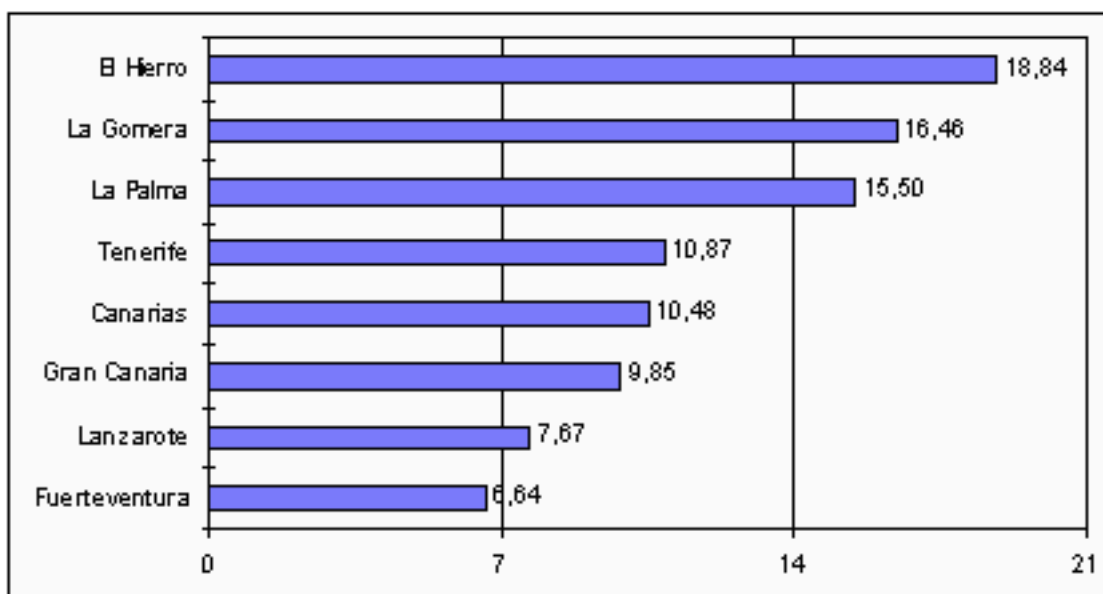
plandesalud@gobiernodecanarias.org



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 mi-graciones internas de población derivadas de las transformaciones económicas de nuestro Archipiélago, son algunos de los determi-nantes del actual envejecimiento de la población canaria y de las diferencias entre las islas (Gráfico 1.E5). 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 1.E5. Proporción de población de 65 años y más en cada una de las Áreas de Salud (%). Canarias, 1996

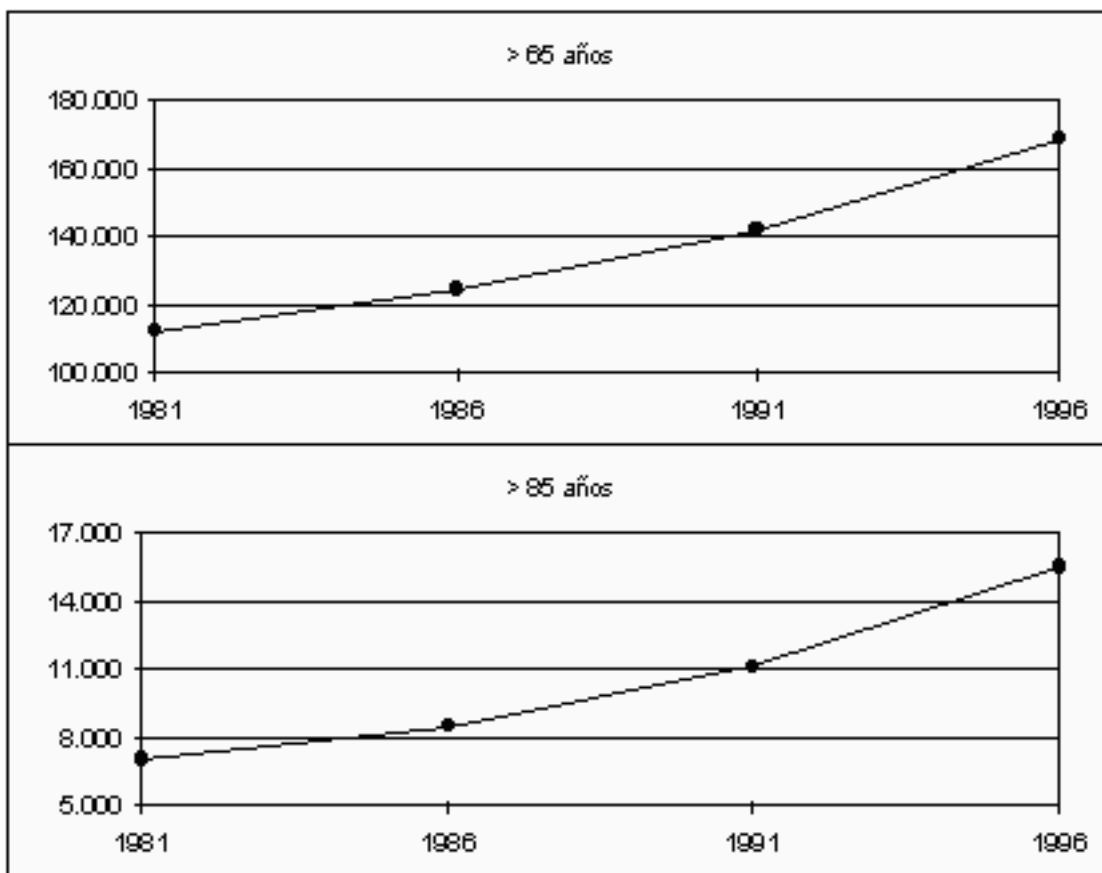


Fuente: -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

El índice de envejecimiento de 10,48 en 1996, sitúa a Canarias en el umbral de una sociedad envejecida, representando un incremento de 1 punto en relación al de 1991 y de 2 puntos con respecto al de 1986. El mayor crecimiento porcentual lo experimentan las personas de más de 85 años (Gráficos 2.E5 y 3.E5) pasando de 8.420 a 15.424 en el decenio 1986-1996, lo que representa un aumento del 39,1% 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 fragmen-tado como el de nuestra Comunidad, este hecho adquiere especial relevancia desde el punto de vista de la planificación.

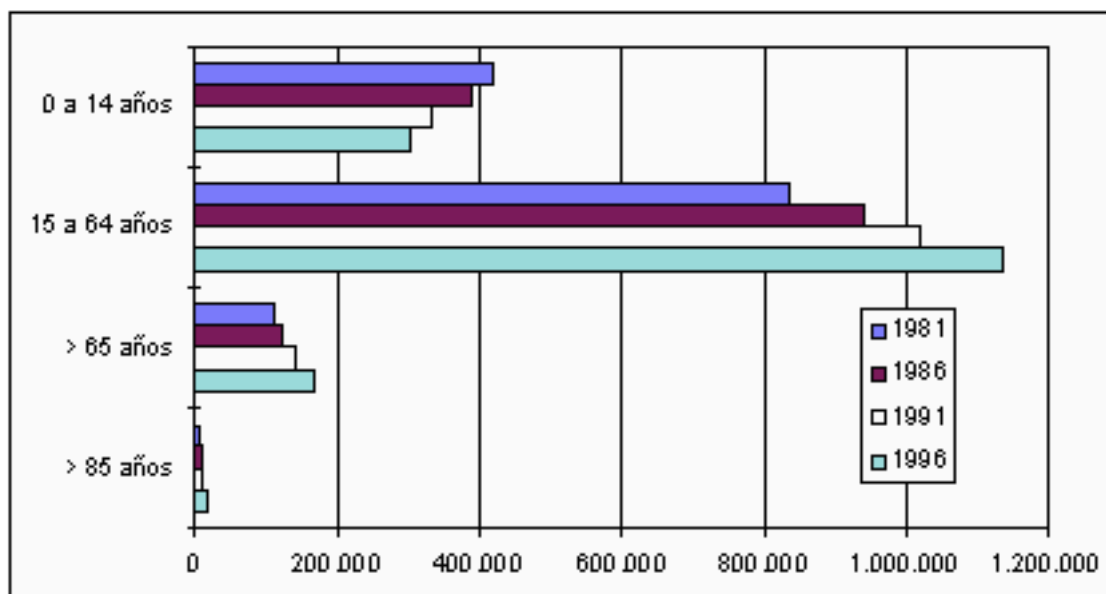
Gráfico 2.E5. Evolución de la población de personas mayores de 65 y 85 años. Canarias 1981, 1986, 1991 y 1996



Fuentes: -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 3.E5).

Gráfico 3.E5. Evolución de la población por grupos de edad. Canarias, 1981, 1986, 1991 y 1996



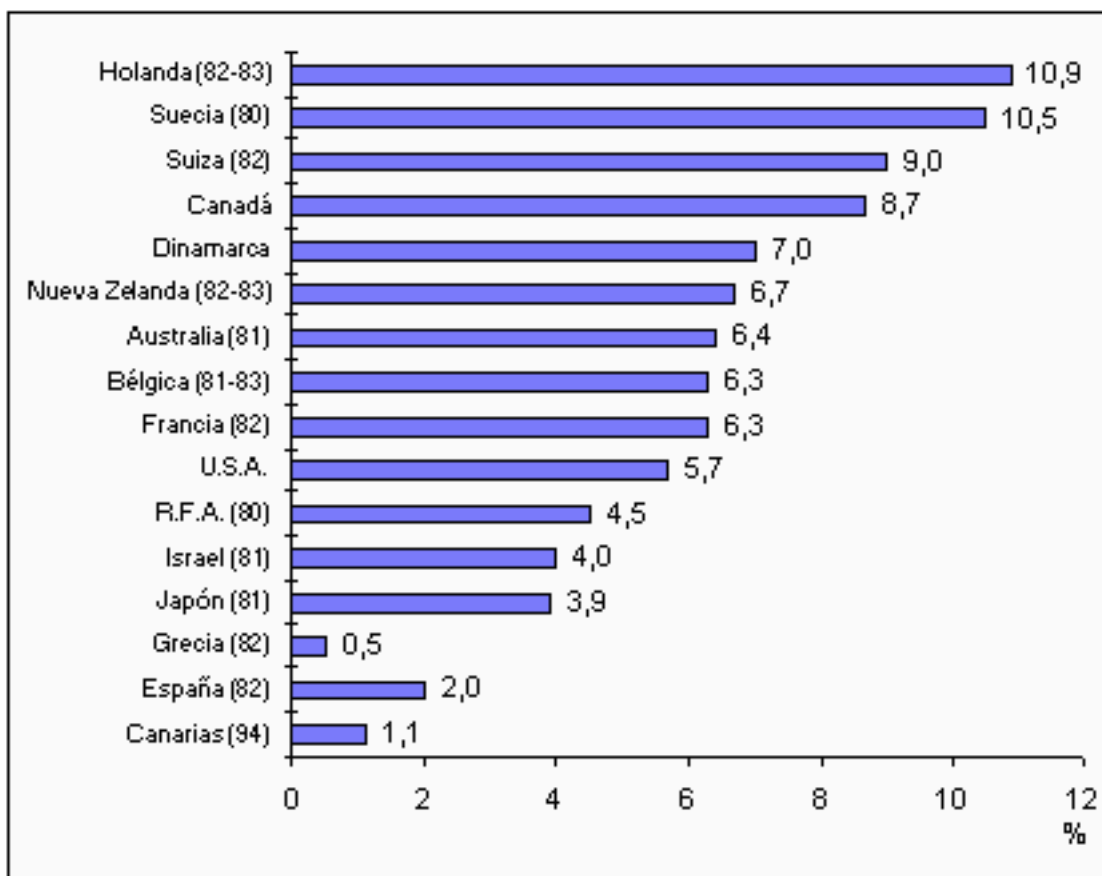
Fuentes: - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 - ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991
 - CEDOC: Padrón Municipal. Habitantes de Canarias, 1986
 - INE: Censo de Población de 1981

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.

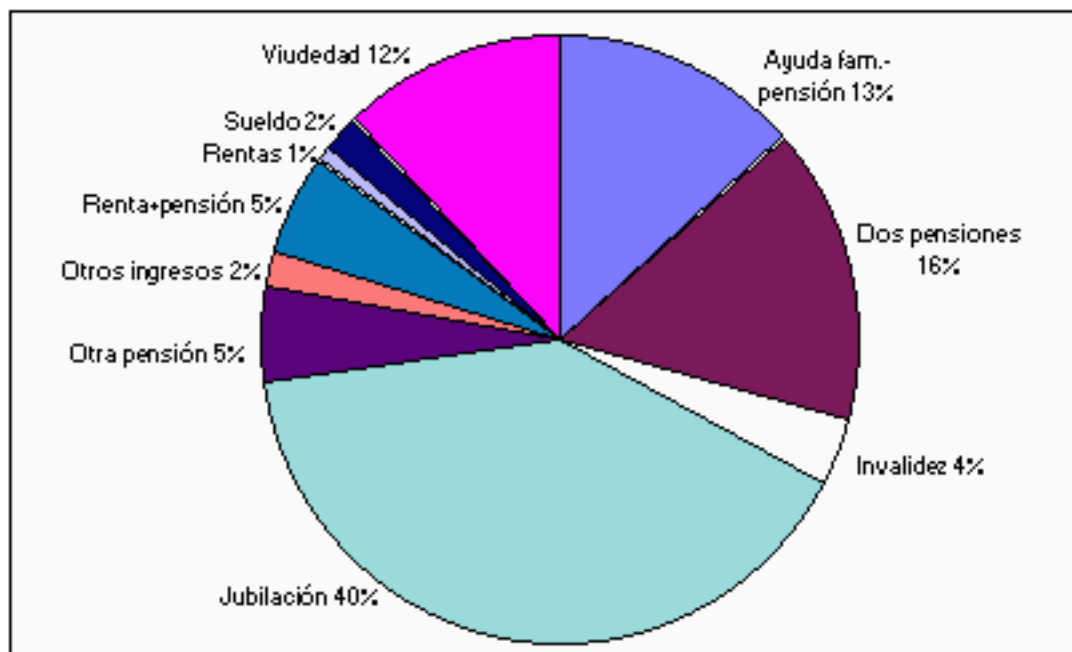
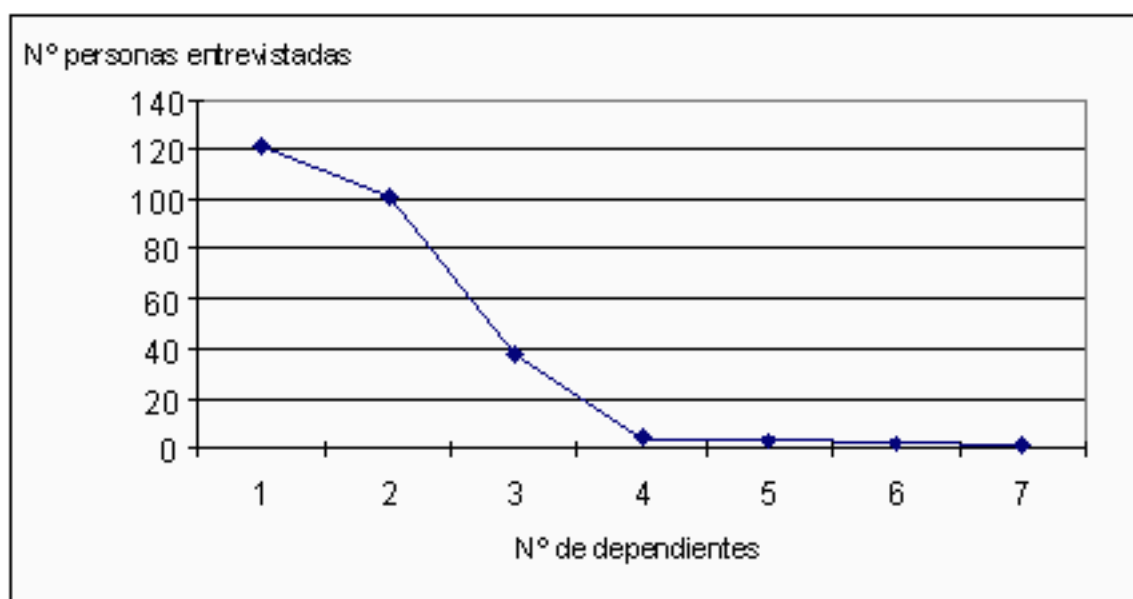
Situación socioeconómica

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 4.E5. Comparación de las tasas (%) de personas mayores institucionalizadas en diferentes países



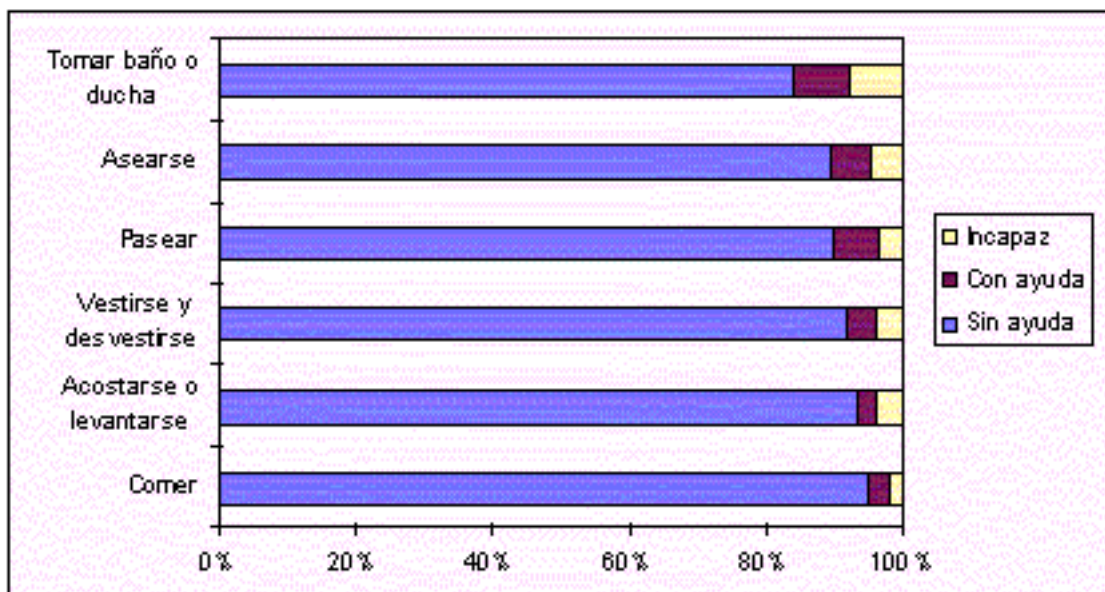
Seguendo dicho estudio, la fuente más frecuente de ingresos económicos (Gráfico 5.E5) es la pensión única de jubilación en un 40,0% de casos, seguida de la coexistencia de dos pensiones (16,1%), con un 13% que recibe ayuda económica regular por parte de sus amigos o familiares para completar su pensión. 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 6.E5). 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 5.E5. Fuente de ingresos en la unidad familiar**Gráfico 6.E5. Número de personas dependientes de la unidad familiar (de la que forman parte las personas mayores)**

Capacidad funcional

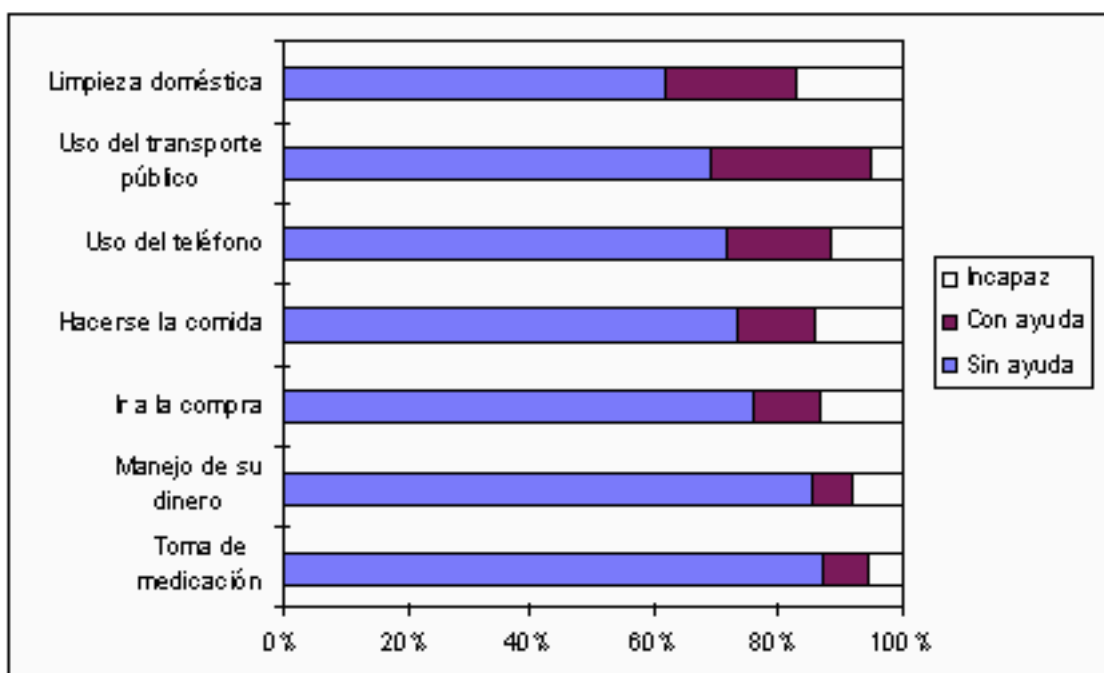
El 71% de las personas mayores pueden llevar a cabo todas las "Actividades Básicas de la Vida Diaria" (AVD-B) sin ayuda, aunque sólo el 42% podía realizar sin ayuda las "Actividades de la Vida Diaria Instrumentales" (AVD-I). Estos porcentajes se incrementan con la edad alcanzando valores del 71% para 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 7.E5) 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 7.E5. 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 8.E5. 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.

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).

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 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 el 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.

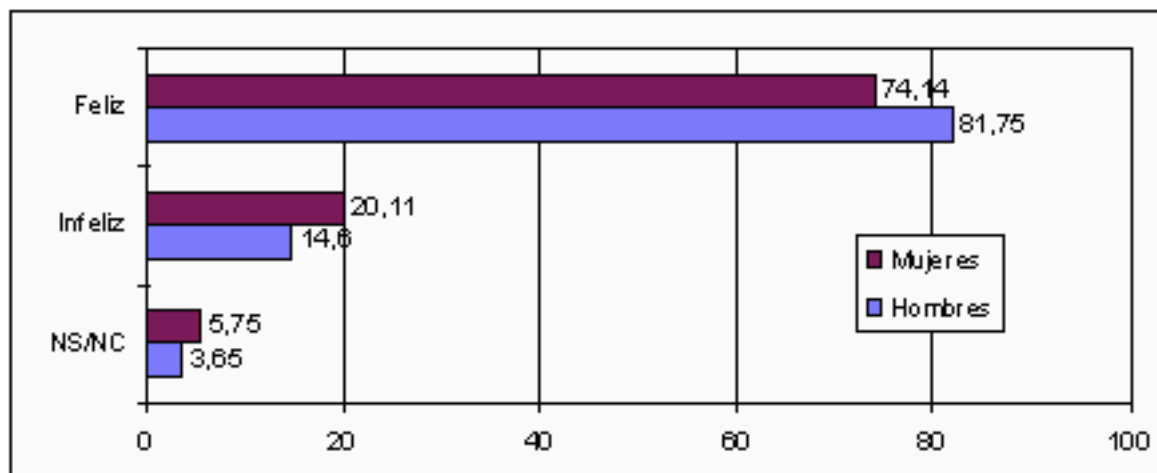
Autopercepción del estado de salud

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.

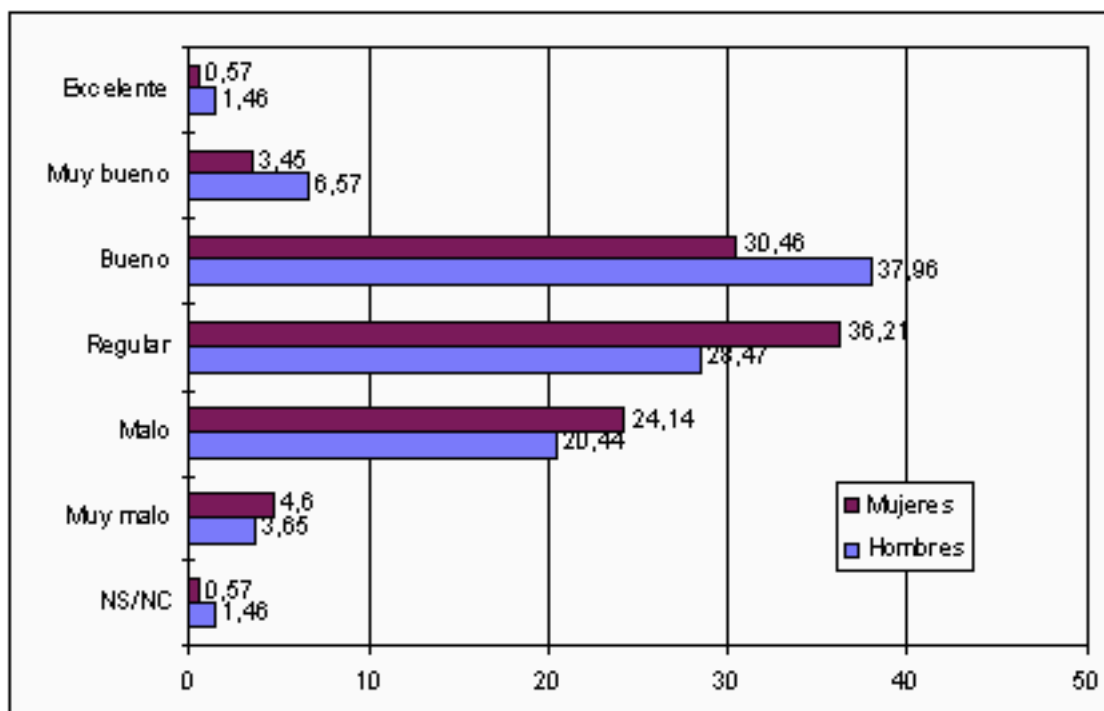
Las personas mayores en general se sienten razonablemente felices según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997. Sólo el 18% se consideran infelices (Gráfico 9.E5). No obstante, del 77% que es feliz, un 12% puntuó más de 3 en el GHQ, como posible caso psiquiátrico. Los "mayores" juzgan que su salud física es buena. El 27% cree que su salud física es mala o muy mala (Gráfico 10.E5).

Gráfico 9.E5. Personas mayores que se sienten razonablemente felices (%), considerando todas las circunstancias, según género. Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 10.E5. 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

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 I.E5). 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 I.E5. 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
Erf. y trast. apto. circulatorio	20,53	19,52
Erf. y trast. apto. respiratorio	11,59	11,63
Erf. y trast. apto. digestivo	10,81	9,91
Erf. y trast. sist. musculoesq y tej. conj.	9,53	10,93
Sistema nervioso	8,74	13,62
Erf. y trast. hígado, s. biliar, páncreas	6,97	7,02
Erf. 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
Erf. y trast. apto. reproduc. masc.	2,75	2,31
Erf. y trast. apto. reproduc. femén.	2,65	1,49
Erf. y trast. piel, tej. subcut. y mama	2,36	1,86
Erf. y trast. s. end., nutr. y metaból.	2,26	2,4
Erf. y trast. oído, nariz, faringe	2,06	1,85
Erf. infecc. y parasitarias	1,28	1,86
Trast. mentales	0,98	1,26
Lesiones, envenen. y efect. portóx.	0,79	1,07
Drogas/alcohol y trast. ment. drogas	0,39	0,55
Erf. y trast. sáing. o. hem y s. immune	0,39	0,31
Otras causas	0,29	0,08

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

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 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 de confianza al 95%: 3,6%-7,2%), y similar entre hombres y mujeres (Tabla II.E5). 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 II.E5. 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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: recursos sociosanitarios: recursos sociosanitarios para personas mayores

El bajo grado de institucionalización de las personas mayores en Canarias, condicionado entre otros factores por la disponibilidad de camas en residencias, hace necesario optimizar la utilización de otros recursos alternativos.

En este sentido la ayuda a domicilio está implantada en toda la Comunidad Autónoma y aunque es proporcionada mayoritariamente por los ayuntamientos, intervienen además otras organizaciones no gubernamentales y de voluntariado como Cruz Roja y Cáritas entre otras.

Tabla LII. Servicios prestados y personas mayores atendidos por islas en Canarias.

	Serv. realizados	Ratio	Ancianos atendidos	% Cobertura
CANARIAS	315.122	112	2.812	1,9
Lanzarote	6.726	50	134	2,8
Fuerteventura	8.214	175	47	1,9
Gran Canaria	131.689	139	946	1,6
Tenerife	106.446	84	1.267	2,1
La Palma	49.421	183	270	2,4
La Gomera	5.670	62	92	3,7
El Hierro	6.920	123	56	4,2

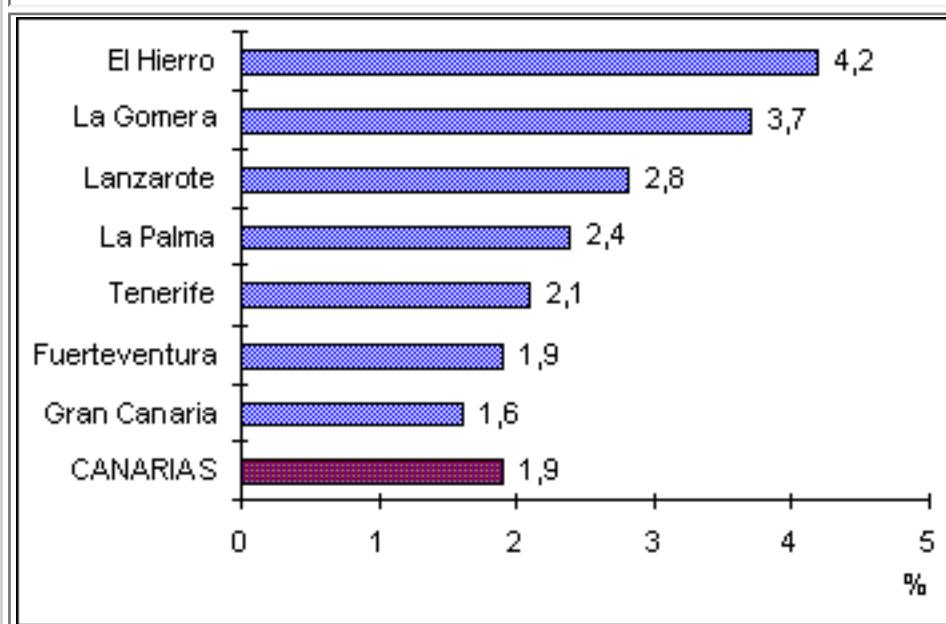
Su cobertura está por debajo de su demanda potencial y de las recomendaciones para España (10%), Suecia (20%) e Italia (15%), atendándose solo a dos personas mayores de cada diez que lo necesitan, (tabla LII y gráfico 224) cubriéndose únicamente un 50% de la demanda nueva que se genera.

El 75% de los servicios se financian con cargo al Plan Concertado del Gobierno de Canarias y el 8,8% mediante subvenciones cuyo abono sufre retrasos frecuentes que repercuten en la calidad y la continuidad del servicio.

Algo más de la mitad de los ayuntamientos no disponen de personal propio y tienen que concertarlo con empresas privadas.

Si tenemos en cuenta que muchos de los ancianos presentan problemas físicos, deterioro psíquico o situación social

Gráfico 224. Cobertura del servicio de ayuda domiciliaria en Canarias, por islas, 1994.



compleja, está claro que el personal que los atiende debe tener asegurada una cualificación mínima.

El porcentaje actual de personal cualificado, 7%, está bastante lejos de lo que sería deseable, por lo que urge la puesta en marcha de programas de formación del mismo.

El ratio actual de personal/personas mayores atendidos en nuestro Archipiélago es de 0,131 (tabla LIII), destacando por debajo del mismo La Gomera (0,010) y Lanzarote (0,059).

Tabla LIII. Personal y ratio de ayuda a domicilio.

	Total personal	Ancianos atendidos	Ratio
CANARIAS	369	2.812	0,131
Lanzarote	8	134	0,059
Fuerteventura	8	47	0,170
Gran Canaria	116	946	0,122
Tenerife	198	1.267	0,156
La Palma	29	270	0,107
La Gomera	1	92	0,010
El Hierro	9	56	0,160

En relación con los centros de día, hogares y clubes destinados a las personas mayores, en nuestro medio no están delimitadas las funciones de cada uno de ellos, destacando la casi inexistencia de Centros de Día con cobertura de terapia ocupacional o rehabilitación, respondiendo mayoritariamente las funciones que se desarrollan en los mismos al esquema de locales de encuentro y ocio.

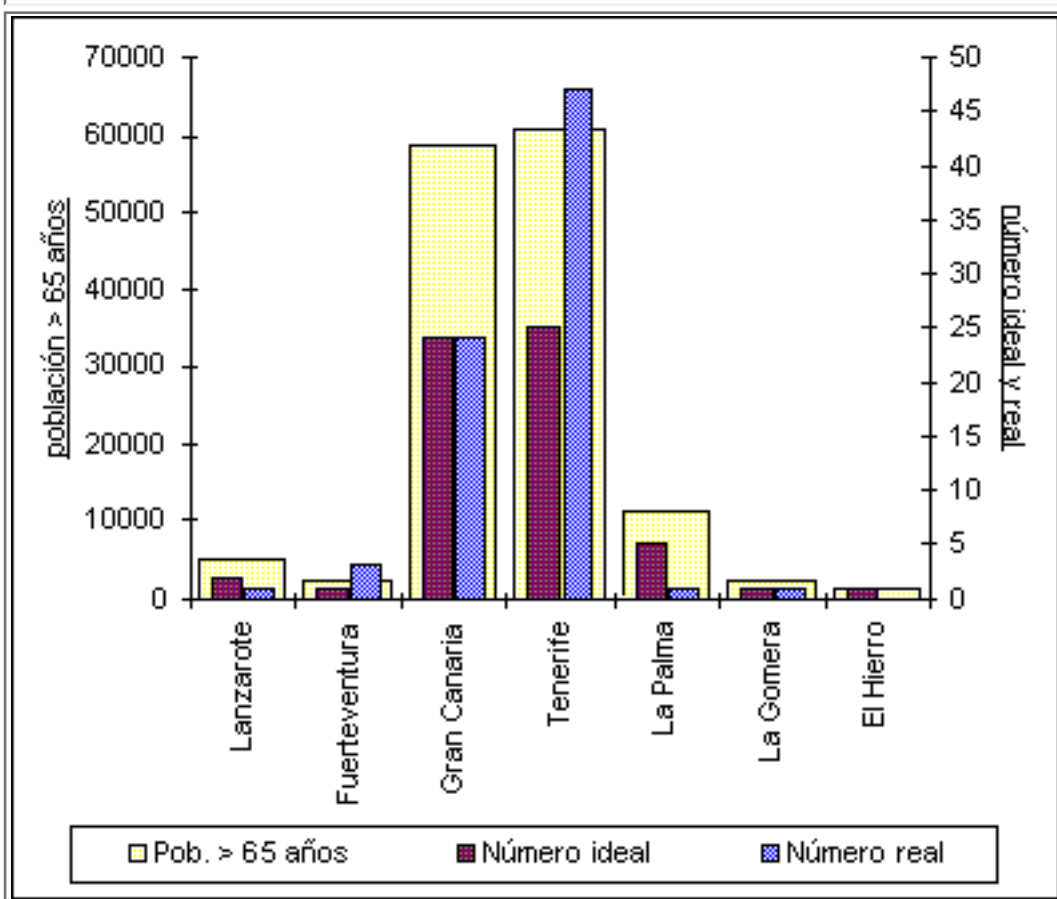
Aproximadamente la mitad de los Centros cuenta con personal, destacando el bajo nivel de cobertura del personal sanitario (menos del 4%).

Sólo un 17% de los centros tiene facilidades arquitectónicas lo que evidencia que están diseñados para ancianos/as con buenas condiciones físicas y mentales; siendo la mayoría locales pequeños.

Las dos terceras partes de los mismos se financian mediante el sector público.

El número de este tipo de centros actualmente en Canarias es de 77 sobre un número ideal de 57 (gráfico 225), siendo deficitarias

Gráfico 225. Comparación entre el número ideal y el número real de centros, hogares y clubes y la población mayor de 65 años por islas, 1994.



con respecto a la misma las islas de El Hierro, La Palma y La Gomera.

El número ideal se calcula a partir del criterio de cobertura de un centro, hogar o club por 2.500 personas mayores.

Entre las funciones a incorporar por estos centros en el futuro inmediato están las rehabilitadoras, de promoción de la salud, comida y ayuda a domicilio.

La mayor parte de las residencias actuales de Canarias pertenecen al sector privado (37,9%) y a la Iglesia (13,8%); con un 24,1% de propiedad pública.

Sin embargo, casi la mitad de las plazas (41,9%) son de dependencia pública.

Sólo se cuenta con la mitad de plazas necesarias, al disponer de 1,5 plazas por cada 100 personas mayores en Canarias en relación a las 3,5 por cada 100 personas

mayores de 65 años propuestos por el Plan Gerontológico Nacional para cubrir la demanda potencial actual.

Los ratios más bajos se producen en las islas de Fuerteventura (0,4) y Lanzarote (0,6).

La distribución por islas (gráfico 226) muestra el mayor porcentaje de plazas en Gran Canaria y el más elevado de residencias en Tenerife, no correlacionándose el número de plazas con el de residencias, contando con los porcentajes más bajos las islas de Fuerteventura, El Hierro, Lanzarote y La Gomera.

A todo esto hay que añadir que la tercera parte de las residencias y la mitad de las plazas tienen carácter suprarregional, es decir, pueden ser ocupadas por usuarios de otras autonomías.

Gráfico 226. Distribución (%) del número de residencias y plazas por áreas sanitarias. Canarias, 1994.

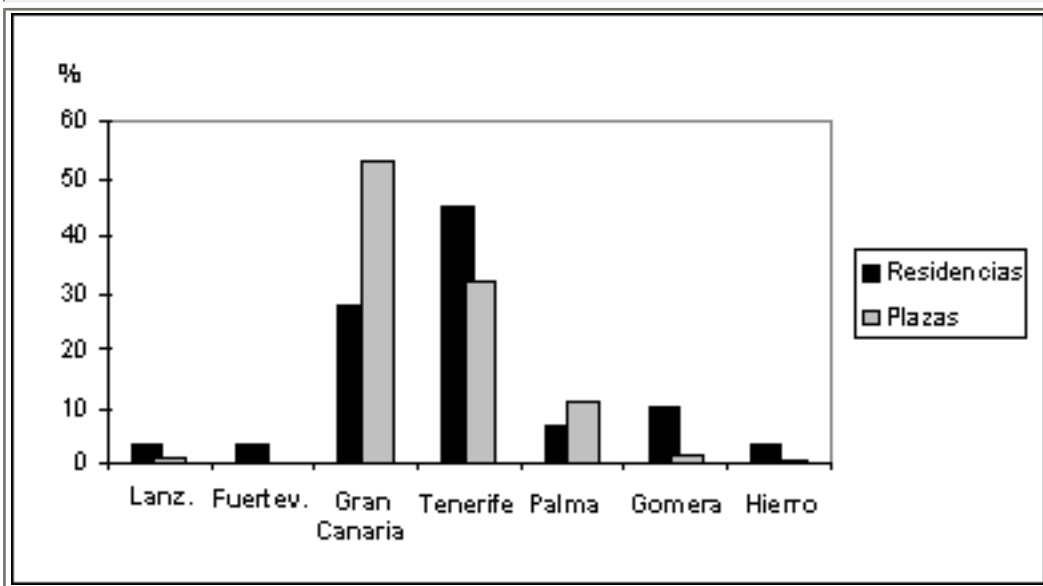
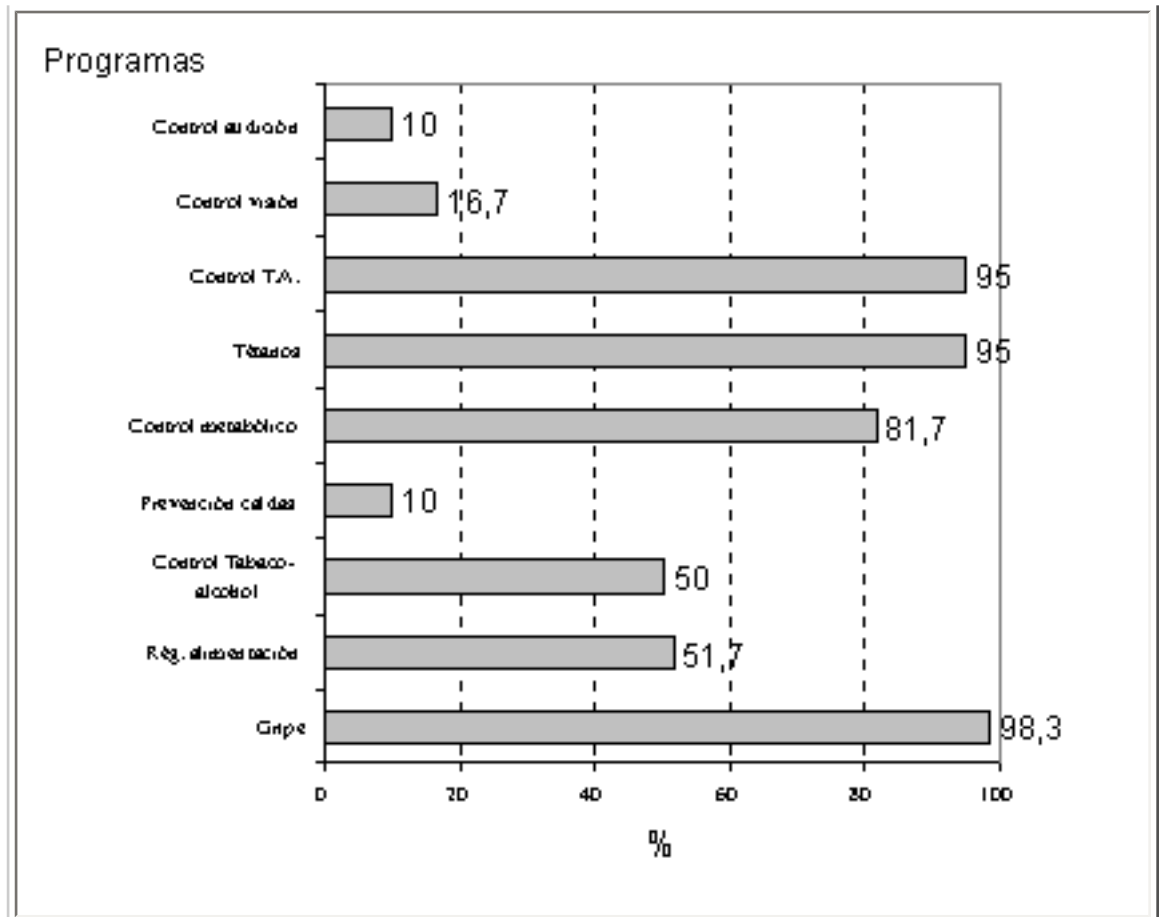


Gráfico 227. Existencias de programas de prevención en Atención Primaria.

Únicamente el 14 % de las residencias y el 3 % de las plazas son asistidas, realizándose terapia ocupacional y rehabilitación de mantenimiento en muy pocas de ellas.

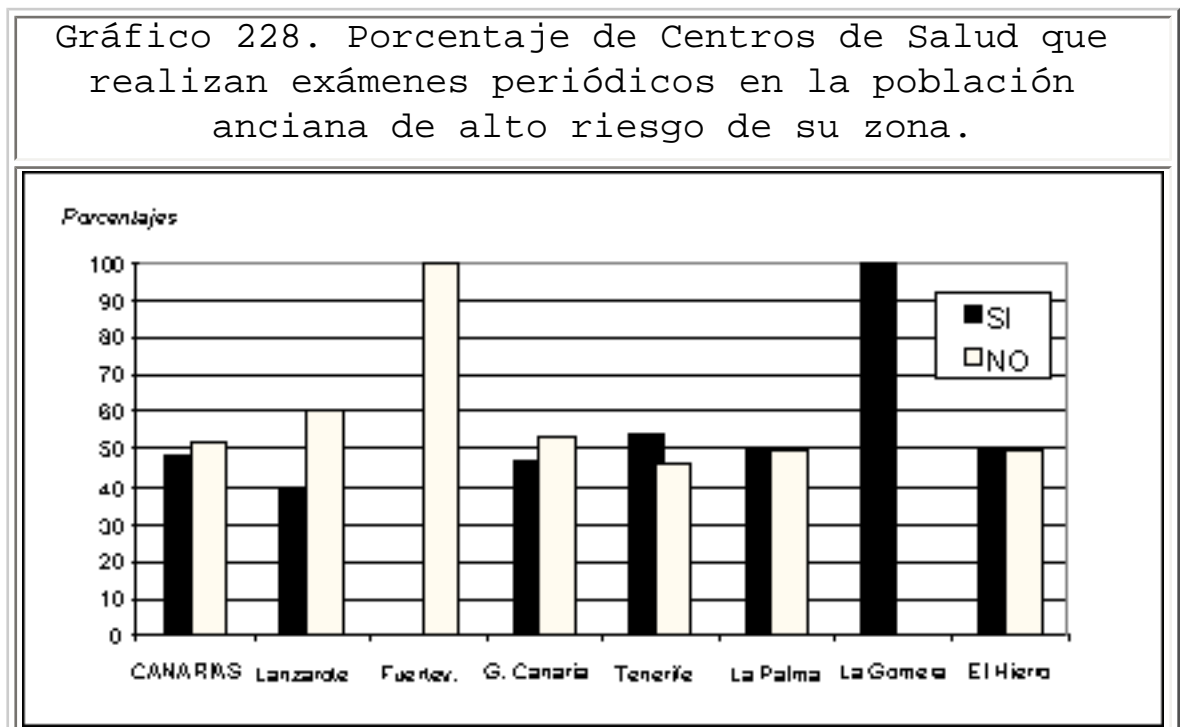
La proporción personal/plaza es aceptable (0,27 de promedio), contando, alrededor de la mitad, con personal auxiliar y de enfermería, médicos, personal de gestión y de administración y personal de guardia.



Las residencias son caras, con un media de 97.336 pesetas al mes, y pocos usuarios pueden acceder a ellas por los escasos medios económicos de que disponen.

Este elevado coste hace que prácticamente todas reciban una cuota o contribución del usuario/a, completando su financiación con subvenciones públicas.

Aunque la dedicación prestada por los Equipos de Atención Primaria a la atención de las personas mayores es alta (al menos el 48% del trabajo profesional diario), menos de la quinta parte de los centros (un 16,6%) cuenta con un programa específico para este grupo poblacional, incluyéndose en la mayoría de los casos (60%) dentro del programa de los adultos.



Son excepcionales los centros (10%) que manejan instrumentos de valoración funcional geriátrica.

Sólo un 56% de los centros conoce el Censo de Población de los mayores de 65 años.

Los exámenes de salud preventivos a los ancianos de alto riesgo se llevan a cabo en un 48,3% de los centros.

Prácticamente la totalidad de los centros (93,3%) realiza actividades de captación de patología crónica o invalidante, destacando la diabetes (93,3% de centros), y la hipertensión arterial (91,7%), aproximadamente la mitad trabaja en la captación de enfermos terminales, patología cardiovascular e inmovilidad y, en menor proporción, otras patologías (demencia, incontinencia y patología reumática) (gráfico 227).

La mayoría de los centros (88,3%) tienen localizados y manejan una relación nominal de los ancianos inmovilizados en su zona y los visitan periódicamente.

Un 65% conoce a los enfermos de cáncer terminal y

aproximadamente un tercio conoce la proporción de los que viven solos y los dementes.

Pocos desarrollan programas de captación de demencia o incontinencia, de prevención de caídas, accidentes y problemas sensoriales.

Con respecto a la coordinación con otros niveles socio-asistenciales, se ha encontrado que la mayoría de los centros (75%) tienen dificultades para derivar a sus pacientes al nivel de atención hospitalario, manteniendo relaciones con los clubs, centros de día o residencias únicamente un 53,3% de los mismos y con los servicios hospitalarios y/o de geriatría aproximadamente un 20%.

Tabla LIV. Comparación entre el ratio ideal (camas uso geriátrico/habitantes >65 años) y el ratio real en Canarias, 1994.

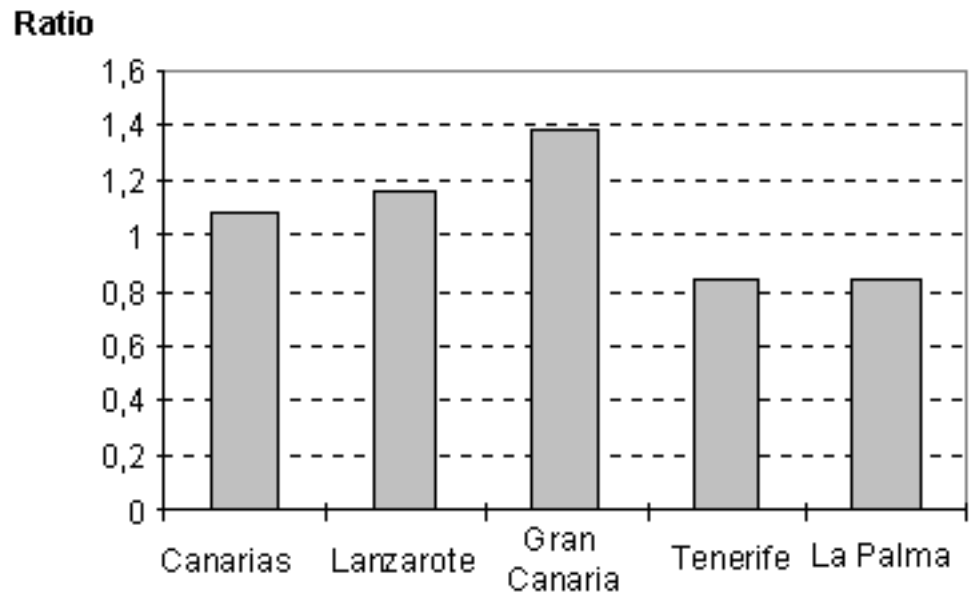
	RATIO	% AGUDOS	% ESTANCIA MEDIA	% LARGA ESTANCIA
Valores Ideales	10	25,0	25,0	50,0
CANARIAS	13,9	27,9	5,2	66,9
Lanzarote	13,5	31,2	12,5	56,3
G. Canaria	12,7	24,4	9,2	66,4
Tenerife	16,9	33,8	2,4	63,8
La Palma	11,4	0	0	100,0

Gráfico 229. Ratio de personal por cama en hospitales de uso geriátrico.

La reordenación funcional de este sector constituye uno de los objetivos básicos de cualquier política de asistencia geriátrica moderna.

Las tres cuartas partes de los hospitales y camas hospitalarias pertenecen a los Cabildos Insulares y al sector privado, muchas de ellas en régimen de concierto con la Seguridad

Social, distribuyéndose los centros hospitalarios de potencial uso geriátrico según el área de cobertura en: un 66,6% a nivel insular; un 4,8% a nivel provincial; un 14,3% a nivel regional y el mismo porcentaje a nivel local.



Aunque cuantitativamente y a nivel global de la Comunidad contamos con el número de camas suficientes (13,9 camas por cada 1.000 personas mayores de 65 años) según los ratios admitidos (10‰), no debemos perder de vista que la calidad de muchas de ellas no es la deseable al tener una condición casi asilar ante la carencia crónica de plazas de residencias.

Hay escasa presencia de personal diplomado en enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y un predominio de personal auxiliar de enfermería, siendo la razón personal por cama en hospitales de uso geriátrico de Canarias de 1.081, situándose por debajo de la misma Tenerife y La Palma (gráfico 229).

La mitad aproximadamente de los hospitales mantiene relaciones informales con los servicios sociales y sólo una minoría con atención primaria.

Toda esta situación lleva a que la red hospitalaria actual responda más a un esquema anticuado o de "cronificación" que a una estructura moderna de rehabilitación y devolución a la comunidad de los ancianos/as enfermos.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

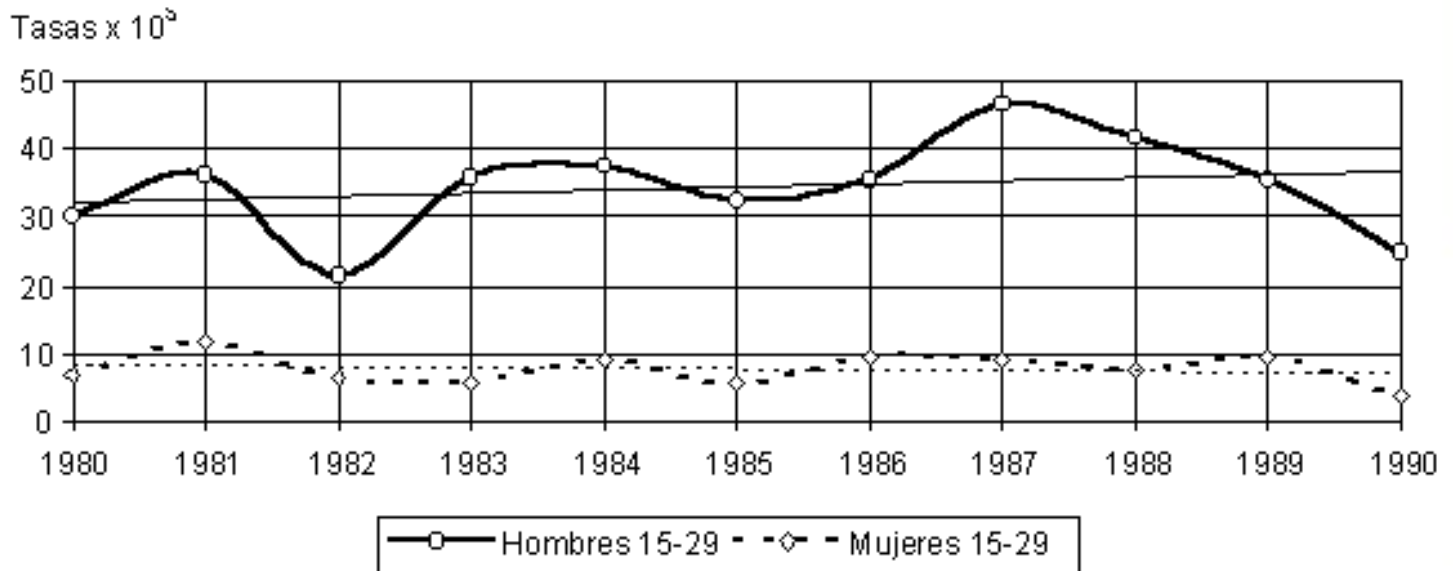
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



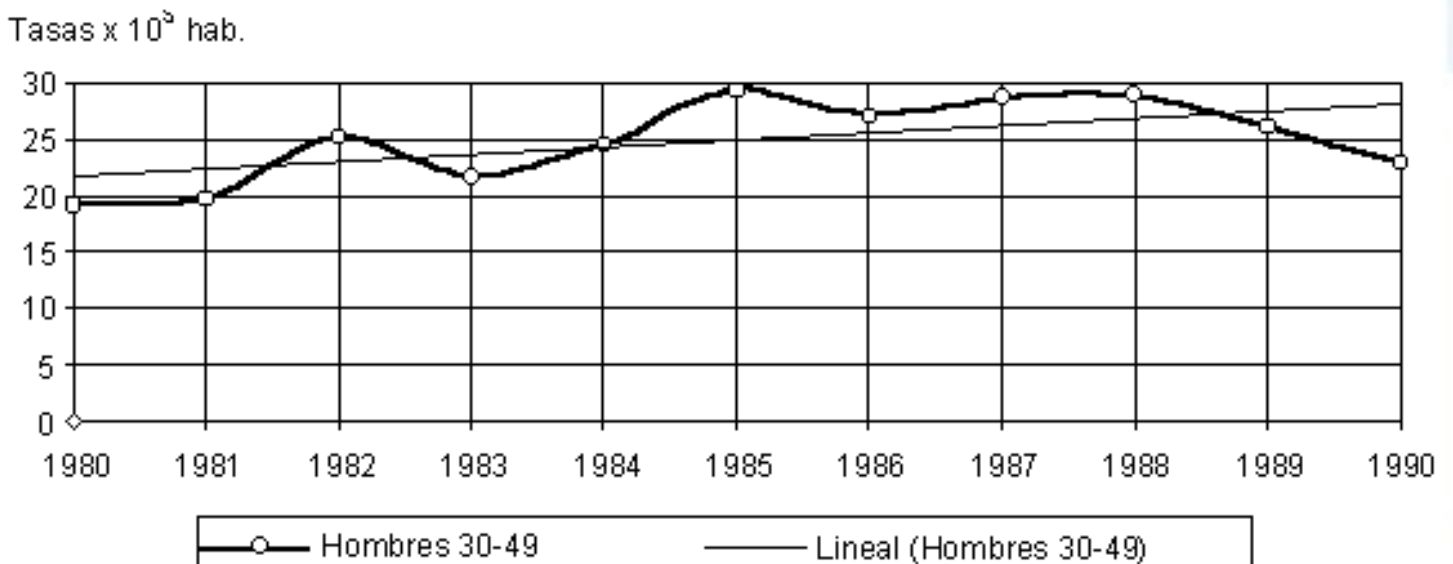
Situación de salud: morbilidad: accidentes de tráfico

Gráfico 79. Tasas y tendencias de la mortalidad por accidentes de tráfico de Canarias, según sexo, para la población de 15 a 29 años. Tasas por 10^5 habitantes.



Los accidentes de tráfico constituyen un importante problema de salud pública, tanto desde la vertiente social como económica, dadas sus repercusiones sobre la morbilidad, incapacidad y mortalidad, así como por los gastos derivados de su tratamiento y rehabilitación. A estos hay que añadir las pérdidas de producción y las pensiones de invalidez, afectando fundamentalmente al grupo de personas jóvenes entre los 15 y los 24 años.

Gráfico 80. Tasas y tendencias de la mortalidad por accidentes de tráfico de Canarias, para la población masculina de 30 a 49 años. Tasas por 10^5 habitantes.



Debido a esta multiplicidad de factores, las medidas preventivas a adoptar deben abordarse de forma multidisciplinaria introduciendo y/o potenciando medidas legislativas, educativas, de obras públicas y de servicios sanitarios, entre otros.

Uno de los problemas en el análisis de los accidentes de tráfico en España es que hasta el año 1993 se consideraba "muerto por accidente de tráfico" al fallecido dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el accidente.

Este criterio varía según las legislaciones de los distintos países. La Orden de 18 de febrero de 1993 modifica la estadística de accidentes de circulación siguiendo las recomendaciones de la ONU. Hasta que el sistema de recogida de información actual se adapte al nuevo criterio y se garantice el seguimiento real de todos los heridos durante ese periodo habrá de utilizarse una serie de "factores de corrección" que permitan su estimación. Se debe aclarar, por lo tanto, que las cifras de víctimas mortales de los años 1993 y 1994, cuya fuente de información han sido los "Boletines Informativos" de la Dirección General de Tráfico de

los citados años, son las resultantes de aplicar los mencionados factores correctores según los criterios de dicha Orden. A todo esto hay que añadir los problemas de registro en nuestra CC.AA., que van desde no disponer de datos sobre accidentes de tráfico en algunas islas periféricas hasta el subregistro de los fallecidos por esta causa de muerte.

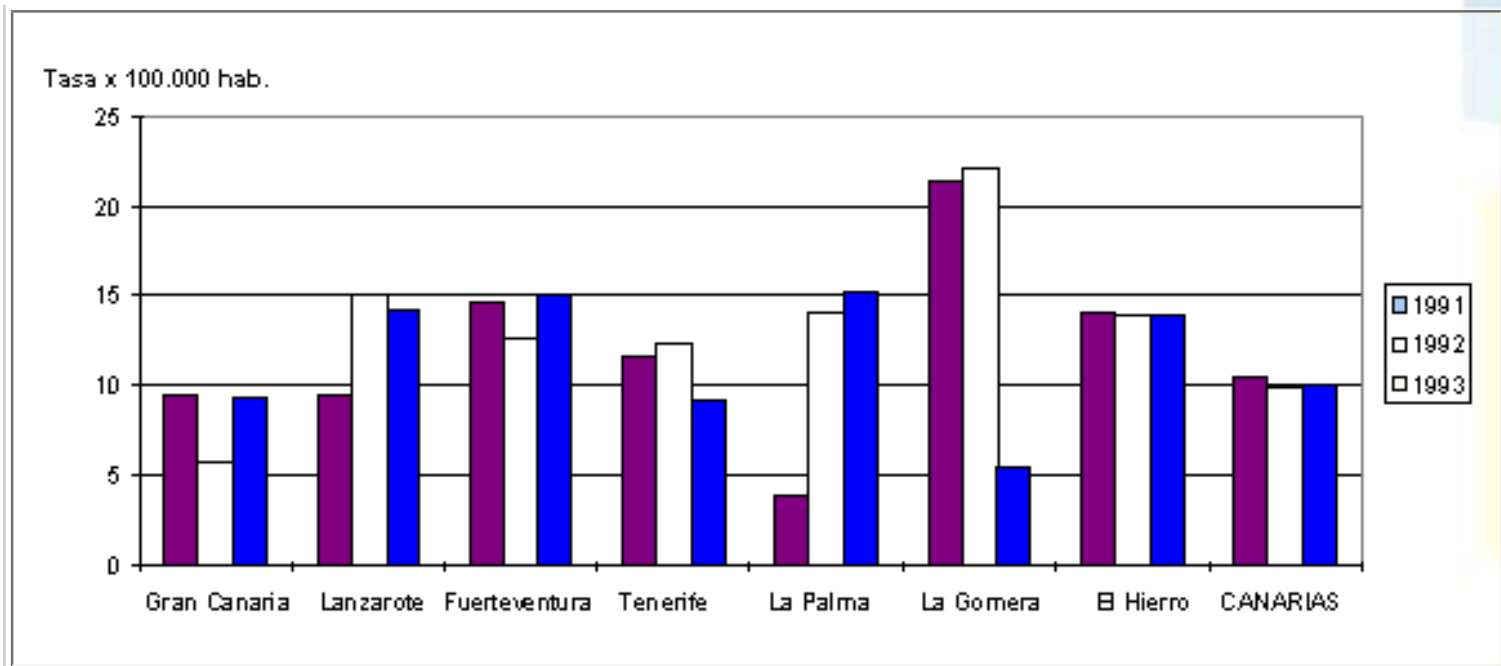
El análisis de las tasas de mortalidad de Canarias durante el decenio 1980-1990, muestra que en el grupo de edad de 15 a 29 años los fallecimientos por accidentes de tráfico ocupan el segundo lugar después de "otras causas externas", con una tendencia al incremento y con tasas siempre superiores en los hombres que en las mujeres (gráfico 79).

Tabla IX. Tasas de mortalidad¹ por accidentes de tráfico x 10⁵ hab., por islas. Canarias - 1991 a 1993.

	1991		1992		1993	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Gran Canaria	78	9,47	47	5,74	76	9,28
Lanzarote	12	9,39	19	15,07	18	14,13
Fuerteventura	11	14,65	8	12,53	10	14,95
Tenerife	89	11,62	95	12,38	71	9,18
La Palma	3	3,87	11	14,11	12	15,25
La Gomera	4	21,38	4	22,07	1	5,43
El Hierro	1	14,02	1	13,96	1	13,91
CANARIAS	198	10,45	185	9,85	189	9,99

(¹) Tasa calculada tomando como denominador la suma de la población de hecho y la población flotante estimada en función del porcentaje de ocupación sobre las plazas hoteleras y extrahoteleras de cada isla.

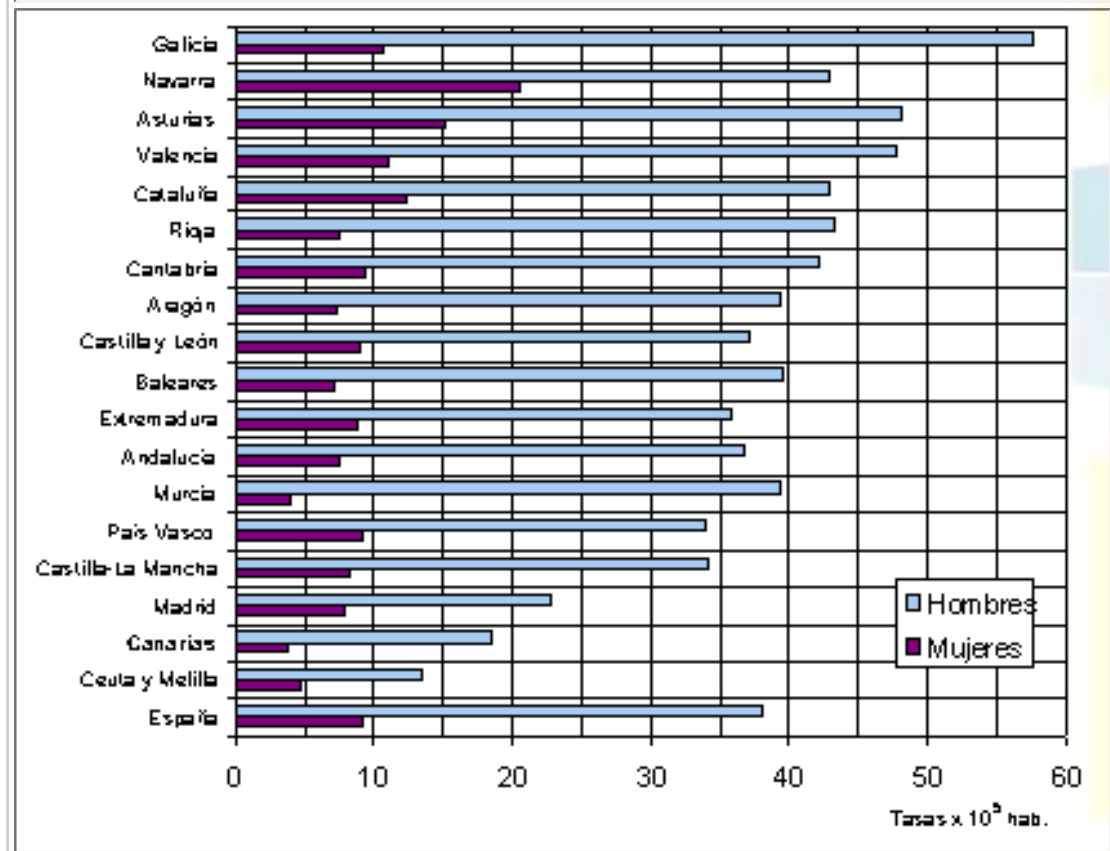
Gráfico 81. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico. Canarias, 1991-93.



Esta situación sigue siendo la misma para los varones del grupo etario de 30 a 49 años (gráfico 80). Para este grupo, en el año 1990 las tasas de mortalidad fueron de $71,1 \times 10^5$ para los hombres y de $11,9 \times 10^5$ para las mujeres. El mismo estudio refleja que los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de muerte prematura ocasionando un total de 119.841 años potenciales de vida perdidos en Canarias durante el período 1982-1990; con un exceso de mortalidad respecto a la media de Canarias en el sur de Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote, sur de Tenerife y El Hierro un exceso de mortalidad respecto a la media de Canarias, según los indicadores de Razón de Mortalidad Estandarizada y de Razón de Años de Vida Potencialmente Evitables, al concentrarse muchas de estas defunciones en edades muy jóvenes.

Las tasas de mortalidad por islas muestran fluctuaciones importantes en algunas de ellas, para los años considerados que nos inducen a sospechar problemas de registro. Este es el caso de los datos de 1991 de La Palma y de 1993 de La Gomera. Considerando el periodo en su conjunto, las tasas más elevadas corresponden a las islas de Fuerteventura y Lanzarote a las que le siguen las de los años 1991 y 1992 de la isla de La Gomera (gráfico 81). Las tasas globales del Archipiélago muestran pocas variaciones a lo largo de los tres años, siendo El Hierro la isla que más se

Gráfico 82. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico de motor por 10^5 hab. de 15 a 34 años, por CC.AA. y sexo. España, 1992.



acerca a la media de Canarias.

Si bien por lo comentado anteriormente los accidentes de tráfico en Canarias son un importante problema de salud, al comparar las tasas específicas de mortalidad del grupo de 15 a 34 años de nuestra Comunidad Autónoma con las del resto del país (gráfico 82), comprobamos que Canarias ocupa el penúltimo lugar tanto en el caso de los hombres (18,48 por 10⁵) como en el de las mujeres (3,70 por 10⁵).

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 83), las cifras de los años 1993 y 1994 de víctimas corresponden a fallecidos en el acto o dentro de los 30 días siguientes.

La accidentalidad por islas sigue la misma tendencia descendente con una disminución del 45,4 % entre 1991 (6.436 en valores absolutos) y 1993 (3.516 en cifras absolutas), al igual que en el número de heridos (un 21,7%), según se observa en la tabla X. Esta tendencia se ha quebrado en 1994 en el caso de la provincia de Santa Cruz de Tenerife al haber aumentado las víctimas un 9,21% y los heridos un 11,37%, permaneciendo sin variaciones la cifra de víctimas mortales.

A pesar de esta tendencia general al descenso, los varones jóvenes siguen siendo el grupo de mayor riesgo.

En el gráfico 84 comprobamos que del total de víctimas mortales del año 1994 en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, un 62,5% se concentraba en las edades de 17 a 35 años. A esto hay que añadir que un tercio de las víctimas mortales registradas en las carreteras tinerfeñas, fue

Gráfico 83. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas y víctimas por accidente. Canarias, 1987 a 1992.



Tabla X. Accidentes y víctimas de tráfico de Canarias, por islas y año - 1991/1993.

	1991			1992			1993		
	Nº accid.	Víctimas		Nº accid.	Víctimas		Nº accid.	Víctimas	
		Muert.	Herid.		Muert.	Herid.		Muert.	Herid.
Gran Canaria	2795	78	1276	2248	47	1069	1942	76	1123
Lanzarote	428	12	253	415	19	239	291	18	167
Fuerteventur	134	11	231	97	8	185	66	10	113
Tenerife	2843	89	2010	2875	95	1833	1093	71	1589
La Palma	198	3	214	243	11	221	100	12	133
La Gomera	21	4	19	15	4	17	12	1	11
El Hierro	17	1	25	15	1	19	12	1	17
Canarias	6436	198	4028	5908	185	3583	3516	189	3153

consecuencia directa de la imprudencia o la transgresión de normas viarias de conductores con edades entre 19 y 24 años.

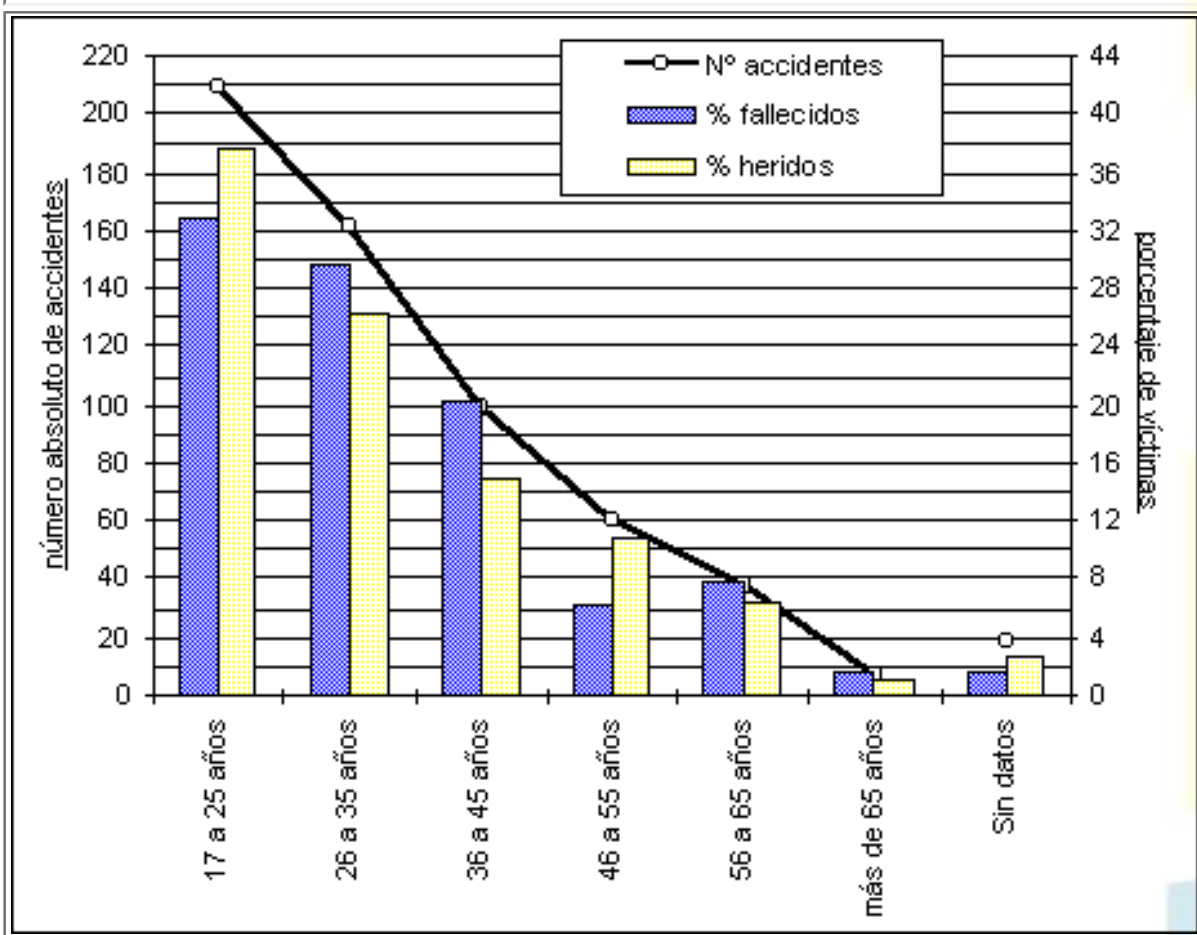
La gravedad de las lesiones está directamente relacionado con el tramo viario, urbano o de carretera, en el que se registran. Mientras que en vías urbanas uno de cada cuatro heridos tiene la consideración de grave, en carretera este dato es de uno de cada tres.

Si atendemos al número de muertos en relación al total de víctimas, o lo que es lo mismo, al "Índice de letalidad", en tramos urbanos representa el 0,025 mientras que en carretera alcanza el 0,074.

En relación a los factores de riesgo que intervienen en la accidentalidad, en las 11.757 pruebas de alcoholemia realizadas durante 1993 se detectaron 746 resultados positivos, un 5,27% en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife y un 10,65% en la de Las

Palmas. La mayoría de estas pruebas fueron de carácter preventivo y se realizaron en puntos de riesgo, por lo que los resultados sólo son extrapolables a la población que se moviliza en esos lugares a esas horas. Con respecto a las medidas de protección, en el año 1993 se observó que entre las víctimas que no utilizaron ningún tipo de protección, el número de muertos representó el 7,9%, disminuyendo a un 4,6 % en las que hicieron uso del mismo. En 1994 sobre el total de muertos por accidentes de tráfico en carretera y zona urbana en la isla de Tenerife, el 66,6% no hicieron uso de medidas de protección.

Gráfico 84. Accidentalidad y víctimas ocasionadas por los distintos grupos de edad de la provincia de Sta. Cruz de Tenerife, año 1994.



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain
 Tlf. (922) 475715, Fax 475751



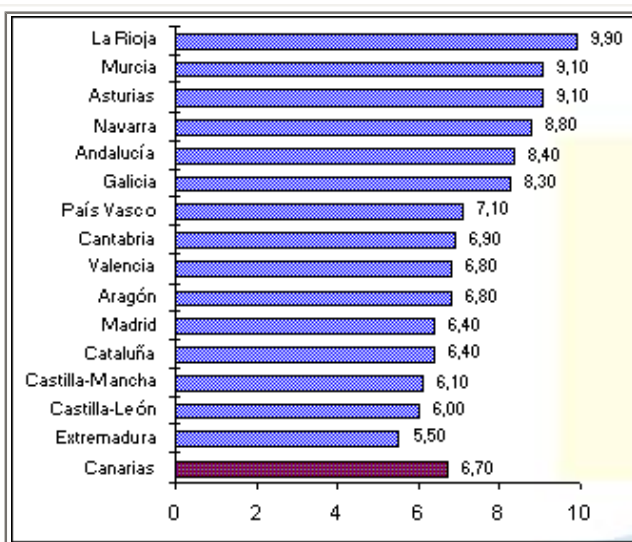
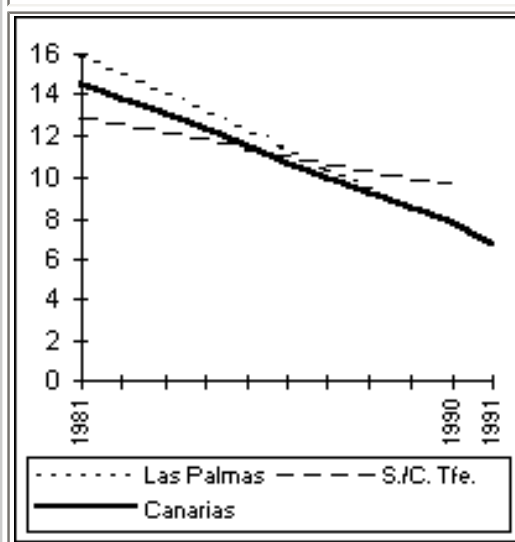
TEMAS:

- [Introducción.](#)
- [Mortalidad neonatal.](#)
- [Mortalidad postneonatal.](#)
- [Mortalidad perinatal.](#)

INTRODUCCION.

Gráfico 44. Tasas de mortalidad infantil x 103 nacidos vivos. Canarias, 1981-90 y Comunidades Autónomas, 1991.

Para el cálculo de este indicador se ha utilizado como numerador el sumatorio de todas aquellas defunciones con edades inferiores a 1 año producidas en Canarias. Como denominador se han utilizado los nacidos vivos en Canarias durante el mismo período. Los niveles de desagregación



presentados son: Comunidad Autónoma y provincias. (El análisis geográfico en áreas pequeñas se hace complicado pues se produce una gran variabilidad del indicador).

En la Comunidad Autónoma de Canarias se observa que en el período estudiado (1981-1990) existe una tendencia descendente de la mortalidad infantil, estadísticamente significativa, que sigue una pendiente mantenida. Los valores pasan de ser de un 14,56%o nacidos vivos (1980) a 7,76%o nacidos vivos (1990). Esto es lo que cabría esperar en una comunidad como la nuestra donde se han producido mejoras en la atención materno-infantil. Los niveles alcanzados en el año 90 nos sitúan cercanos a otras comunidades autónomas españolas: Aragón con 6,6%o, Cataluña con 6,95%o, Asturias con 7,03%o. En 1991 la tasa de mortalidad infantil en Canarias fue de 6,7%o frente al 7,2%o de la media nacional (gráfico 44).

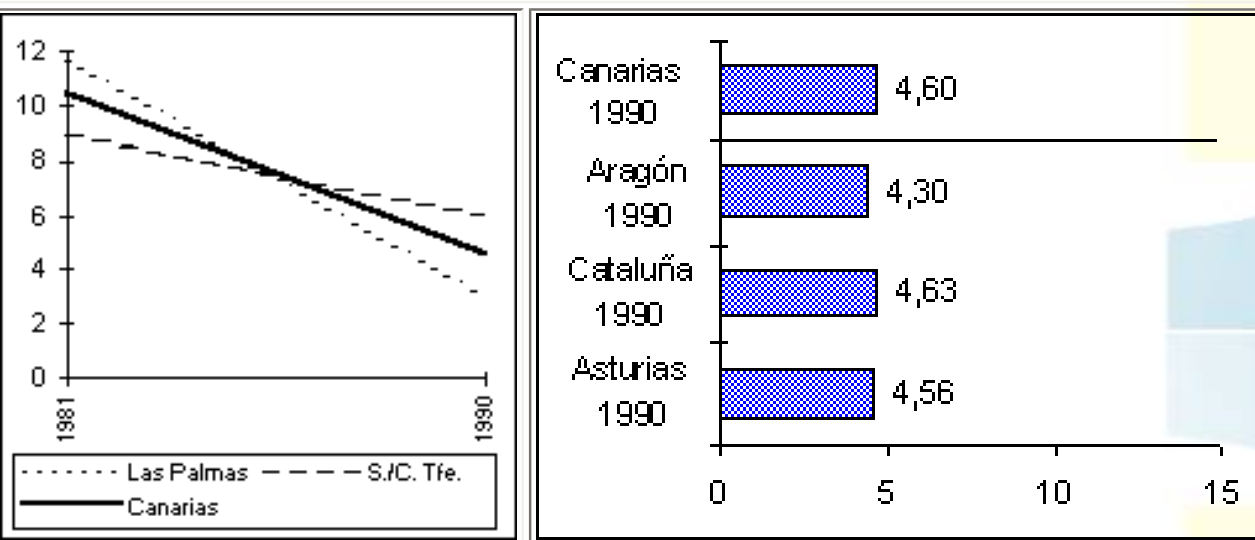
El comportamiento provincial de la mortalidad infantil indica que la pendiente de la provincia de Las Palmas es más acentuada que la de Santa Cruz de Tenerife; partiendo de un nivel más alto 16%o, llega a 7,76%o, mientras que Tenerife parte de un nivel más bajo 12,92%o y llega al final del periodo con una tasa de mortalidad de 9,81%o nacidos vivos. La disminución de la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Las Palmas es estadísticamente significativa, sin embargo no lo es la de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Podemos deducir entonces que la disminución de la tasa de mortalidad infantil en la Comunidad Autónoma de Canarias se debe fundamentalmente a la participación de la provincia de Las Palmas. Las islas de Tenerife y

Gran Canaria se comportan igual que sus respectivas provincias. Como las causas de muertes acaecidas en las primeras semanas son distintas de las que ocurren el resto del primer año de vida, estudiamos por separado la mortalidad neonatal y postneonatal.

MORTALIDAD NEONATAL

Este indicador se calcula usando como numerador los fallecidos menores de 28 días por lugar de residencia y como

Gráfico 45. Tasas de mortalidad neonatal por 103 nacidos vivos, según CC.AA. y provincias canarias, años 1981 y 1990.



denominador, los nacidos vivos en la Comunidad Autónoma de Canarias. En cuanto a los niveles de desagregación, se aplica lo dicho para la mortalidad infantil.

Este indicador es en principio uno de los que no puede disminuir demasiado, dado que en este período los fallecimientos se producen fundamentalmente como consecuencia de las malformaciones congénitas y de los sufrimientos durante el parto. En cualquier caso pequeñas mejoras de este indicador exigen una cantidad de recursos importante pudiendo darse la circunstancia de que la mejora de las medidas de apoyo en este período hagan que los fallecimientos se retrasen y pasen a formar parte del período postneonatal.

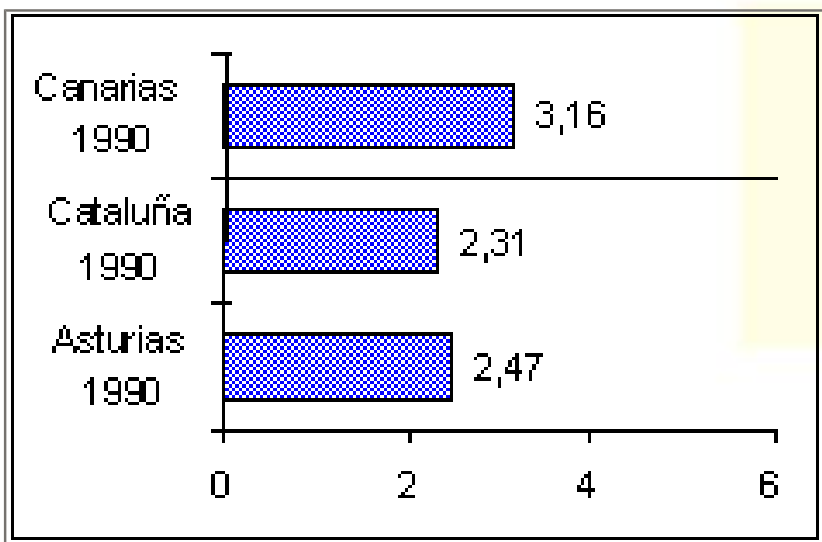
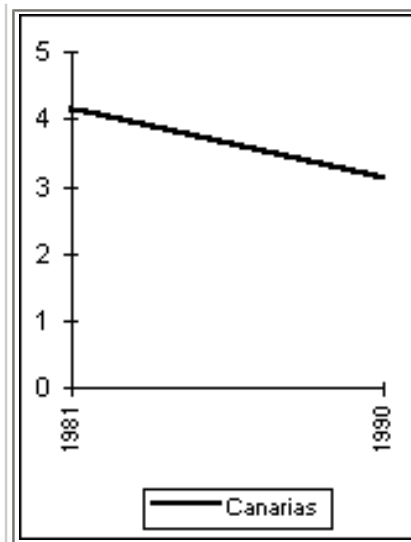
En el período observado se evidencia una caída en la tasa de mortalidad neonatal a lo largo del tiempo analizado. Partiendo de un 10,43% y llegando a un 4,6% cifra comparable con la de otras comunidades autónomas como Cataluña 4,63%, Aragón 4,3% y Asturias 4,56% (año 1990). En cuanto a las provincias canarias se observa, al igual que en la mortalidad infantil, una caída más acentuada en la provincia de Las Palmas, que parte con una mortalidad neonatal de 11,69% bajando hasta un 3,03%; mientras que Santa Cruz de Tenerife pasa de 9% a 6,5%. Al igual que en la mortalidad infantil el descenso de la tasa de mortalidad neonatal en la provincia de Santa Cruz de Tenerife no es significativo y sí lo es en la provincia de Las Palmas, es decir que la disminución de esta tasa a lo largo del período se debe fundamentalmente a lo sucedido en la provincia de Las Palmas.

MORTALIDAD POSTNEONATAL

Este indicador recoge las muertes ocurridas entre los

Gráfico 46. Tasas de mortalidad postneonatal por 103 nacidos vivos, según CC.AA., años 1981 y 1990.

28 días y el año de vida. En este período los fallecimientos que se producen se deben fundamentalmente a infecciones y problemas de nutrición. Este tipo de problemas se ha minimizado en los últimos decenios y en el período



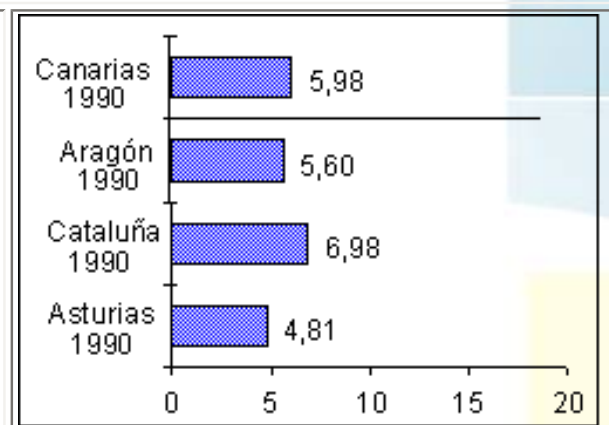
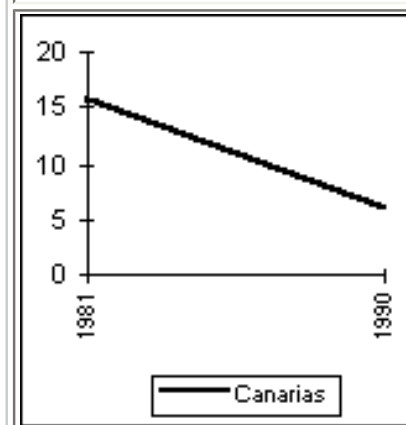
observado se ve cómo la curva sigue una escasa tendencia descendente con una suave pendiente pasando de 4,13%o en 1981 a 3,16%o en 1990. En este indicador nos encontramos por encima de otras comunidades autónomas que se encuentran en 2,31%o (Cataluña) y 2,47%o (Asturias).

El descenso no es significativo ni en la Comunidad Autónoma ni en ninguna de las provincias, solo llama la atención que a diferencia de los otros indicadores es Santa Cruz de Tenerife la que parece tener una mayor pendiente y se mantiene por debajo de la provincia de Las Palmas. Se puede concluir del análisis de estos 3 indicadores que la mortalidad infantil baja fundamentalmente en base de su componente neonatal.

MORTALIDAD PERINATAL

La tasa de mortalidad perinatal es un indicador sensible para la evaluación de la calidad de la asistencia prestada. Este indicador se calcula a partir de las muertes fetales tardías (fetos mayores de 28 semanas de gestación o de más de 1000 gr. de peso) y las muertes producidas dentro de los 7 primeros días de vida. El denominador ha de incluir no sólo a los nacidos vivos, sino también a las muertes fetales tardías, que están incluidas en el numerador. La mortalidad perinatal valora las muertes ocurridas alrededor del parto y por lo tanto indirectamente mide la calidad de los servicios de obstetricia.

Gráfico 47. Tasas de mortalidad perinatal por 103 nacidos vivos, según CC.AA., años 1981 y 1990.



En la Comunidad Autónoma de Canarias se observa una marcada tendencia descendente que es significativa. En el año 1981 Canarias tenía una tasa de 15,8%o descendiendo a 5,98%o en 1990. En este mismo año, otras comunidades autónomas tenían las siguientes tasas, Cataluña 6,98%o, Aragón 5,60%o, Asturias 4,81%o, por lo que podemos decir que nuestras cifras son comparables con éstas.

El comportamiento de las provincias es igual al de la mortalidad infantil y neonatal, es decir que la disminución de la tasa es más acentuada en la provincia de Las Palmas (que pasa de 17,55%o a 4,78%o),

siendo además estadísticamente significativa su tendencia descendente. La reducción en la provincia de Santa Cruz de Tenerife es menos pronunciada y no resultó significativa.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: interrupciones voluntarias del embarazo

La ausencia del deseo del embarazo ha sido identificado como probable causa de una serie de acontecimientos adversos tanto para el producto del embarazo como para la propia embarazada. Entre estos acontecimientos adversos destacan la aparente mayor incidencia de aborto espontáneo, toxemia gravídica, complicaciones en la fase de labor y expulsiva del parto, bajo peso al nacer por parte del recién nacido, sufrimiento emocional, abuso infantil y divorcio, entre otros. Algunos estudios han detectado un mayor riesgo de mortalidad perinatal, tanto en su componente fetal como neonatal, así como malformaciones congénitas en el seno de embarazos no deseados.

La fuente de información utilizada en este estudio ha sido la publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo "Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1997", así como el Registro de IVEs de la Comunidad Autónoma de Canarias (a partir de 1992), constituyendo el conjunto de la Comunidad el universo analizado. Las cifras recogidas corresponden sólo a casos declarados con lo que, probablemente, se produce un subregistro de la información.

Las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo aumentan desde 1990 a 1997, alcanzando su valor máximo en 1995. Al examinar el tramo que va desde este último año a 1997, se comprueba un descenso de las tasas de IVE en todos los grupos de edad relacionados.

Los embarazos no deseados y sus consecuencias son uno de los principales problemas de salud de las mujeres adolescentes. En este sentido, debemos reseñar que, entre 1990 y 1997, el número de IVEs realizadas a menores de 19 años representa un 16,27% del total de las efectuadas en Canarias.

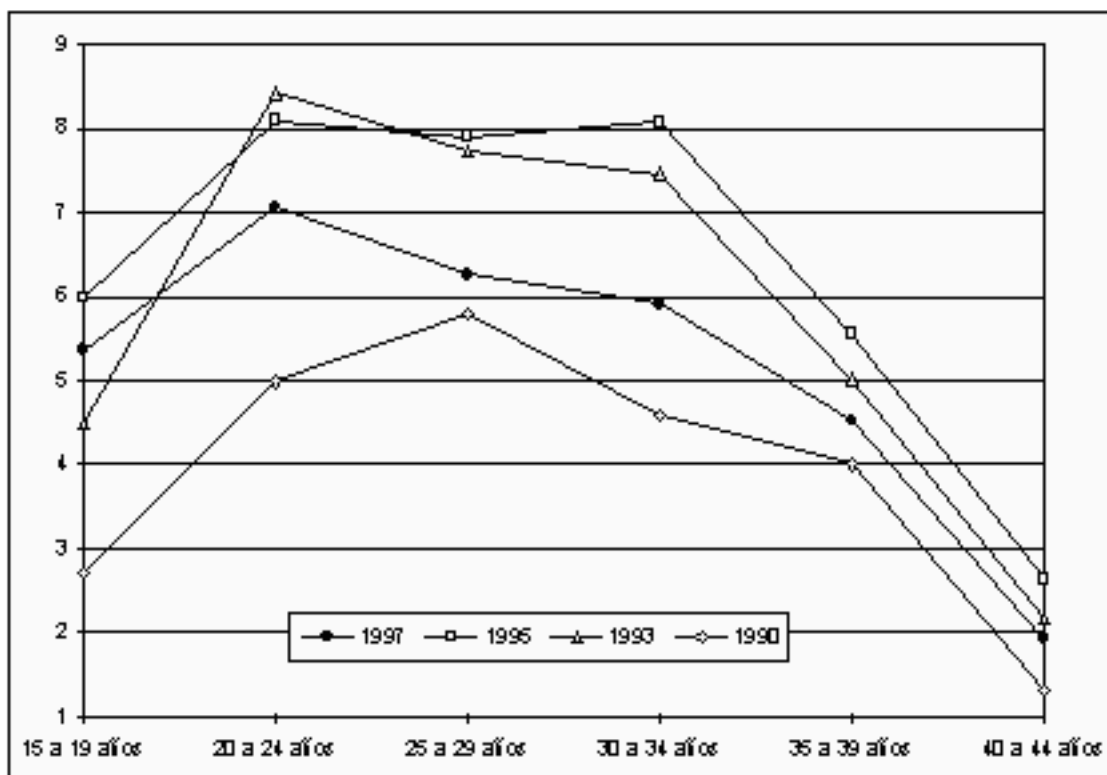
Hay que destacar el aumento más uniforme, a lo largo del período analizado, del grupo de adolescentes (15 a 19 años), por ser los embarazos no deseados, con sus consecuencias sociales y mentales, uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad joven. En este sentido, debemos reseñar que, desde 1990, el número de IVEs realizadas a menores de 19 años representa un 16,27% del total de las efectuadas en Canarias.

Tabla I.F6. Evolución de las tasas de abortividad por cada 10³ mujeres residentes en edad fértil que realizan la IVE en la Comunidad Autónoma de Canarias, 1990 a 1997

Grupos de edad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
15 a 19 años	2,72	2,85	3,33	4,49	4,71	5,94	6,58	5,34
20 a 24 años	5,00	5,25	5,38	8,42	7,23	8,07	7,30	7,06
25 a 29 años	5,79	5,96	6,07	7,72	7,28	7,90	7,07	6,23
30 a 34 años	4,59	5,59	6,08	7,45	7,61	8,07	5,94	5,87
35 a 39 años	4,00	3,91	4,03	5,02	5,48	5,52	4,54	4,51
40 a 44 años	1,34	1,56	2,15	2,17	2,31	2,67	1,97	1,93

Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Salud Pública, Publicaciones anuales de los datos nacionales de IVE, años 1990 y 1991
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Registro de IVE de la Comunidad Autónoma de Canarias, años 1992 a 1997
 - CEDOC: Padrón Municipal de Habitantes de Canarias 1986.
 - ISTAC: Censos de Población y Viviendas Canarias 1991
 - ISTAC: Encuesta de Población Canarias de 1996

Gráfico 1.F6. Evolución de las tasas de abortividad por cada 10³ mujeres residentes en edad fértil que realizan la IVE en la Comunidad Autónoma de Canarias, 1990 a 1997

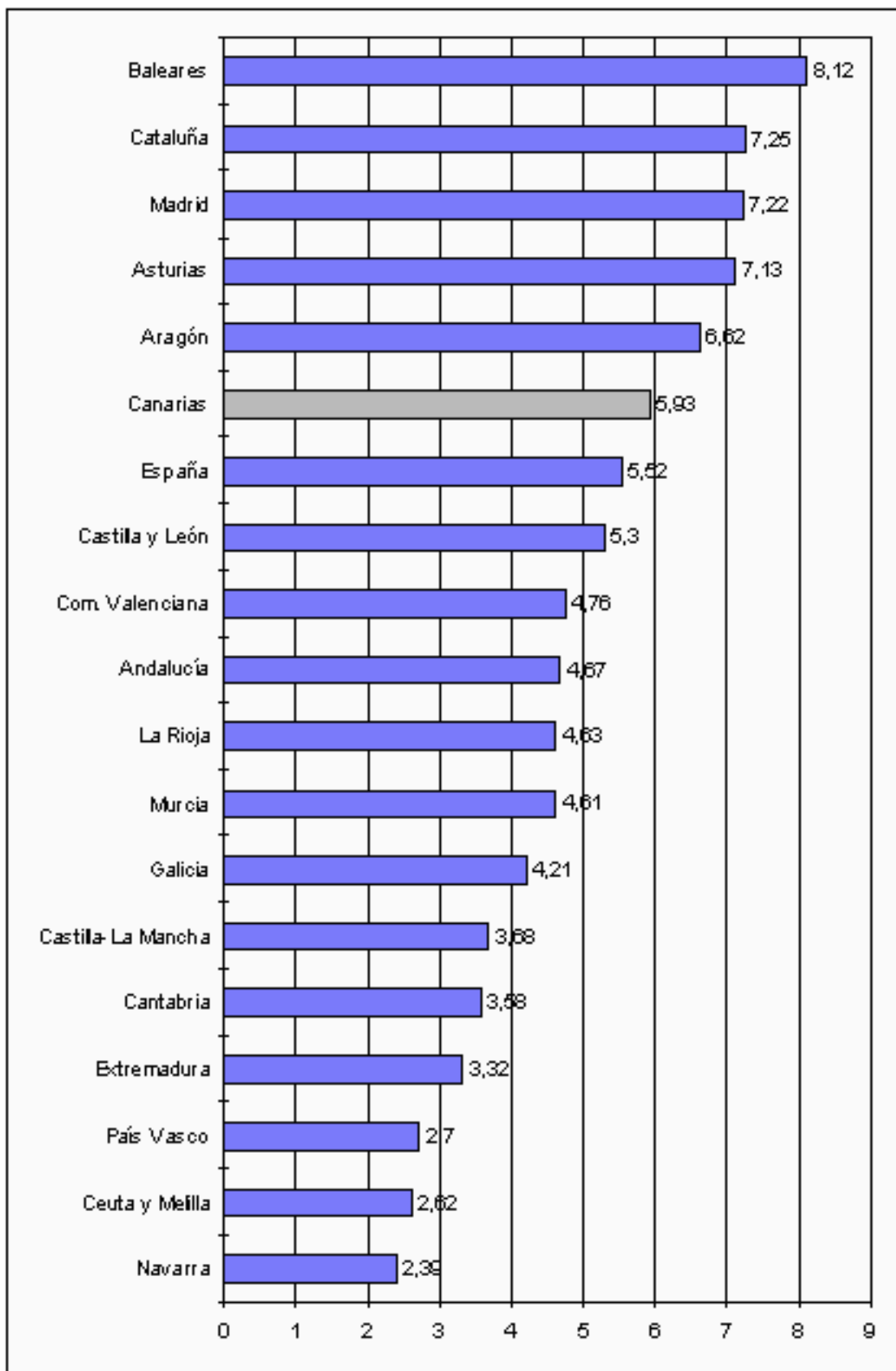


Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Salud Pública, Publicaciones anuales de los datos nacionales de IVE, años 1990 y 1991
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Registro de IVE de la Comunidad Autónoma de Canarias, años 1992 a 1997
 - CEDOC: Padrón Municipal de Habitantes de Canarias 1986.
 - ISTAC: Censos de Población y Viviendas Canarias 1991
 - ISTAC: Encuesta de Población Canarias de 1996

Tomando como referencia el año 1997 (último año del que se dispone oficialmente de datos

definitivos) y la Comunidad Autónoma donde se ha realizado la interrupción, comprobamos que Canarias ocupa el sexto lugar entre las Comunidades Autónomas del Estado español con una tasa de 5,93 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, siendo la media estatal de 5,52 (Gráfico 2.F6).

Gráfico 2.F6. Tasas de interrupción voluntaria de embarazos por 10³ mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma donde se realiza la interrupción, 1997



Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Salud Pública, Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1997

El perfil de riesgo de la mujer residente en Canarias que se somete a un aborto voluntario es el de una mujer joven (entre 20 y 24 años), que no convive en pareja, con un nivel de estudios de segundo grado, cuya situación laboral es la de asalariada. No tiene ningún hijo ni ha tenido ningún aborto voluntario anterior al actual. Ha acudido en los dos últimos años a algún centro sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos, mayoritariamente a un servicio privado. Se informa de la posibilidad de interrumpir su embarazo a través de conocidos, y lo interrumpe antes de las nueve semanas de embarazo. Por lo general se utiliza un centro extrahospitalario privado sin ninguna noche de ingreso.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: salud bucodental

Los aspectos fundamentales en relación a la salud bucodental en Canarias se describen a través de indicadores epidemiológicos, del conocimiento de hábitos higiénicos, del consumo de azúcares y del contenido de flúor en las aguas de consumo público.

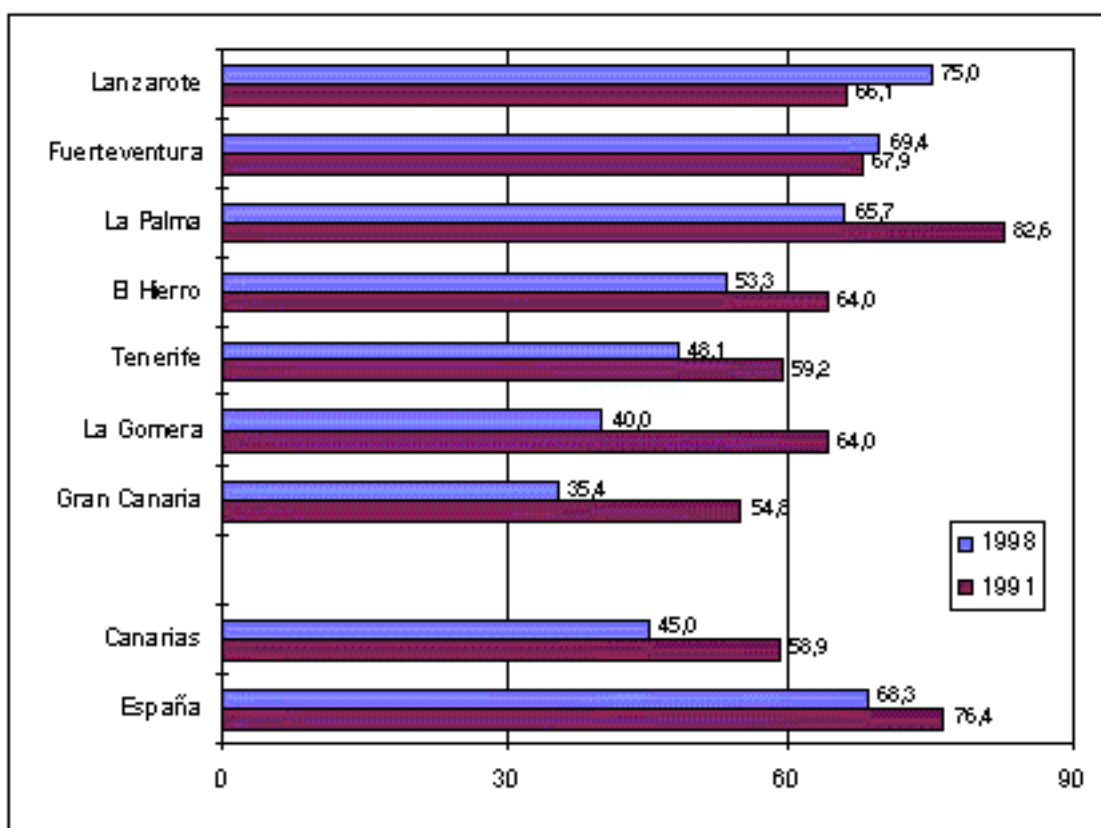
Las enfermedades o procesos que más afectan a la salud oral son la caries y la enfermedad periodontal. Además, en Canarias, hay que tener en cuenta a la fluorosis dental por existir dos zonas endémicas, una en la isla de Tenerife y otra en la de Gran Canaria.

La situación epidemiológica actual de la salud bucodental en Canarias se conoce a través del estudio realizado en 1998 en los escolares de 7, 12 y 14 años de cada una de las islas [¹]. En dicho estudio se valoraron los indicadores de caries, de enfermedad periodontal, así como de fluorosis dental. Por primera vez en Canarias, estos datos pueden ser comparados con los obtenidos en otro estudio similar realizado en 1991 [²]. Los datos globales para Canarias muestran una situación favorable en 1998 con respecto a 1991, en lo concerniente a prevalencia de caries. El fenómeno inverso se observa con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal y fluorosis dental.

Caries

El porcentaje de niños de 12 años libres de caries es de 55% por lo que la proporción de escolares de 12 años con caries en sus dientes permanentes es del 45%. Este porcentaje es sensiblemente inferior al obtenido en un estudio a nivel nacional en 1994 [³] que fue de 68,33% (Gráfico 1.E7). Los resultados para el conjunto de Canarias reflejan que el promedio de dientes permanentes afectados por caries activa (sin tratar) a los 7 años es de 0,15 y a los 12 años es de 0,81 por niño. El índice CAOD (promedio de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados) a los 7 años es de 0,18 y a los 12 años es de 1,21.

Gráfico 1.E7. Prevalencia (%) de caries (dentición permanente a los 12 años). Canarias, 1998 y 1991; y España, 1994 y 1989



Fuentes: - II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias. 1998 [1].
 - La salud bucodental en Canarias. Estudio epidemiológico de la población escolar. Contenido en fuñor de las aguas de abastecimiento público [2].

El 38,9% de los escolares canarios de 12 años presenta entre 1 y 4 piezas cariadas. Hay que destacar, por su gravedad, el alto porcentaje (5,6%) de niños de 12 años con 5 a 9 piezas cariadas en su dentición permanente. El 0,5% de esta población presenta 10 ó más piezas cariadas. El índice CAOD (dientes obturados, ausentes y cariados) es superior en los colegios públicos (0,21 a los 7 años y 1,30 a los 12 años) que en los privados (0,05 a los 7 años y 0,75 a los 12 años) en base al componente CD, siendo asimismo más alto en el género femenino. A los siete años el índice CAOD es de 0,18 en ambos géneros, ascendiendo a los 12 años a 1,06 en el niño y a 1,36 en la niña. Las piezas más afectadas por caries son los primeros molares, tanto superiores como inferiores.

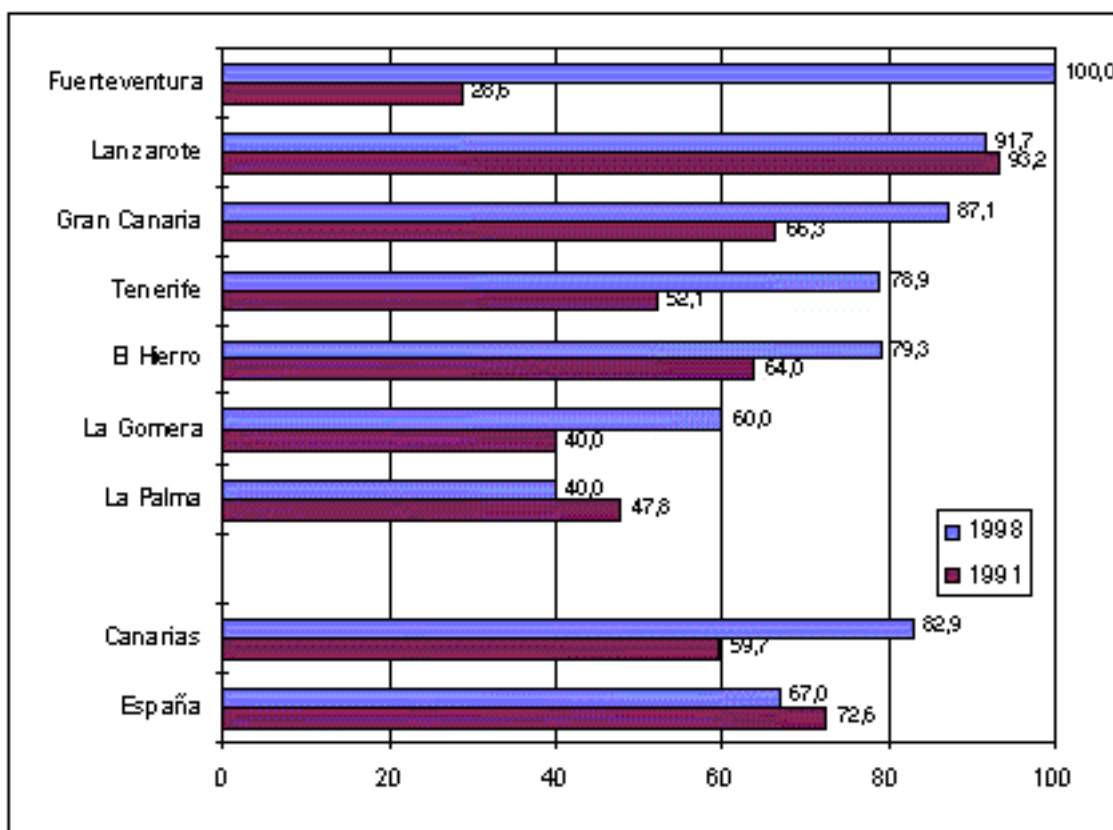
El estudio de las necesidades de tratamiento por caries que presentan los niños canarios muestra que el 28,77% de los niños de 12 años requieren la obturación de una superficie y el 44,19% son susceptibles de recibir tratamiento con selladores de fisuras como medida preventiva.

Enfermedad periodontal

En cuanto a la enfermedad periodontal, el 82,94% de los escolares canarios de 12 años presentan alteraciones periodontales. El 59,54% en forma leve con sangrado a la exploración y el 23,40% con cálculo (sarro) además del sangrado o cálculo exclusivamente. En los escolares de 7 años, la

prevalencia global de alteraciones periodontales es del 72,57%, correspondiendo el 68,66% a formas leves (sangrado) y el 3,91% a formas más graves, con depósito de cálculo. Estas cifras son superiores a las obtenidas para el conjunto de España (Gráfico 2.E7).

Gráfico 2.E7. Prevalencia (%) de enfermedad periodontal en la población escolar de 12 años. Canarias, 1998 y 1991; y España, 1994 y 1989

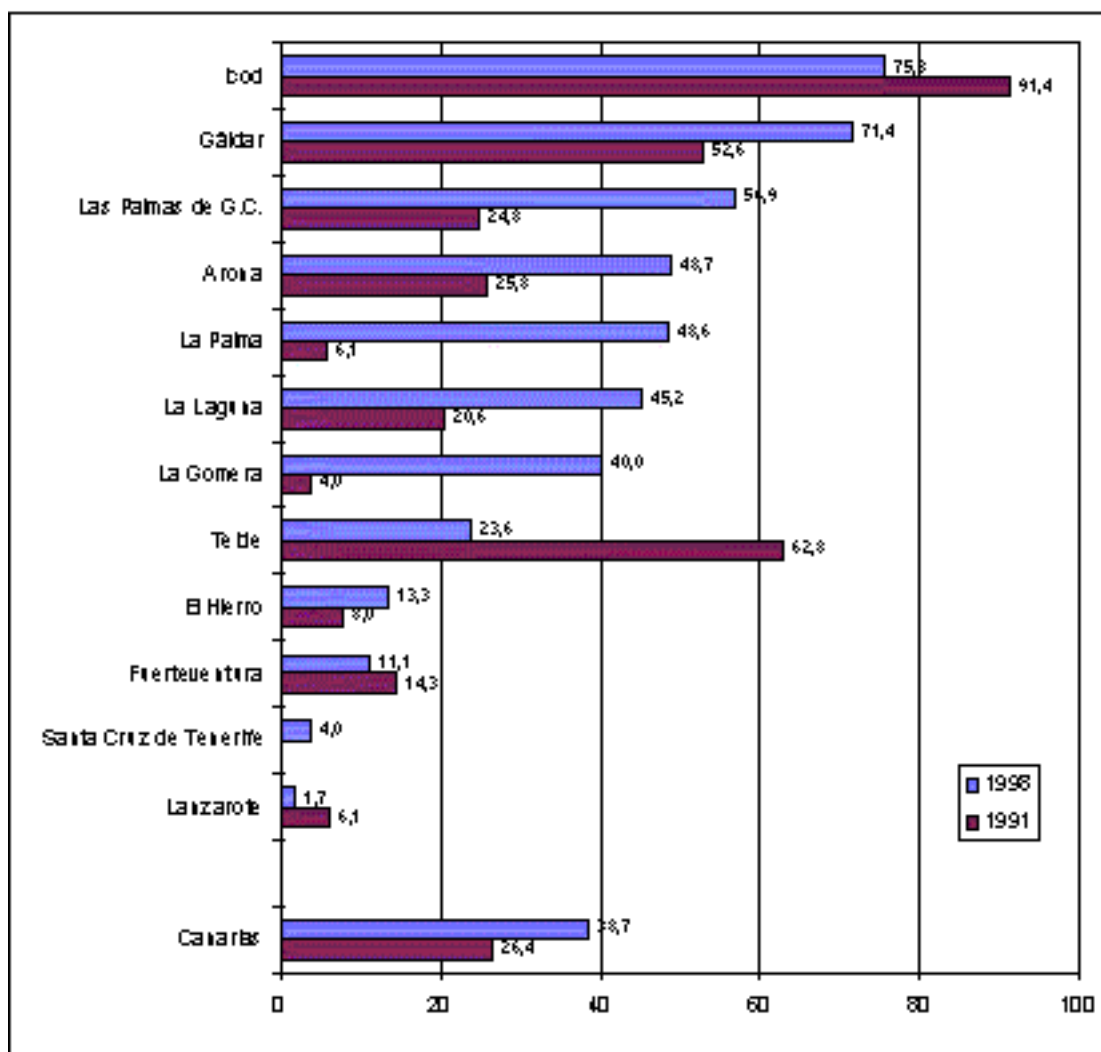


Fuentes: - II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias, 1998 [1].
 - La salud bucodental en Canarias. Estudio epidemiológico de la población escolar. Contenido en flúor de las aguas de abastecimiento público [2].

Fluorosis dental

La prevalencia de fluorosis dental en Canarias en la población de 12 años es de 38,71%. La distribución por áreas sanitarias y comarcas es muy variable. Así, la comarca de Icod (que incluye los municipios de La Guancha, San Juan de la Rambla, Buenavista del Norte, Garachico, Icod de los Vinos, Los Silos y El Tanque) es la de mayor prevalencia, con el 75,76%, seguida de Gáldar, con un 71,43% y Las Palmas de Gran Canaria con un 56,9%. La cifra más baja corresponde a Lanzarote donde la prevalencia es del 1,67% (Gráfico 3.E7). Los escolares de zonas cuyas aguas de abastecimiento público tienen concentraciones de flúor más elevadas, presentan valores inferiores del índice CAOD, una prevalencia menor de caries dental y una prevalencia mayor de fluorosis, siendo los escolares de zonas con concentraciones de flúor entre 0,7 y 1,5 mg/l los más favorecidos considerando las dos patologías simultáneamente. (Gráfico 4.E7).

Gráfico 3.E7. Prevalencia (%) de fluorosis dental en la población escolar de 12 años, por comarcas. Canarias, 1998 y 1991



Icod: Buenavista del Norte, Garachico, La Guancha, Icod de los Vinos, San Juan de la Rambla, Los Silos y El Tanque.

Gáldar: Agnete, Artenara, Gáldar, Santa María de Guía, Moya, San Nicolás de Tolentino y Tejeda.

Las Palmas de G.C.: Arucas, Firgas, Las Palmas de Gran Canaria, Santa Brígida, Teror, Valleseco y Vega de San Mateo.

Arona: Adeje, Arico, Arona, Fasnia, Granadilla de Abona, Guía de Isora, San Miguel, Santiago del Teide y Vilaflor.

La Palma: Barlovento, Breña Alta, Breña Baja, Fuenfalciente, Garafía, Los Llanos de Aridane, El Paso, Puntagorda, Puntallana, San Andrés y Sauces, Santa Cruz de La Palma, Tazacorte y Mazo.

La Laguna: La Laguna, La Matanza, La Orotava, Puerto de la Cruz, Los Realejos, El Rosario, Santa Úrsula, Tegueste, La Victoria de Acentejo y Tacoronte.

La Gomera: Agulo, Alajeró, Hermigua, San Sebastián de la Gomera, Valle Gran Rey y Vallehermoso.

Telde: Agüimes, Ingenio, Mogán, San Bartolomé de Tirajana, Santa Lucía, Telde y Valsequillo.

El Hierro: Frontera y Valverde.

Fuerteventura: Artigua, Betancuria, La Oliva, Pájara, Puerto del Rosario y Tuineje.

Santa Cruz: Arafo, Candelaria, Güimar y Santa Cruz de Tenerife.

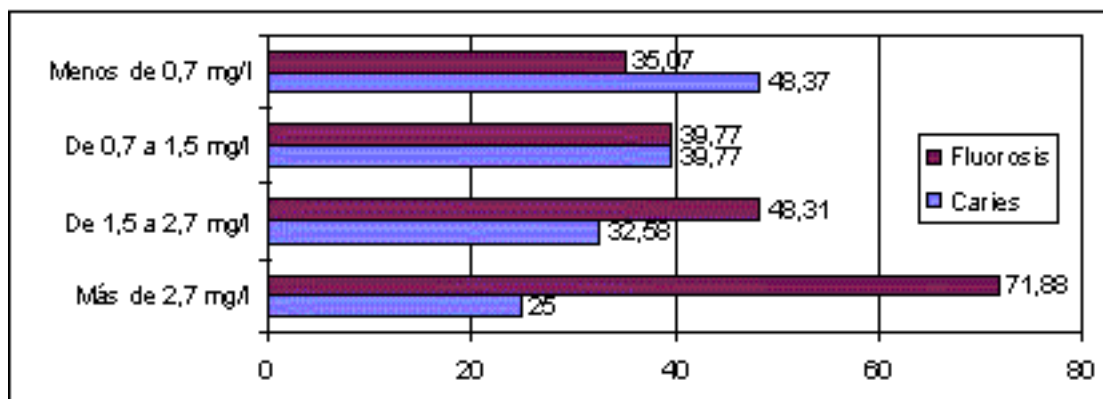
Lanzarote: Arrecife, Haría, San Bartolomé, Teguise, Tías, Tinajo y Yaiza.

Fuentes: - II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias. 1998 [1].

- La salud bucodental en Canarias. Estudio epidemiológico de la población escolar.

Contenido en:fluor de las aguas de abastecimiento público [2].

Gráfico 4.E7. Prevalencia (%) de caries y fluorosis en escolares de 12 años según la concentración de flúor (mg/l) del agua de abastecimiento público. Canarias, 1998



Fuente: - II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias, 1998 [1].

Higiene bucodental

En relación a los hábitos higiénicos bucodentales, y según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [4], el 86,53% de la población refiere lavarse los dientes (en 1990 fue el 95,15% [5]). De estos, el 17,93% lo hace una vez al día, el 41,38% dos veces diarias, un 35,98% tres veces y el 3,5% más de tres veces. En la Tabla I.E7 podemos ver esta frecuencia distribuida por Áreas de Salud.

Tabla I.E7. Frecuencia diaria de la higiene dental según Áreas de Salud. Canarias, 1997

	El Hierro	Fuente-ventura	Gran Canaria	La Gomera	La Palma	Lanzarote	Tenerife	Canarias
1 vez	33,05%	23,20%	13,69%	28,19%	18,18%	13,99%	17,96%	17,93%
2 veces	41,53%	44,80%	44,17%	44,97%	35,26%	47,74%	38,12%	41,38%
3 veces	23,73%	28,80%	36,72%	23,49%	41,32%	34,98%	38,67%	35,98%
≥3 veces	1,69%	3,20%	4,61%	3,36%	3,03%	2,47%	3,31%	3,50%
NS/NC			0,81%		2,20%	0,82%	1,93%	1,22%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [4].

Según la referida encuesta, el 44,85% de la población declaró tener problemas dentales (Tabla II.E7). En relación a la frecuencia y periodicidad con la que la sociedad canaria hace uso de los servicios de odonto-estomatología, el 42,84% de la población señala haber hecho uso de dichos servicios en el último año, un 12% adicional en los dos últimos años, el 15% en un período entre 3 y 5 años y un 10% adicional más allá de los cinco años (Tabla III.E7).

Tabla II.E7. Problemas dentales según Áreas de Salud. Canarias, 1997

	El Hierro	Fuente-ventura	Gran Canaria	La Gomera	La Palma	Lanzarote	Tenerife	Canarias
Sí	54,11%	57,30%	34,25%	59,24%	50,26%	51,40%	43,03%	44,85%
No	45,21%	41,62%	64,66%	39,67%	49,23%	47,55%	55,99%	54,20%
NS/NC	0,68%	1,08%	1,08%	1,09%	0,51%	1,05%	0,98%	0,95%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [4].

Tabla III.E7. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista según Áreas de Salud. Canarias, 1997

	El Hierro	Fuente-ventura	Gran Canaria	La Gomera	La Palma	Lanzarote	Tenerife	Canarias
1 año	44,52%	38,38%	42,91%	44,02%	43,88%	39,51%	43,89%	42,84%
2 años	9,59%	11,35%	8,77%	13,59%	16,84%	10,14%	13,81%	11,99%
3 a 5 años	12,33%	18,38%	11,90%	16,30%	16,58%	17,83%	16,01%	15,05%
>5 años	15,07%	5,95%	12,14%	8,70%	10,20%	11,89%	7,21%	9,95%
NS/NC	18,49%	25,95%	24,28%	17,39%	12,50%	20,63%	19,07%	20,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [4].

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, el 92% de los niños de 7 y 12 años dice lavarse los dientes. En 1998, según el "II Estudio Epidemiológico de Salud Bucodental. 1998", este porcentaje era de 90,5. En este último trabajo, el 98,8% dice tener cepillo de dientes y el 94,5% considera que el cepillado de dientes es importante. El 61,6% conoce la utilidad del flúor en relación con los dientes y un 53,4% utiliza dentífricos con flúor y sólo el 27,9% utiliza la seda dental. La Encuesta de Salud de Canarias de 1997 refleja que el 61% de los escolares ha acudido alguna vez al dentista. En el citado Estudio Epidemiológico de 1998 este porcentaje era de 77,5. El 52,0% acudió para revisión y el 11,8% para recibir atención por caries. Un alto porcentaje conoce el poder cariogénico de las golosinas y caramelos (95,3%), el chocolate (88,0%), los helados (73,5%), las galletas y las pastas (84,2%). El 64,7% consume alimentos azucarados en la merienda, el 49,8% en el recreo y el 36,4% en el desayuno. Por otro lado, el consumo de azúcar en Canarias fue de 14,5 k./persona/año en 1991 [6], un 35,5% mayor que el español medio.

Abordaje de la fluoración en el agua de abasto público

La Dirección General de Salud Pública tiene establecido un Programa de trabajo sobre flúor en el agua de bebida y consumo de productos fluorados con el fin de obtener información lo más exhaustiva posible sobre este problema. El objetivo principal es la evaluación de los contenidos en flúor de todas las aguas utilizadas para abastecer a la población de la Comunidad Autónoma.

La Reglamentación Técnico Sanitaria para el abastecimiento y control de las aguas potables de consumo público establece un intervalo de concentraciones máximas admisibles de flúor en función de la temperatura media del área geográfica considerada, que abarca desde los 0,7 mg/l para temperaturas de 25-30°C, hasta los 1,5 mg/l para 8-12°C (Real Decreto 1.138/1990, de 14 de septiembre). La concentración óptima, entendida como aquel contenido de flúor que ofrezca la mayor protección frente a la aparición de caries dental y el mínimo riesgo de incidencia de fluorosis dental, se ha estimado para las Islas en 0,9 mg/l (de forma aproximada). En la isla de Tenerife, el número de municipios donde se supera el nivel de concentración de flúor de 1,5 mg/l en alguno de los sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público, aumentó de 10 municipios en 1984 a 17 en 1991 y 18 en 1993, situándose para 1998 en 15 de los 31 municipios de la isla. No obstante, la tendencia temporal de las concentraciones de fluoruro en las aguas de abastecimiento ha pasado a ser descendente en estos municipios, como consecuencia de la puesta en marcha de las plantas desaladoras de los altos de Icod de los Vinos y La Guancha. Del resto de los municipios, 9 presentan concentraciones entre 0,7 y 1,5 mg/l y 6 contenidos de flúor en las aguas potables de consumo público, inferiores a los 0,7 mg/l. En la Palma, La Gomera, Fuerteventura y Lanzarote, la totalidad de sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público, suministran aguas con contenidos de flúor inferiores a los 0,7 mg/l, por lo tanto inferiores a la concentración óptima estimada en función de la temperatura media anual. En los dos primeros casos, este hecho se debe a las características de los suelos con los que las aguas subterráneas entran en contacto. En el caso de Fuerteventura y Lanzarote, los niveles de concentración tan bajos están relacionados con los procedimientos de desalación de agua de mar para el abastecimiento público. Finalmente, en la isla de Gran Canaria, son 4 los municipios que presentan sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público con contenidos de flúor superiores a 1,5 mg/l. Del resto de los municipios de la isla, 2 presentan niveles de concentración entre 0,7 y 1,5 mg de flúor por litro, y en 15 las aguas suministradas a través de los sistemas de abastecimiento de aguas potables de consumo público, tienen contenidos de flúor inferiores a los 0,7 mg/l.

En el estudio "Consumo de agua embotellada en escolares de Canarias. Repercusiones en la Salud Bucodental" [7], realizado en 1998, se han clasificado las aguas envasadas de acuerdo con su concentración de flúor, verificándose que, en general, las aguas más consumidas no presentan concentraciones de flúor óptimas para la salud bucodental, bien por exceso o por defecto de este mineral. El flúor en exceso contenido en algunas marcas consumidas habitualmente en Canarias podría haber contribuido a la fluorosis dental observada en otros estudios.

Respecto al consumo de productos fluorados, hay que diferenciar los utilizados para la higiene dental (pastas dentales fundamentalmente), de los productos que se utilizan específicamente en la prevención dental infantil o los colutorios o enjuagues periódicos con soluciones fluoradas. En su Programa de Salud Bucodental, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de Canarias, en la actualidad sólo recomienda el uso de colutorios o enjuagues en caso de concentraciones de flúor en el agua de consumo inferiores a 0,7 mg/l, enfatizando que lo más importante para la salud oral es la alimentación adecuada y el empleo de técnicas correctas de cepillado dental, recomendando el uso de dentífricos con distintas concentraciones de flúor en función de la edad y la concentración de flúor del agua de consumo habitual [8].

Bibliografía

1. **Gómez Santos G.** II Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Infantil en Canarias. 1998. Investigación financiada por la Fundación Canaria de Investigación y Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud, 2000.
2. **Gómez Santos, G.; Matute Cruz, P.; Martín Delgado, M.; Fernández González, C.** La salud bucodental en Canarias. Estudio epidemiológico de la población escolar. Contenido en flúor de las aguas de abastecimiento público. Servicio Canario de Salud, 1996.
3. **Noguerol Rodríguez, B.; Llodra Calvo, J.C.; Sicilia Felechosa, A.; Follana Murcia, M.** La salud bucodental en España 1994: antecedentes y perspectivas de futuro. Ediciones Avances Médico-Dentales. Madrid, 1995.
4. **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.
5. **Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias.** Encuesta de Salud, 1990.
6. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** Estudio Nacional de Nutrición y Alimentación, 1991.
7. **Gómez Santos, G.; Armas Navarro, A.; Mena Esteva, I.; Martín Sabina, A.M.; Arencibia Pérez, M.T.** Consumo de agua embotellada en escolares de Canarias. Repercusiones en la Salud Bucodental. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 1998. Vol. 4, 3: 204-206.
8. **Gómez Santos, G.** Agua, flúor y recomendaciones para el uso de dentífricos en Canarias. Canarias Pediátrica, 2000. Vol. 24, 1: 7-16.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



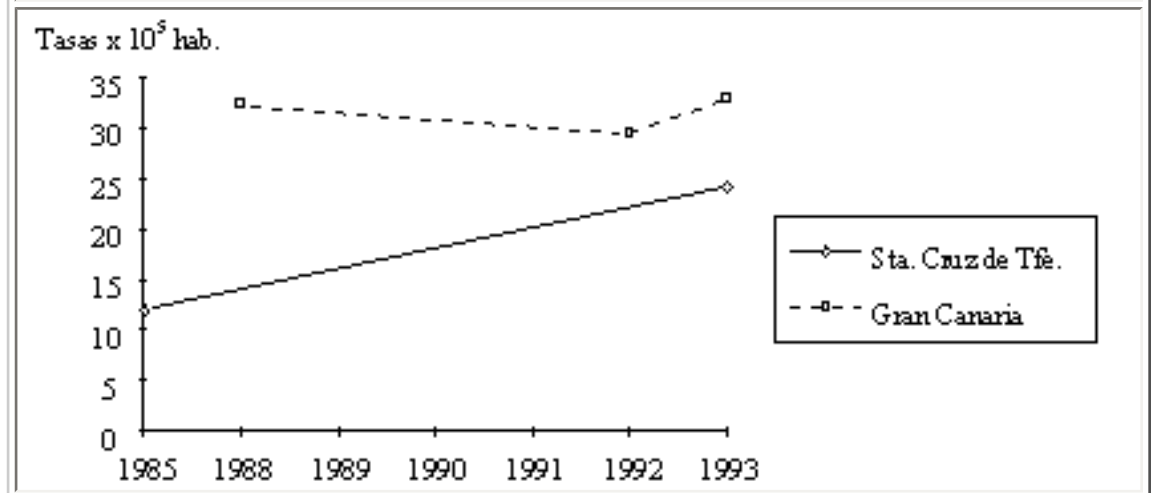
Situación de salud: morbilidad: tuberculosis

No se dispone de información fiable sobre la prevalencia de tuberculosis en la Comunidad Autónoma de Canarias, siendo asimismo escasos los datos en España. Algunos estudios de ámbito nacional indican que la prevalencia de tuberculosis era de un 0,95% en los niños de 6 años (Encuestas Nacionales de 1988) con un descenso respecto a años anteriores (7,17% en 1965 y 2,9% 1979). Asumiendo que continúe esta tendencia supondría un descenso del riesgo anual de infección (RAI) situado actualmente en torno al 7%. A los 14 años la prevalencia nacional de tuberculosis es de aproximadamente 3% calculándose que asciende hasta un 29% para el resto de las edades: lo que significa un aumento de la tasa en al aumento de la edad de la población.

Con respecto a la incidencia de la enfermedad en Canarias, los resultados reflejados en el "Programa de Prevención y Control de la tuberculosis de la Provincia de Las Palmas" del año 1993, establecen una tasa de estudio microbiológico positivo para esta provincia de $21,55 \times 10^5$ en el citado año, tasa que ha significado un aumento con respecto a la de 1992 ($18,6 \times 10^5$). Otros estudios realizados en la isla de Gran Canaria utilizando como criterios metodológicos la positividad de la baciloscopia y cultivo establecen una tasa de incidencia de $32,24 \times 10^5$ para 1988. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife la incidencia de tuberculosis también ha experimentado una evolución ascendente desde el año 1985 ($11,97 \times 10^5$) hasta el año 1993 ($24,08 \times 10^5$) como se muestra en el gráfico 89.

El Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) recoge en su análisis del período 1989 a 1994 una evolución decreciente de las tasas de tuberculosis respiratoria en Canarias pasando de un valor de $22,4 \times 10^5$ en 1989 a 8×10^5 en 1994. El estudio de las tasas por islas (gráfico 2) nos muestra una evolución diferente ya que mientras que han aumentado en Fuerteventura, Lanzarote, El Hierro y La Palma, se han mantenido en La Gomera y han disminuido en Tenerife y Gran Canaria (gráfico 90).

Gráfico 89. Evolución de las tasas de incidencia de TBC en Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife ($\times 10^5$), 1985 a 1993.



El análisis de la distribución geográfica de la incidencia de tuberculosis en la provincia de Las Palmas, nos muestra elevadas tasas en los municipios capitalinos, $38,92 \times 10^5$ en Arrecife de Lanzarote; $35,53 \times 10^5$ en Puerto del Rosario y $22,74 \times 10^5$ en Las Palmas de Gran Canaria (tabla XI). Otros municipios con tasas altas son Yaiza ($38,02 \times 10^5$), Tías ($30,26 \times 10^5$), Tuineje ($28,56 \times 10^5$), Ingenio ($23,05 \times 10^5$) y Agaete ($20,93 \times 10^5$). Centrándonos en el municipio de Las Palmas de

Gran Canaria tanto el estudio de Caminero de 1988 como los datos recogidos en el "Programa" del año 1993, encontraron la mayor incidencia de enfermedad en la zona del Puerto de Las Palmas con unas tasas de $71,15 \times 10^5$ en el primer estudio y de $56,78 \times 10^5$ en el segundo. En el citado programa que recoge además las tasas por zonas de salud de dicho municipio, destaca entre las zonas de tasas más elevadas, además de la citada del Puerto, la de Feria del Atlántico con una incidencia de $41,79 \times 10^5$.

De la información de las tasas de incidencia de tuberculosis pulmonar de las islas periféricas de Santa Cruz de Tenerife, de las que sólo se dispone de tasas globales por isla, destaca la de El Hierro con un valor de $41,8 \times 10^5$ en 1993.

En la isla de

Tenerife se repite la misma situación que en la provincia de Gran Canaria, puesto que es el municipio capitalino de Santa Cruz el de mayor tasa ($25,7 \times 10^5$), seguido por el de La Laguna con $24,4 \times 10^5$.

Aunque no existan estudios epidemiológicos de la situación de la tuberculosis en nuestra Comunidad Autónoma, los disponibles de la provincia de Las Palmas y de la isla de Gran Canaria coinciden en que la localización anatómica de la enfermedad más frecuente es la pulmonar (89,9% y 74,4% respectivamente). Con respecto a la edad, los resultados son divergentes en los dos estudios citados, ya que mientras que uno encuentra un desplazamiento hacia edades más avanzadas (tasa de 61,1% ooo en el grupo etario de 40-49 años), el otro observa la mayor concentración en el grupo de 20-29 años con una tasa de 66,27%ooo. Por sexos, ambos estudios encuentran un predominio masculino.

En el aumento de la incidencia de la enfermedad en los últimos años han intervenido varios factores. Tanto la demora en el diagnóstico como el

Gráfico 90. Evolución de la tuberculosis respiratoria según el Sistema EDO, 1989-1993.

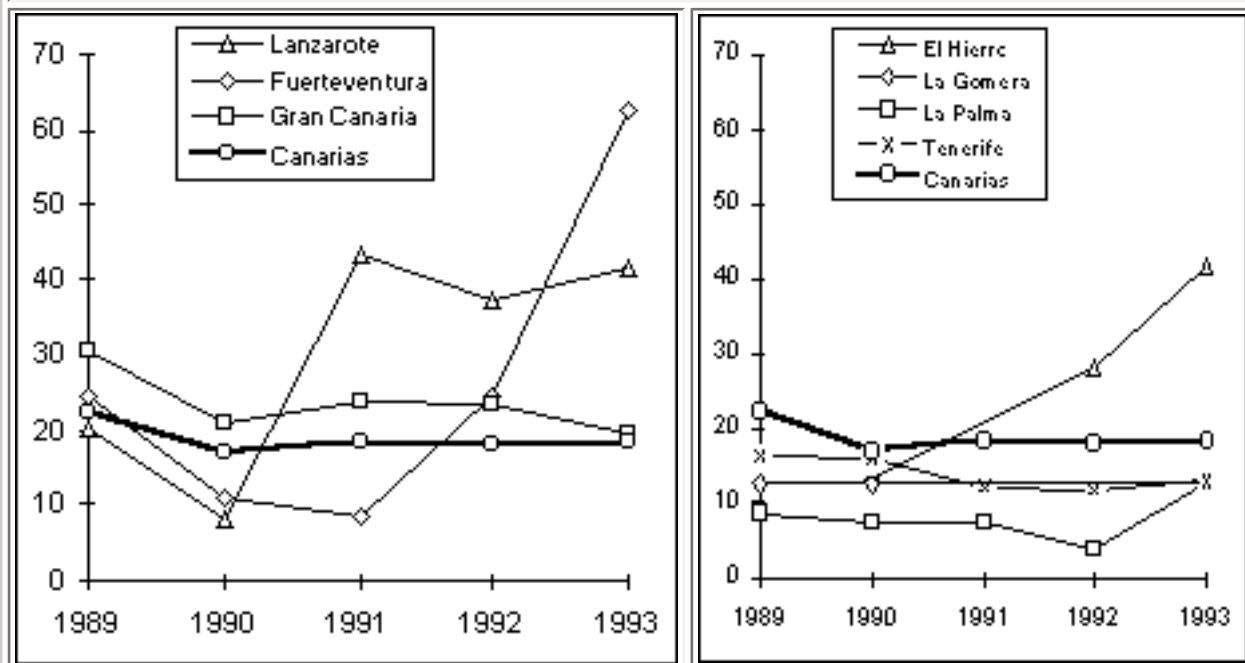


Tabla XI. Distribución de casos de tuberculosis según municipios, de la provincia de Las Palmas, 1993.

descenso en la curación de los casos diagnosticados al 50-70% son algunos de estos factores. Así, en el estudio de tuberculosis en Gran Canaria, el 65% de los enfermos demora su visita al médico más de un mes, actuando como focos contagiosos en la comunidad. Además se ha comprobado el escaso seguimiento que se realiza a los enfermos a lo largo del tratamiento, puesto que sólo se tenía certeza de

<i>Municipio</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Tasas x 100.000 hab.</i>
Gran Canaria	114	-
Agaete	1	20,93
Arucas	2	7,69
Galdar	2	9,81
Ingenio	5	23,05
Las Palmas de Gran Canaria	82	22,74
Mogán	1	4,98
San Bartolomé de Tirajana	7	11,60
Santa Brígida	1	8,18
Santa Lucía de Tirajana	3	9,16
Santa María de Guía	1	8,25
Telde	7	9,01
Teror	1	9,67
Sin determinar	1	-
Lanzarote	24	-
Arrecife	13	38,92
Teguise	2	14,74
Tías	7	30,26
Yaiza	2	39,02
Fuerteventura	9	-
Pájara	1	7,63
Puerto del Rosario *	6	35,53
Tuineje	2	28,56
* <i>Brote epidémico</i>	11	-

curación en el 21% de los 214 casos analizados. Además el fenómeno de inmigración procedente del norte de África, que afecta en mayor medida a las islas orientales, contribuye así mismo al incremento de TBC.

Otro factor importante en el ascenso de la tuberculosis es la aparición del SIDA. En España existe una clara confluencia de edades entre los casos de SIDA y tuberculosis siendo el país europeo con mayores tasas de SIDA y de coinfectados por VIH y mycobacterium tuberculosis con unos 43.000 enfermos y alrededor de 3.500 casos nuevos en relación con el VIH. En Canarias existe la misma situación que en el conjunto del país: elevada prevalencia de infección tuberculosa pero con baja infección por el VIH, es decir, entre los pacientes con SIDA existe mucha tuberculosis pero entre los tuberculosos no es especialmente frecuente el VIH. En 1993 el mayor porcentaje de casos de SIDA con tuberculosis se produjo en el grupo etario de 25 a 30 años tanto para el sexo masculino (89,85%) como para el femenino (41,77%), aunque con un predominio en el primero.

Durante 1985 a 1993 ha habido una tendencia creciente de las causas de tuberculosis asociada a SIDA pasando de una tasa de $0,13 \times 10^5$ en 1985 a una tasa de $2,39 \times 10^5$ en 1993.

Tabla XII. Evolución de la tasa de incidencia anual de tuberculosis pulmonar en la provincia de Sta. Cruz de Tenerife según distribución geográfica.

La información sobre

el estado de la enfermedad tuberculosa en Canarias es escasa y no uniforme. Aunque en la actualidad no se dispone de datos sobre su prevalencia, los estudios de su

<i>Municipios</i>	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Sta. Cruz Tfe.	14,3	11,86	13,84	18,3	16,3	13,35	20,8	22,7	25,7
La Laguna	12,2	5,35	6,1	6,1	16,8	16,06	18,3	9,9	24,4
Tenerife Norte	10	4,46	9,5	18,9	8,37	14,46	11,16	15,62	8,37
Tenerife Sur	5,8	7,5	11,6	13,3	6,68	10,8	9,2	20,8	20,8
La Gomera	-	6,26	12,5	25	12,5	18,76	12,5	12,5	6,26
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-	41,8
La Palma	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1	6,3	5,1	8,87	8,87

incidencia -con excepción de la información del Sistema EDO que recoge un descenso- nos muestran un aumento de la misma en los últimos años. Este aumento coincide con la tendencia observada en todo el país cuyas tasas le sitúan por encima de las europeas, siendo la situación epidemiológica de España una de las peores del mundo desarrollado. Del análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad en el archipiélago, se extraen unas tasas de incidencia son elevadas en los municipios capitalinos, hay un predominio en el grupo etario de 20 a 29 años - aunque las tasas específicas por edad indiquen un desplazamiento hacia edades más avanzadas - así como en el sexo masculino, siendo la localización anatómica más frecuente la zona pulmonar.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



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 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 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 permiten conocer la situación en cada una de las siete islas, así como contrastarlos con los encontrados en otras comunidades. En la Tabla I.E9 se recogen los datos en porcentajes sobre la existencia de patología mental.

Tabla I. E9. Prevalencia de trastornos mentales en Canarias, corregidas según la validez del instrumento (GHQ-12). 1997

Área 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

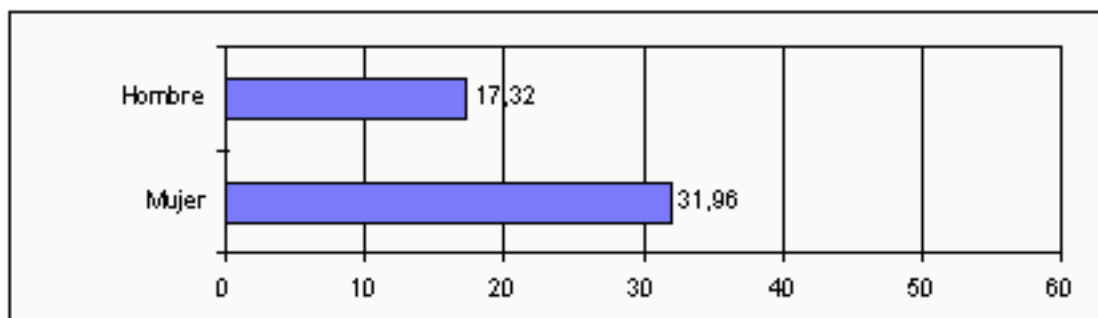
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias 1997

En un primer análisis de resultados de la Encuesta de Salud de Canarias 1997, destaca 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.

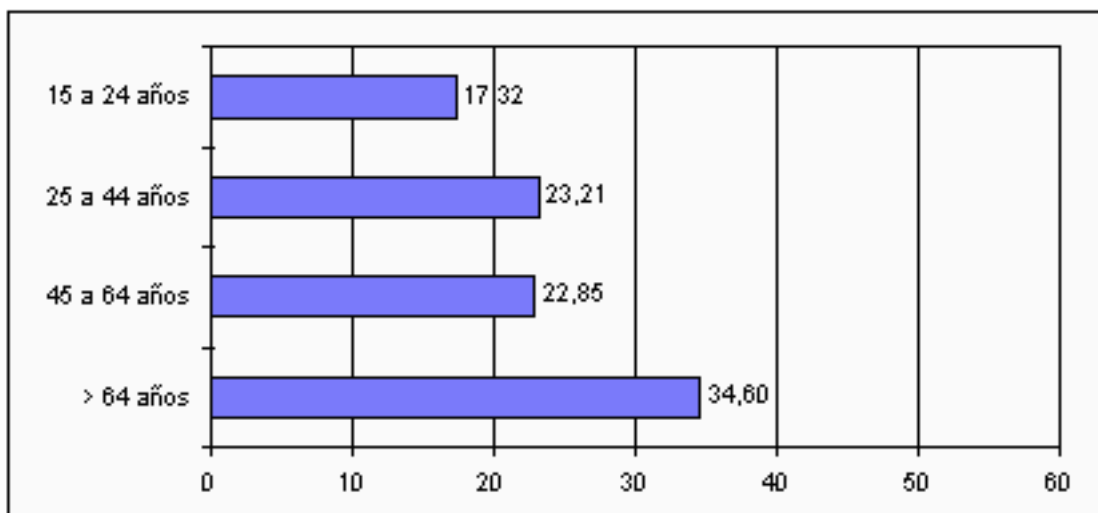
Gráfico 1.E9. Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según género. 1997



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 2.E9. Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según edad. 1997



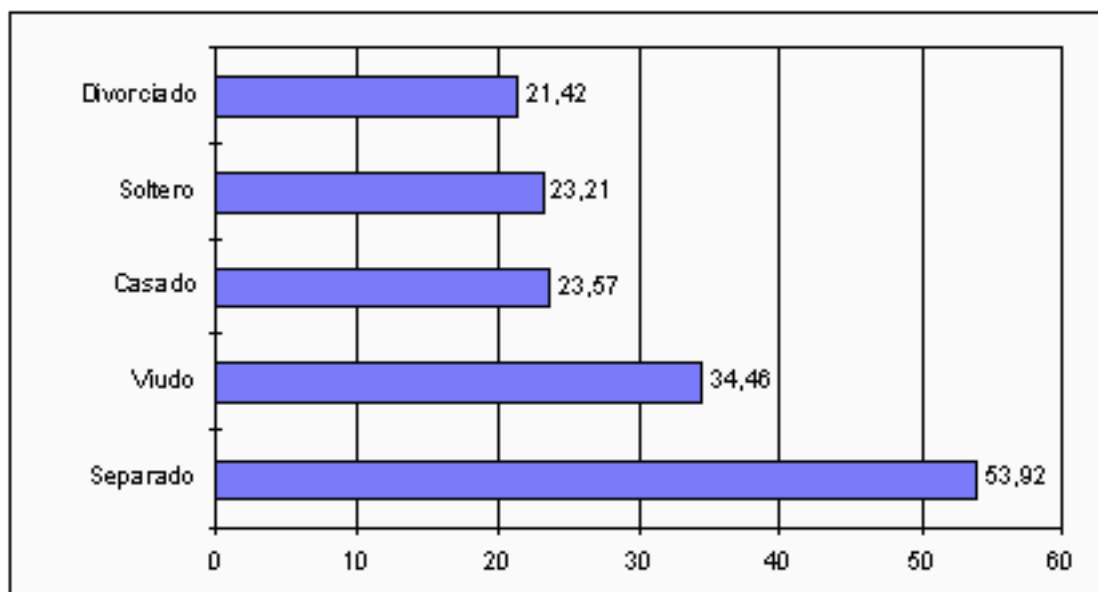
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias 1997

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.

En relación con el estado civil, el matrimonio (pareja estable) parece tener un efecto protector. Los estados civiles de mayor riesgo corresponden a etapas de la vida con mayor cambio (separado/viudo), presentando un menor riesgo los que corresponden a etapas de la vida más estables (solteros,

casados), al igual que indican otros estudios similares.

Gráfico 3.E9. Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según estado civil. 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias 1997

En resumen, los datos referidos a nuestra comunidad reflejan que 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.

No obstante lo dicho, aún hoy, sólo un tercio de las personas que padecen un trastorno mental demandan atención médica y no siempre en relación con el mismo.

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.

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.

Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico generado al Servicio Canario de Salud en 1998 por los psicofármacos fue de 3.842.228.004 millones de pesetas, que representó un 9% del gasto total en farmacia. Constituye uno de los grupos de fármacos más dispensados. No obstante, los nuevos antipsi-cóticos, fármacos específicos para los pacientes con esquizofrenia, están experimentando un incremento notable en su representación económica para los Servicios Sanitarios Públicos, dada su mayor tolerancia por los pacientes y su elevado precio frente a los antiguos.

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 ausencia de un registro unificado de casos actualmente operativo, aunque se han puesto en marcha 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 (E.A.P.), además del seguimiento de pacientes crónicos ya identificados y de los pacientes de alta de las U.I.B. La evolución de las Unidades de Salud Mental en el período 1986 a 1998 se muestra en el Gráfico 4.E9.

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.

Tabla IV.E9. Evolución de los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales, por Áreas de Salud. Canarias, 1996 a 1998

	Centros de Día Nº (plazas)		Unidades de Noche Nº (camas)		Pisos Asistidos Nº (plazas)		Pensiones Tuteladas Nº (plazas)	
	1996	1998	1996	1998	1996	1998	1996	1998
Gran Canaria	-	5 (150)	-	-	7 (27)	7 (27)	2 (12)	2 (12)
Tenerife	1 (45)	1 (45)	1(10)	1(10)	2 (10)	2 (10)	1 (6)	1 (6)
Lanzarote	-	1(50)	-	-	1 (5)	2 (10)	-	-
La Palma	-	1(20)	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1 (45)	8 (265)	1 (10)	1 (10)	10 (42)	11 (47)	3 (18)	3 (18)

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 5. E9., ha habido un aumento en todas las áreas, destacando igualmente los de Gran Canaria en virtud del Convenio referido anteriormente.

Tabla V.E9. Evolución de las camas para enfermos mentales crónicos, por Áreas de Salud. Canarias, 1994 a 1997

	Deficientes				Psicogeríatras				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

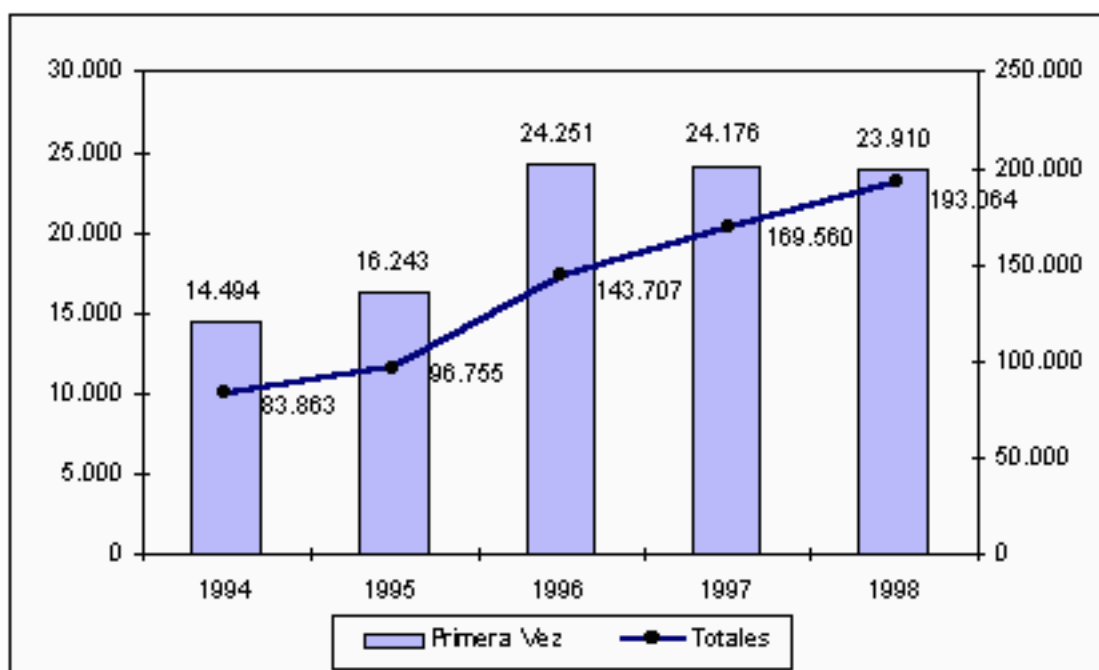
* Localizadas en los Hospitales Psiquiátricos

** Unidades de Rehabilitación Activa

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

Con respecto a la actividad asistencial realizada en las Unidades de Salud Mental, el Gráfico 6.E9 muestra un incremento sostenido de las consultas totales, y una cierta tendencia a la estabilización en el último año e incluso disminución de las primeras consultas de 1998 respecto a 1997, 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.

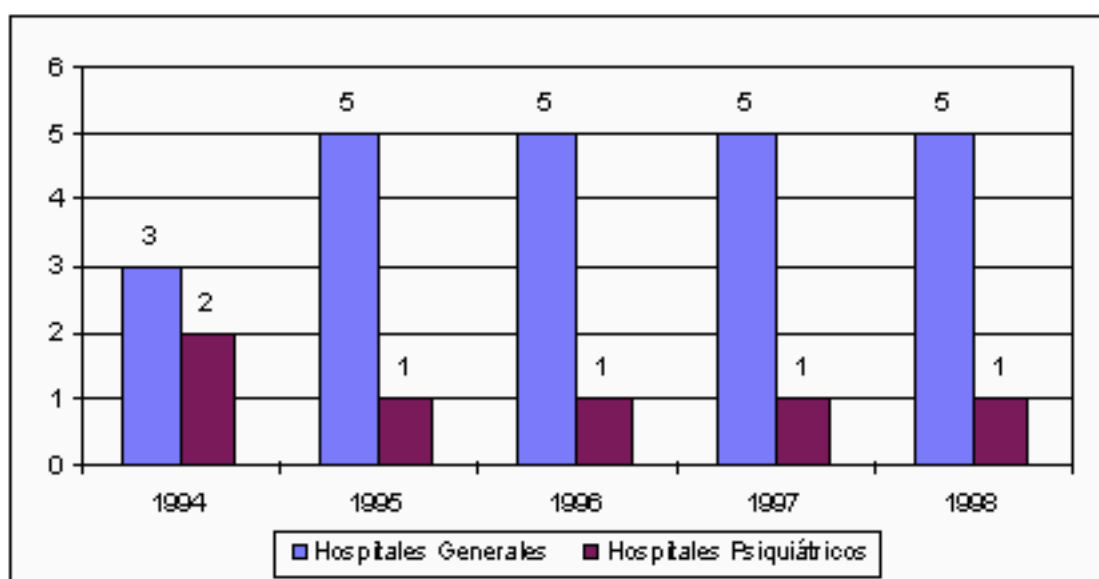
Gráfico 6.E9. Evolución de consultas en las Unidades de Salud Mental (primera y totales). Canarias, 1994 a 1998



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 7.E9, donde vemos que el aumento es a expensas de dispositivos ubicados en Hospitales Generales. Queda pendiente la Unidad de Agudos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, con 24 camas en Tenerife y la adecuación de 4/6 en el Hospital General de Fuerteventura, ambas aprobadas en los Programas de Gestión Convenida del presente año 1999 con dichos Hospitales.

Gráfico 7.E9. Evolución del número de Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 1998

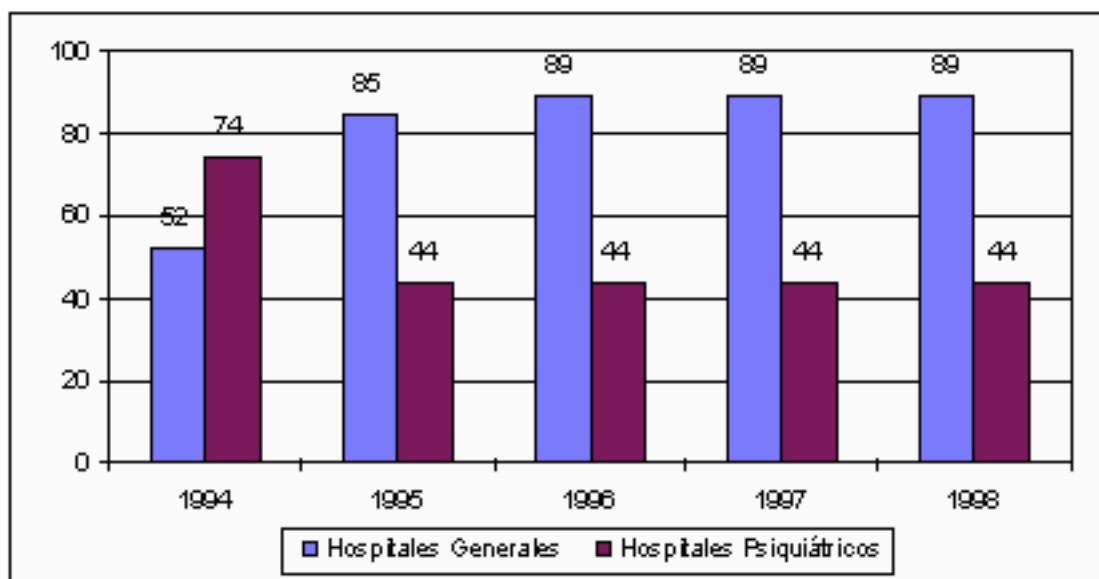


Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Con respecto a las camas, en el Gráfico 8.E9, observamos también un incremento de las mismas, que

se produce a expensas de las camas en Hospitales Generales.

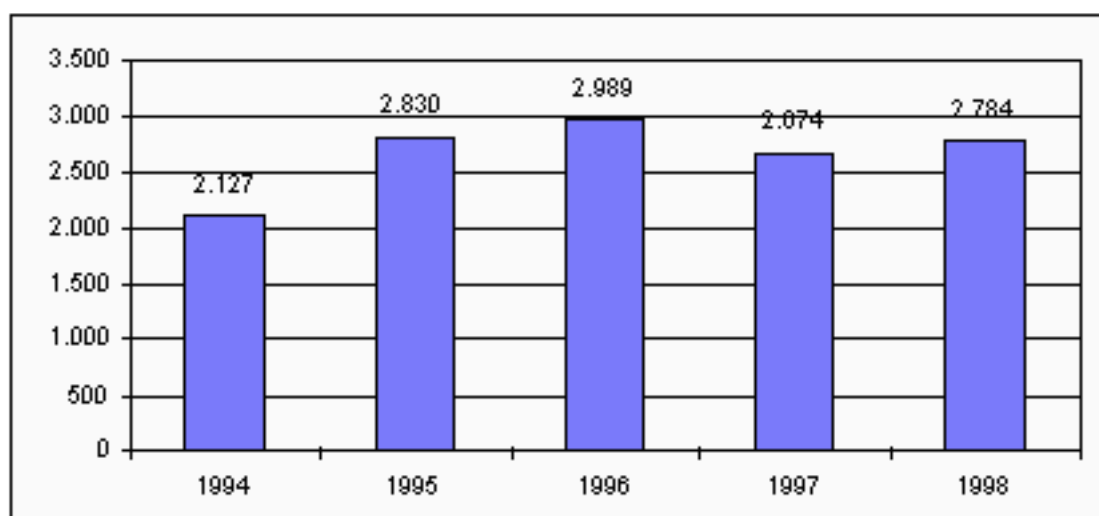
Gráfico 8.E9. Evolución del número de camas en Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 1998



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

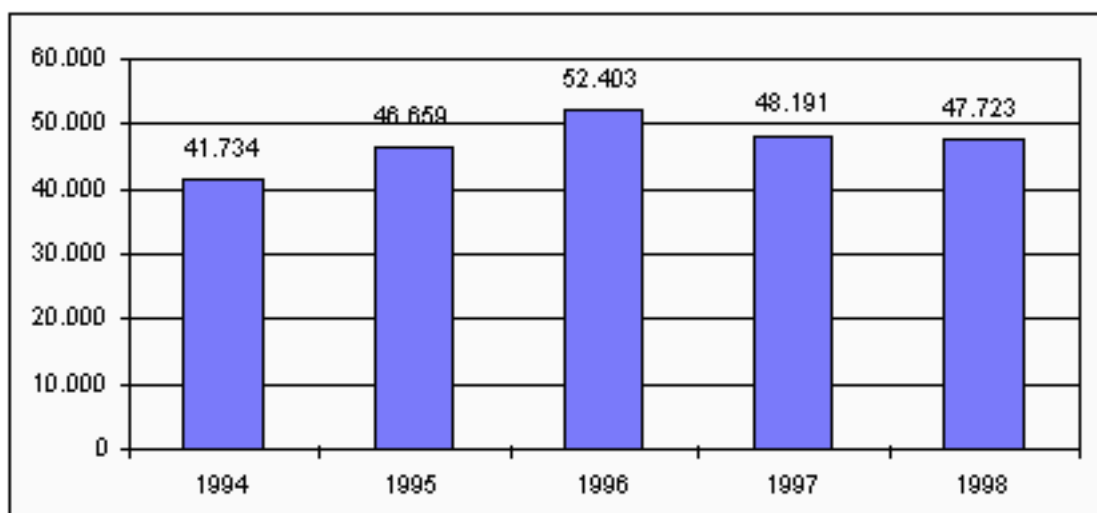
La actividad asistencial, medida en función de los ingresos y las estancias se muestra en los Gráficos 9.E9 y 10.E9, para el período 1994 a 1998. En ellos vemos que se ha producido un aumento sostenido con una disminución en el último año estudiado, lo cual habla de un desplazamiento de la actividad asistencial a los dispositivos comunitarios, consecuente con el desarrollo de los mismos, restringiéndose el uso de la hospitalización, hecho más evidente en el área de Gran Canaria, por ser donde el proceso de sectorización y desarrollo de recursos comunitarios ha sido más apropiado, gracias a la integración de los recursos públicos disponibles.

Gráfico 9.E9. Evolución del número de ingresos en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 1998



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

Gráfico 10.E9. Evolución del número de estancias en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 1998



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, ha llevado a cabo un estudio en donde se analizan 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, muestra que la psicosis esquizofrénica genera una media de 42,6% de los mismos (Tabla II.E9). 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 II.E9. 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 psicotrópicos	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 II.E9 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 psicotrópicos (Tabla III.E9).

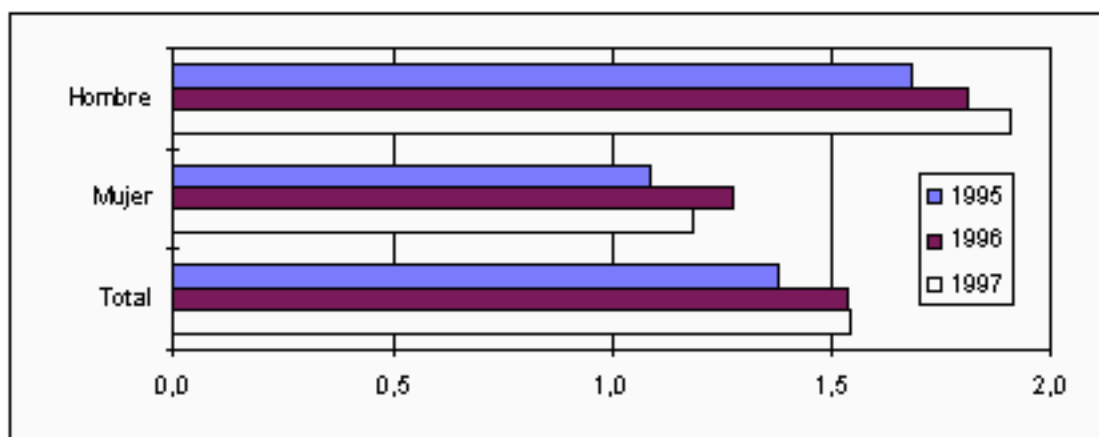
Tabla III.E9. Ingresos por categoría diagnóstica (tasas de ingreso por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997

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 psicofármacos	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.

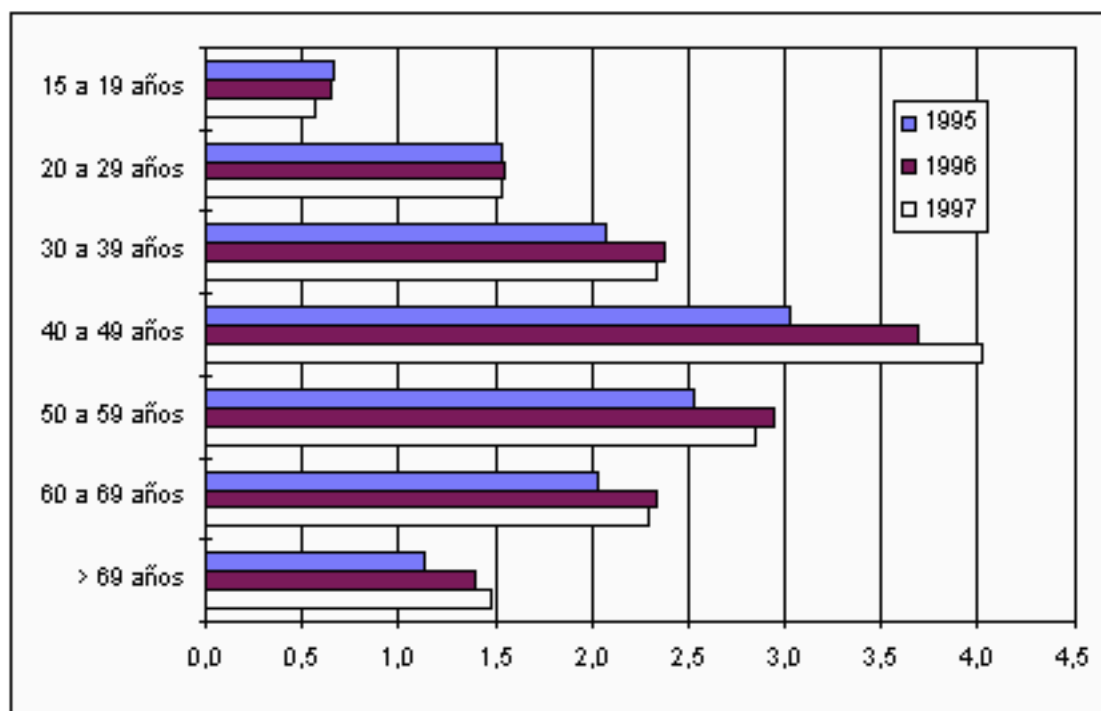
Gráfico 11.E9. Tasas de ingreso por géneros (por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997



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 12.E9. 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

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, tal como se ha hecho en el Área de Salud de Gran Canaria. En esa misma línea se está desarrollando un acuerdo técnico con los recursos de asistencia psiquiátrica del Cabildo de Tenerife, en virtud de un acuerdo firmado entre el Director General de Programas Asistenciales del S.C.S. y el Gerente del HECIT, acuerdo que pretende desarrollar los objetivos de Salud Mental del Plan de Salud de Canarias 1997-2001 en el Área de Salud de Tenerife.

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 ubicadas ya mayoritariamente 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.

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. Cinco de estos C.I.R.P.A.C. ya se han constituido a junio de 1999, quedando pendientes de constitución los de Lanzarote y Fuerteventura. 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 socio-sanitario más inmediatas.

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 3 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.

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, valorar-la, 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.

Por último, 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 las Tablas IV.E9 y V.E9, fundamentalmente a expensas de los Centros de Día, junto con la colaboración de otras Administraciones (Servicios Sociales, Ayuntamientos, ONGs...)

Tabla IV.E9. Evolución de los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales, por Áreas de Salud. Canarias, 1996 a 1998

	Centros de Día Nº (plazas)		Unidades de Noche Nº (camas)		Pisos Asistidos Nº (plazas)		Pensiones Tuteladas Nº (plazas)	
	1996	1998	1996	1998	1996	1998	1996	1998
Gran Canaria	-	5(150)	-	-	7(27)	7(27)	2(12)	2(12)
Tenerife	1(45)	1(45)	1(10)	1(10)	2(10)	2(10)	1(6)	1(6)
Lanzarote	-	-	-	-	1(5)	1(5)	-	-
La Palma	-	-	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1(45)	6(195)	1(10)	1(10)	10(42)	10(42)	3(18)	3(18)

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

Tabla V.E9. Evolución de las camas para enfermos mentales crónicos, por Áreas de Salud. Canarias, 1994 a 1997

	Deficientes				Psicogeríatras				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 IV.E9) para este colectivo de pacientes, garantizándoles un futuro de integración social y participación.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife

Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



TEMAS:

- [Recursos en infraestructura.](#)
- [Recursos humanos.](#)

Recursos en infraestructura

La dotación en infraestructura para la atención a los enfermos mentales de la Comunidad Autónoma actualmente disponible, enero de 1999, queda resumida en la Tabla I.H4.

Tabla I.H4. Recursos en infraestructura para la atención a los enfermos mentales. Canarias, enero de 1999

	U.S.M.	C.E.H.	U.I.B.	Unidades media o larga estancia	Centros de día	Unidades de noche	Pisos asistidos	Pensiones protegidas
			Camas	Camas	Plazas	Camas	Plazas	Plazas
Gran Canaria	8	-	2 28+28	133	6 170	-	7 27	2 12
Tenerife	6	2	2 19+44	72	1 45	1 10	3 15	1 6
Lanzarote	1	1	1 8	-	1 50	-	2 6	-
La Palma	1	-	1 6	-	1 20	-	-	-
Fuerteventura	1	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	(*)	1	-	-	-	-	-	-
El Hierro	(*)	1	-	-	-	-	-	-
Canarias	17	5	6 133	205	9 285	1 10	12 48	3 18

U.S.M.: Unidades de Salud Mental Comunitarias, C.E.H.: Consultas Externas Hospitalarias, U.I.B.: Unidades de Internamiento Breve/número de camas

* La Gomera y El Hierro son atendidos por Psiquiatras y Psicólogos que acuden periódicamente

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

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias, distribuidas en Centros de Salud, más próximos al usuario y tomando a cargo aspectos no sólo asistenciales sino preventivos y rehabilitadores, presentan una distribución cada vez más homogénea. A lo largo del año 1995, la población con acceso a este tipo de dispositivo pasó de un 40% a un 80%, fundamentalmente a expensas de la isla

de Gran Canaria como consecuencia del convenio firmado entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el Excelentísimo Cabildo de esa Isla. En 1997 y 1998 se han ido incrementando nuevos recursos humanos de forma que actualmente toda la población tiene acceso a este tipo de recurso asistencial, aunque no todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias tengan aún una dotación óptima.

Siguen manteniéndose Consultas Externas de Psiquiatría y Psicología en algunos hospitales. En Tenerife, en el Hospital Universitario de Canarias y en el Hospital Psiquiátrico, ambos dependientes del Cabildo Insular; y en Lanzarote, en el Hospital General dependiente del Servicio Canario de Salud. Las de Tenerife han pasado desde el 1 de marzo de 1999 a convertirse en Unidades de Salud Mental Comunitarias, sectorizadas con las del Servicio Canario de Salud, en virtud de un acuerdo técnico suscrito entre el S.C.S. y el Excmo. Cabildo Insular de Tenerife, que pretende una progresiva integración funcional y desarrollo conjunto y coordinado de recursos.

Para la hospitalización de pacientes agudos, las recomendaciones de camas están entre 0,8 y 1,3 por 10.000 habitantes. Disponemos de 133 camas, la mayoría en Hospitales Generales, menos las 44 camas que persisten en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife. En ese sentido, globalmente estaríamos dentro de los ratios aceptables aunque en los límites más bajos, estando aprobada para el presente ejercicio de 1999 la creación de 6 camas en el Hospital General de Fuerteventura y el traslado de 24 del Hospital Psiquiátrico de Tenerife al Hospital Ntra. Sra. de Candelaria, siendo hasta ahora el único Hospital de su nivel que en Canarias no dispone de Psiquiatra de Guardia 24 horas, circunstancias ambas que generan importantes distorsiones a la población, dada la comorbilidad de patología física y psíquica que acompaña a las urgencias.

Los recursos para pacientes de media y larga estancia se mantienen ubicados en los Hospitales Psiquiátricos de las Islas capitalinas.

Las plazas de Centros de Día y las camas para las Unidades de Noche no sólo están disponibles en la isla de Tenerife, dependientes del Cabildo Insular aunque financiados desde 1998 por el Servicio Canario de Salud, sino que han empezado a desarrollarse en otras Áreas como Gran Canaria, donde se están desarrollando en la actualidad 5 nuevos Centros de Día, además del que ya existía gestionado por la ONG A.F.A.E.S. También existe 1 en Lanzarote dependiente de la ONG El Cribo y 1 en La Palma iniciativa del Ayuntamiento de Los Llanos de Aridane, todos con la colaboración de la Dirección General de Servicios Sociales.

Por último, las plazas en pisos asistidos y pensiones protegidas tienen una mayor presencia en el Área de Salud de Gran Canaria. Su dependencia trasciende del ámbito sanitario, al igual que ocurría con los Centros de Día, y se vinculan a la red básica de Servicios Sociales y ONGs, aunque paulatinamente van desarrollándose en otras Áreas de Salud como Tenerife y Lanzarote, forman parte del subprograma de alojamiento alternativo para enfermos mentales crónicos y actualmente se detecta que su desarrollo en las islas capitalinas podría ser en la línea de mini-residencias. Éstas constituyen un recurso residencial para los pacientes crónicos más discapacitados. Se trata de residencias con capacidad reducida (aproximadamente para 15-20 usuarios) ubicada en un entorno apropiado y con intervenciones específicas que impidan o minimicen procesos de deterioro. Deben contar con la supervisión de personal cualificado permanente (en tres turnos) y con suficiente

versatilidad como para cubrir las necesidades que precisan global e individualmente los pacientes. Las personas asistidas abonarían una cuota por la prestación del servicio. La Mini-Residencia atendería indistintamente a pacientes con procedencia de diversas U.S.M.C. y dependería funcionalmente de la dirección del programa, tal y como ha quedado reflejado en uno de los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para Enfermos Mentales Crónicos (P.I.R.P.) más desarrollados de Canarias, que corresponde al Área de Salud de Gran Canaria.

Recursos humanos

Los recursos humanos para la atención a enfermos mentales en el Servicio Canario de Salud han seguido una evolución ascendente, y actualmente se cuenta con un número de profesionales aceptable comparándonos con el resto del territorio nacional (ver Tabla II.H4). Esto lo ha favorecido la incorporación del personal dependiente del Cabildo de Gran Canaria en 1997.

Tabla II.H4. Recursos humanos para la atención a los enfermos mentales. Canarias, enero de 1999

		Gran Canaria	Tenerife	Lanzarote	La Palma	Fuerteventura	La Gomera	El Hierro	Total parcial	Canarias
Psiquiatras	Cab.	-	23	-	-	-	-	-	23	83,3
	SCS	38	14	3	3	2	0,2	0,1	60,3	
Psicólogos	Cab.	-	7	-	-	-	-	-	7	49,3
	SCS	23	13	2	2	2	0,2	0,1	42,3	
ATS/DUE	Cab.	-	40	-	-	-	-	-	40	132
	SCS	70	10	8	2	2	-	-	92	
Trab. Sociales	Cab.	-	6	-	-	-	-	-	6	21
	SCS	14	-	1	-	-	-	-	15	
Aux. Enfermería	Cab.	-	122	-	-	-	-	-	122	232
	SCS	107	-	3	-	-	-	-	110	
Terap. Ocupac.	Cab.	-	1	-	-	-	-	-	1	4,2
	SCS	3	-	0,2	-	-	-	-	3,2	
Otros	Cab.	-	22	-	-	-	-	-	22	56
	SCS	19	5	6	4	-	-	-	34	
Total	Cab.	-	221	-	-	-	-	-	221	577,8
	SCS	274	42	23,2	11	6	0,4	0,2	356,8	

Cab.: Cabildo, SCS: Servicio Canario de Salud

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

Como puede observarse en la Tabla II.H4, en el Área de Salud de Tenerife, la mayor parte de los recursos humanos pertenecen al Cabildo de Tenerife.

Con respecto a otras Comunidades Autónomas (Tabla III.H4), la situación de Canarias en 1996, referida a cantidad de profesionales, nos sitúa por encima de la media nacional, superando a Comunidades como la andaluza o la madrileña, pioneras en el proceso de la reforma psiquiátrica.

Tabla III.H4. Total de recursos humanos en Salud Mental por Comunidades Autónomas. 1996

Comunidad Autónoma	Total (*)	Tasa por 100.000 hab.
Navarra	497	94,4
Extremadura	878	81,7
La Rioja	178	68,3
Cantabria	324	61,5
Aragón	724	61,3
Baleares	437	59,9
Asturias	564	52,6
Castilla-La Mancha	682	40,3
Canarias	599	38,3
España	9.763	34,4
Murcia	335	30,9
Madrid	1.480	29,5
Andalucía	1.742	24,4
Castilla y León	602	24,0
Comunidad Valenciana	713	18,2
Melilla	4	6,5
Ceuta (**)	4	5,6
Cataluña	n.d.	n.d.
Galicia	n.d.	n.d.
País Vasco	n.d.	n.d.

* El total de personal incluye Psiquiatras, Psicólogos, Diplomados de Enfermería, Trabajadores Sociales, Auxiliares de Clínica, Terapeutas Ocupacionales y Otro tipo de personal

** En Ceuta sólo están disponibles datos de Psiquiatras, Psicólogos y Diplomados de Enfermería

Fuente: - Encuesta Nacional de Salud Mental 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo

En cuanto a la distribución del personal dedicado a la Salud Mental por categorías profesionales (Tabla IV.H4), es de destacar que nos situamos en todas ellas también por encima de la media, lo cual apunta claramente a que las deficiencias observadas en los dispositivos asistenciales obedecen más a la distribución de personal que a importantes carencias del mismo, salvo en las categorías más dedicadas a la rehabilitación que como ya hemos dicho son las más necesitadas de relanzamiento (Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social) y que por otro lado no son estrictamente sanitarias.

Tabla IV.H4. Recursos humanos en Salud mental por Comunidades Autónomas. Tasas por 10⁵ habitantes, 1996

Comunidad Autónoma	Psiquiatras	Psicólogos	Auxiliares de Clínica	Terapeutas Ocupacion.	Diplomados de Enferm.	Trabajad. Sociales
La Rioja	6,9	3,8	27,6	0,4	7,3	0,8
Aragón	6,9	2,9	31,4	0,3	8,5	1,7
Madrid	6,4	3,0	7,8	0,8	6,2	1,6
Navarra	6,1	4,6	49,6	1,9	10,1	3,4
Cantabria	5,3	2,7	26,8	0,4	8,5	1,1
Asturias	5,2	2,4	20,8	0,2	10,4	1,6
Murcia	5,1	3,7	8,5	0,8	5,4	0,8
Canarias	5,0	3,0	18,8	0,2	8,3	1,2
España	5,0	2,7	13,4	0,5	5,8	1,3
Baleares	4,8	4,0	28,8	0,1	6,4	1,2
Castilla y León	4,8	2,4	8,7	0,3	5,7	1,1
Andalucía	4,6	2,2	8,6	0,2	4,9	1,4
Comunidad Valenciana	4,2	2,0	8,5	0,3	2,6	0,4
Castilla-La Mancha	3,9	3,7	20,0	1,2	7,4	1,5
Extremadura	3,1	2,5	21,2	0,2	5,9	0,7
Melilla	1,6	1,6	0,0	0,0	1,6	0,0
Ceuta	1,4	2,8	n.d.	n.d.	1,4	n.d.
Cataluña	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Galicia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
País Vasco	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: - Encuesta Nacional de Salud Mental 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo

Los Equipos de Salud Mental Comunitarios (E.S.M.C.) son el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la Salud Mental. Deberían estar formados por al menos de 10 a 12 profesionales entre psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y otros, atendiendo zonas de población entre 80.000 y 100.000 habitantes. Basándonos en el Padrón de 1996, que atribuye a Canarias una población de derecho de 1.606.549 habitantes, precisaríamos de aproximadamente unas 16 Unidades de Salud Mental Comunitarias (U.S.M.C.), que tendrían que estar adaptadas a las singularidades del territorio, insularidad, accesibilidad, etc. Actualmente disponemos de estas 16 Unidades, con un número de profesionales que alcanza los 154. Con excepción de Gran Canaria, cuyos equipos actuales se acercan a la media deseada, gracias al acuerdo de integración funcional de recursos que se consiguió con la firma del Convenio entre el Servicio Canario de Salud y el Excmo. Cabildo de la Isla, el resto de las Unidades de Salud Mental Comunitarias precisarían dotarse de personal auxiliar y de enfermería. No obstante, la integración futura de los actuales recursos públicos asistenciales (Cabildo de Tenerife) paralelos y la consiguiente involucración de personal de otras Consejerías (Educa-ción, Cultura y Deportes, Empleo y Asuntos Sociales), y de otras administraciones (municipios) y organizaciones sociales (ONGs), pueden modificar la distribución actual de técnicos por población. El análisis de estos dispositivos, actualmente no integrados, se hace imprescindible antes de acometer cualquier incremento de plantilla. En cualquier caso, una redistribución de los recursos humanos atendiendo a criterios racionales se impone como tarea prioritaria.

Con respecto a las Áreas de Salud de La Gomera y El Hierro es necesario comentar que son atendidas por profesionales (Psiquiatras y Psicólogos) contratados por el Servicio Canario de Salud que se desplazan con regularidad. Para el internamiento de pacientes agudos, las islas de La Gomera, El Hierro y La Palma (los que no pueden atenderse allí) emplean los recursos de Tenerife, pues es donde son trasladados habitualmente los pacientes. En Fuerteventura se procede de la misma manera en cuanto al traslado de enfermos agudos, empleándose, en este caso, los dispositivos de Gran Canaria. Actualmente, se ha aprobado disponer de una Unidad de Internamiento propia de 6 camas en Fuerteventura. Lanzarote y La Palma trasladarán sus actuales Unidades de Internamiento Breve con un consiguiente incremento de camas en este año 1999 a nuevas dependencias, pasando de 8 a 12 y de 6 a 8 respectivamente.

Destaca el escaso número de recursos dedicados a la rehabilitación activa, así como la escasa representación de los Trabajadores Sociales en las Islas menores. Con respecto al personal en Islas mayores destaca que, en Gran Canaria, se comienza a alcanzar un cierto equilibrio entre el personal que trabaja dentro de los hospitales y el que lo hace fuera, ya que en Tenerife la mayor parte de los trabajadores todavía realizan su actividad profesional en los hospitales.

En definitiva, la Consejería de Sanidad y Consumo está actualmente abordando la realización de una planificación dinámica y participativa de la atención a los enfermos mentales, apoyándose en la realidad de la asistencia, de las necesidades y evitando la improvisación. Es de interés también que la deuda histórica que se tiene con el enfermo mental, y por extensión con sus familiares en los sistemas públicos de salud, se empiece a corregir con la consecución de acuerdos estables que garanticen la asistencia normalizada a estos pacientes y evite las limitaciones y barreras de acceso actuales a los recursos. En último término, nos ha preocupado en el presente Plan de Salud aprobado por el Parlamento de Canarias, una ampliación del concepto de Salud, superando en la práctica asistencial la idea de salud como ausencia de enfermedad, ampliándolo hacia la consecución de niveles de calidad de vida aceptables y a un estado de mayor bienestar personal, familiar y social de los ciudadanos de Canarias.

Una medida que esperamos facilite el desarrollo de estos recursos es el Decreto 83/1998, de 28 de mayo, de Constitución de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (C.I.R.P.A.C.) para enfermos mentales crónicos, donde tienen participación activa tanto los profesionales de las diferentes Administraciones implicadas, como las propias ONGs para enfermos mentales. Dichos C.I.R.P.A.C. están presididos por los Directores de Área del Servicio Canario de Salud, y son una de las recomendaciones realizadas por la Comisión Asesora de Salud Mental, por la que desde su creación en 1993, han sido valorados, estudiados y aprobados los diferentes cambios que han tenido lugar en los últimos años en Canarias, relacionados con la atención a los enfermos mentales.

Es de destacar el papel que desde hace años vienen realizando las diferentes ONGs de familias y pacientes con trastornos mentales (Tabla V.H4), subvencionadas tradicionalmente por la Dirección General de Servicios Sociales o iniciativas de ámbito municipal, y en las que el S.C.S. participa en los últimos años con 25.000.000 de pesetas/año repartidas, de forma proporcional, en base a sus programas y número de beneficiarios.

Tabla V.H4. Actividades realizadas por ONGs de familias y pacientes con trastornos mentales. Áreas de Salud, junio de 1999

Área de Salud	ONG	Tipo de paciente	Actividades realizadas			
			Taller Ocupacional	Centro de Día	Psicoeducación	Pisos Protegidos
Tenerife	A.F.E.S.	T. Esquizofrénico	X		X	X
	A.T.E.L.S.A.M.	T. Esquizofrénico	X		X	X
	Ayto. de los Realejos	T. Esquizofrénico	X			
	A.L.A.B.E.N.T.E.	T. Alimentación			X	
	A.P.A.N.A.T.T.E.	T. Profundos del desarrollo			X	
La Palma	Ayto. de los Llanos de Aridane	T. Esquizofrénico		X		
	A.P.A.S.A.M.	T. Esquizofrénico		X		
Gran Canaria	A.F.A.E.S.	T. Esquizofrénico	X	X	X	X
	A.F.E.Sur	T. Esquizofrénico			X	
	Horizontes Abiertos	T. de la Ansiedad			X	
	A.P.R.O.S.U.	Deficientes con T. mentales	X			
Lanzarote	El Crbo	T. Esquizofrénico	X	X	X	X

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

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: suicidio

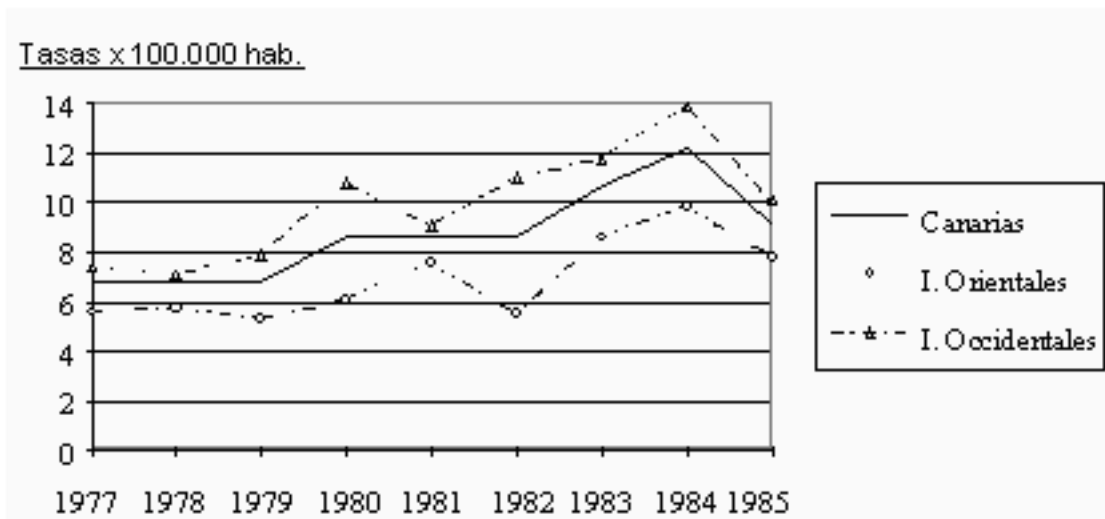
La conducta suicida se presenta como un impulso autodestructivo del propio sujeto modulado por las pautas socioculturales. Se trata de un fenómeno complejo, con grandes dificultades para ser estudiado en todas sus dimensiones, debido a sus connotaciones de tipo jurídico, religioso y social. Dada la importancia del fenómeno del suicidio por sus repercusiones tanto sanitarias como sociales, éste merece una atención especial, de ahí que sea considerado fuera del apartado de Salud Mental, con el que está relacionado, como también lo está con Atención a las Personas Mayores, Drogas y Conductas Adictivas y Accidentes.

Las tasas de suicidio figuran entre los indicadores del estado de salud, definidos por la OMS en 1981, para vigilar el progreso realizado en el logro de los objetivos de la Salud para todos en el año 2000. El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad en los países desarrollados, muriendo diariamente en el mundo, por esta razón, unas 1.000 personas. Los datos disponibles para su estudio poseen una escasa fiabilidad, estando a menudo infraestimados, de ahí que para el manejo de sus cifras se requiera cierta cautela. Ahora bien, una revisión de las mismas, escogiendo amplios períodos de observación, permite valorar las tendencias de este fenómeno. Por otro lado, el número de suicidios consumados no representa sino una parte del problema, por lo que es necesario considerar también las tentativas de suicidio, identificadas fundamentalmente en los servicios de urgencias de los hospitales.

Para describir la situación en Canarias hemos utilizado dos períodos; el primero, de 1977 a 1985, como muestra el Gráfico 1.E10, basado en datos de un estudio epidemiológico del suicidio consumado, y el segundo, de 1986 a 1989, empleando las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (que son las últimas disponibles). Teniendo en cuenta las limitaciones citadas, comprobamos que para todo el período revisado (1977 a 1985), se han suicidado en Canarias al menos 1.482 personas. Ante estos datos, es posible esperar que en nuestra Comunidad Autónoma fallezcan por suicidio unas 124 personas anualmente. Se estima que la tasa específica de mortalidad por esta causa en Canarias está entre 7 y 10 suicidios por cada 100.000 habitantes/año.

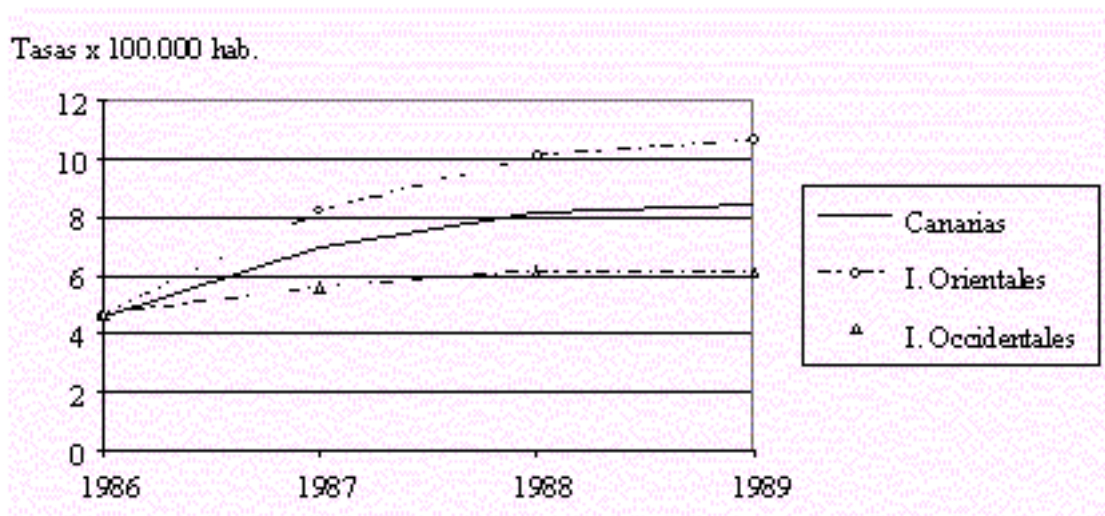
La tendencia de las tasas en toda la Comunidad Autónoma, al igual que en el resto del territorio nacional, considerando ambos períodos por separado, ha ido en aumento. Teniendo en cuenta la distribución por provincias, se observa que para el período 1977 a 1985, las tasas fueron superiores en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, invirtiéndose la situación a partir de esta fecha, con un incremento de las tasas en la provincia de Las Palmas y una disminución de las mismas en la de Santa Cruz de Tenerife. Durante el primer período (1977 a 1985), la tasa media anual de suicidios en las Islas Occidentales fue de aproximadamente 10 personas x 100.000 habitantes/año, mientras que en las Islas Orientales fue de 7 x 100.000 habitantes/año.

Gráfico 1.E10. Tasas de letalidad por suicidio en Canarias, 1977 a 1985



Para el período 1986 a 1989, como se observa en el Gráfico 2.E10, estas tasas fueron de 5,6 y 8,4 por 100.000 habitantes/año para Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria, respectivamente.

Gráfico 2.E10. Tasas de letalidad por suicidio en Canarias, 1986 a 1989

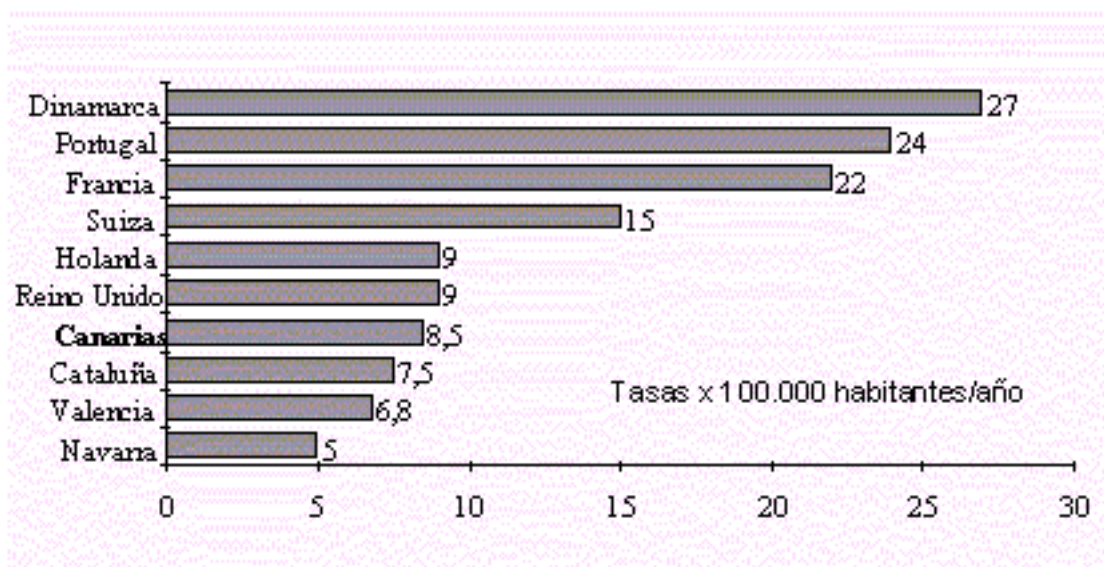


Muchos factores podrían explicar estas nuevas tendencias de la distribución geográfica del suicidio en nuestro Archipiélago, desde un mayor desarrollo en estos años de la Administración de Justicia en Gran Canaria, lo cual incide en la mejora del registro de casos, a la inexistencia en esos años de una cobertura de la Atención Especializada a la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica a nivel Primario, así como al incremento de la inmigración e, incluso, como consecuencia de un mayor impacto social del desempleo y la pobreza en la provincia de Las Palmas.

La tasa media en Canarias es de 8,5 suicidios x 100.000 habitantes/año, lo cual nos sitúa por encima de Comunidades como la Navarra con 5 suicidios x 100.000 habitantes/año, la valenciana con 6,8 suicidios x 100.000 habitantes/año y al nivel de la catalana con 7,5 suicidios x 100.000 habitantes/

año.

**Gráfico 3.E10. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes.
Comparativa de Canarias, Comunidades Autónomas
y países europeos seleccionados**



Frente a otros países del entorno, estamos por debajo de sus medias ya que Dinamarca tiene unas tasas de 27 suicidios x 100.000 habitantes/año, Portugal de 24 suicidios x 100.000 habitantes/año, Francia de 22 suicidios x 100.000 habitantes/año, Suiza de 15 suicidios x 100.000 habitantes/año, Reino Unido y Holanda de 9 suicidios x 100.000 habitantes/año (Gráfico 3.E10).

En nuestro país, se observa que la tendencia en los últimos años ha ido hacia un incremento constante, en dos grandes grupos de población: los jóvenes y adolescentes y los ancianos. En Estados Unidos, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte entre 15 y 24 años de edad y en nuestro país, concretamente en Cataluña, es la población entre 15 y 34 años la que experimenta el mayor incremento de las tasas de suicidio.

Clásicamente se distinguen dos tipos de suicidio, actualmente en revisión:

- el suicidio, que podríamos calificar de auténtico, que afecta fundamentalmente a los varones entre 40 y 60 años, caracterizado por utilizar un procedimiento eficaz.
- el parasuicidio, cuyas motivaciones y procedimientos no tienen por finalidad la consecución de la muerte y que se observa con mayor frecuencia en las mujeres entre 15 y 25 años para alguna de sus variedades, como la llamada de atención para buscar un cambio en la situación personal. El método más empleado lo constituye la ingesta de fármacos. A este grupo de conductas parasuicidas pertenecen, también, los que adoptan conductas de riesgo para probar su valentía o apelando al destino, poniéndose en situaciones comprometidas pero inseguras frente a la vida: consumo excesivo de alcohol, tabaco, drogas, conducción temeraria, etc. Conviene recordar aquí que un número considerable y difícil de valorar de estas conductas conllevan la muerte.

La relación entre ambos es de un suicidio auténtico por cada 60 parasuicidios.

Los factores de riesgo del suicidio en nuestro medio coinciden con los descritos en la literatura científica. El riesgo es mayor en los hombres (3:1), sobre todo a partir de los 45 años. En ellos, el riesgo se incrementa en los separados y divorciados, seguidos de los viudos y los solteros. En cambio, en las mujeres, el mayor riesgo lo presentan las separadas y divorciadas, pero seguidas de las solteras y las viudas. En ambos casos, se trata de situaciones que apuntan a un mayor aislamiento social. Asimismo, se asocia a la presencia de enfermedades mentales y/o crónicas incapacitantes y dolorosas, las tentativas previas y/o los avisos de suicidio, y los antecedentes familiares de suicidio.

En lo que respecta a su relación con las enfermedades mentales, se ha observado una mayor frecuencia de suicidios en los enfermos mentales independientemente de su diagnóstico. Por lo tanto, la medición del fenómeno del suicidio puede ser utilizado como un indicador indirecto de los trastornos mentales en la comunidad:

- En los niños y adolescentes, algo más de un tercio de los intentos de suicidio tienen como base una depresión, si bien la causa más frecuente siguen siendo los conflictos familiares.
- Otro grupo de alto riesgo en la incidencia del suicidio es el de los ancianos, sobre todo si aglutinan el resto de los factores de riesgo, es decir, vivir solos, tener alguna enfermedad física o mental incapacitante y/o carecer de medios económicos suficientes. Su incidencia y tratamiento correspondería a la Atención a las Personas Mayores que ocupa otro apartado de este Plan de Salud.

La conducta suicida se eleva en sus tasas en las poblaciones de mayor nivel de vida, de entorno urbano y mayor densidad de población, mientras que parece disminuir en los sectores de economía baja, poblaciones de tipo rural y fuertes creencias religiosas. Quizás sea oportuno aclarar aquí que debemos diferenciar entre el suicidio activo, en el que el sujeto actúa para conseguir su muerte, sobre el que versarían más las estadísticas citadas, y el pasivo, en el que el sujeto se inhibiría de las conductas necesarias para conservar o defender la vida. Este último más difícil de evaluar y sobre el que tendríamos servida la polémica sobre el derecho a la muerte o eutanasia, no objeto de este capítulo.

En cuanto a los procedimientos de suicidio, los más empleados en nuestro medio son: el ahorcamiento, la precipitación de altura y el envenenamiento por órgano-fosforados. Estos últimos han sido responsables de gran cantidad de muertes en nuestro medio rural a causa de su fácil accesibilidad y su alta letalidad, tanto por suicidio como por accidentes domésticos.

A nivel preventivo hay que actuar a distintos niveles. Por una parte, disminuir los factores de riesgo, que como hemos podido comprobar afectan a diferentes áreas sociales, culturales, económicas, sanitarias, etc., centrándonos en este Plan en estas últimas. Por otra, el suicidio puede ser detectado precozmente y además se puede incidir en los grupos de mayor exposición.

En este último apartado se requerirán medidas de reconocimiento y diagnóstico precoz de la suicidabilidad, que estarían directamente relacionadas con el desarrollo de una red de atención a la

salud mental, que contemple aspectos asistenciales sobre manejo y tratamiento del acto suicida en el nivel Primario de atención, así como en el Especializado (no debemos olvidar la cantidad de tentativas que pasan por los servicios de urgencias, tanto ambulatorios como en hospitales generales), de formación continuada con colectivos estratégicos y medidas de promoción para la salud.

En este sentido, en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.), se ha creado un subregistro específico que permitirá el adecuado seguimiento de dichos casos, así como el establecimiento de unas tasas más realistas.

Además en el año 1996 el Servicio Canario de Salud subvencionó un trabajo, "Estudio epidemiológico de los parasuicidios en las islas de Tenerife (1992-96) y de Gran Canaria (1994-96) cuyas principales conclusiones fueron:

- La tasa de parasuicidio estandarizada en personas mayores de 15 años fue 61,81 por 100.000 en Tenerife, y 103,7 en Gran Canaria, lo que significa 62 y 104 eventos por cada 100.000 habitantes respectivamente.
- La máxima incidencia de eventos de parasuicidio se produjo en ambas islas a finales de primavera y durante el verano.
- En cuanto al género, existe en ambas Islas un claro predominio en las mujeres, pero en Tenerife la relación mujer/hombre es 2/1 mientras en Gran Canaria es 3/2. Estos datos son coincidentes con los estudios realizados en otros países.
- Con relación a la edad, en Tenerife el 65% de los intentos de suicidio se produjeron en el grupo de edad de 15-34 años, mientras que en Gran Canaria lo hicieron en un 68%.
- En ambas Islas, y en relación al estado civil los solteros tienen mayor riesgo de eventos de parasuicidio.

La mitad de las personas que realizaron eventos de parasuicidio en Tenerife presentaban un nivel educativo bajo, frente a un 13,2% en Gran Canaria.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



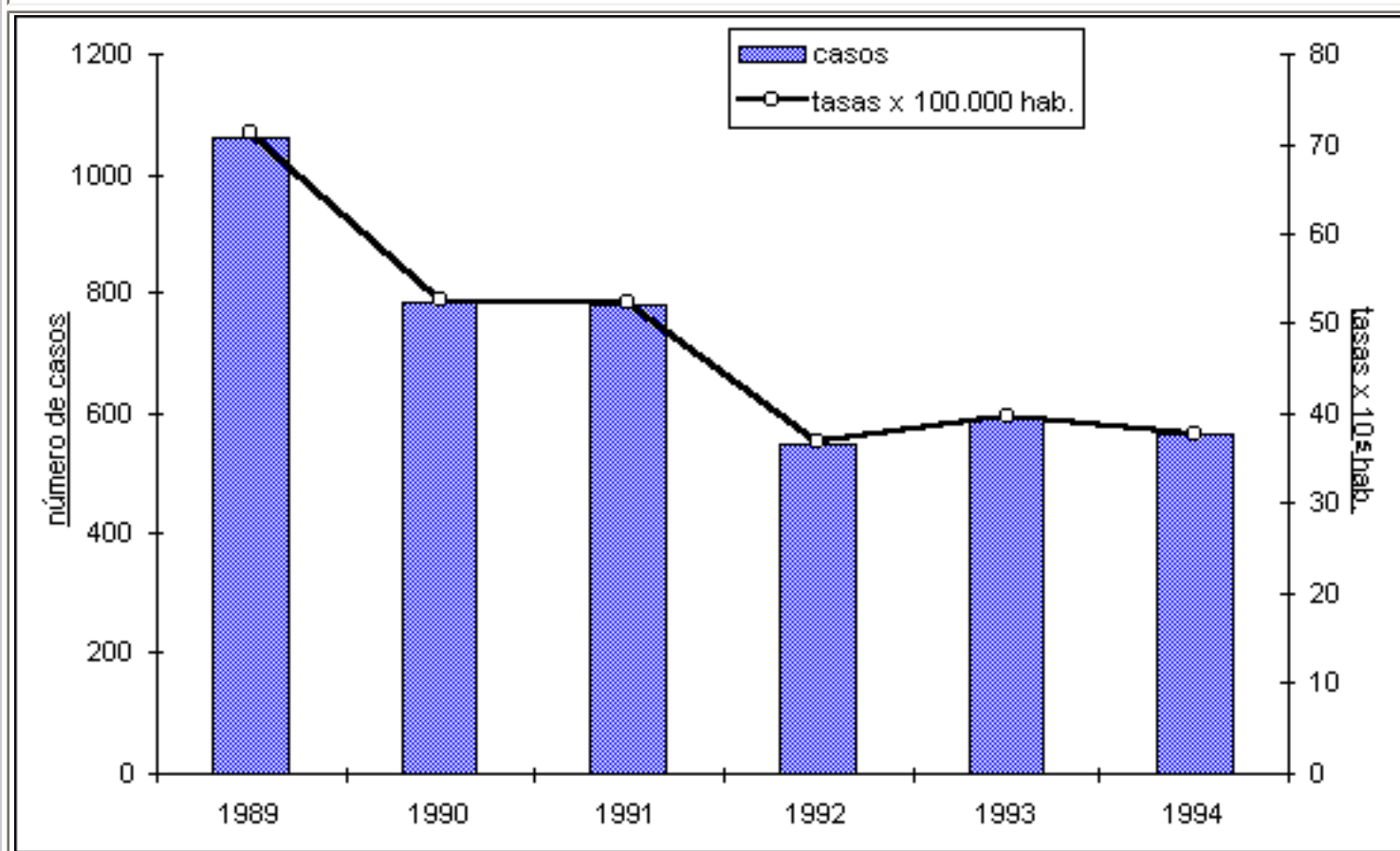
Situación de salud: morbilidad: hepatitis vírica

La hepatitis viral (HV) es una de las enfermedades infecciosas más importantes de la humanidad y ocasiona índices altos de morbilidad y mortalidad. Se estima que en Europa el número total de casos declarados anualmente para todos los tipos de hepatitis vírica aguda supera los 2.000.000; pero mientras que en el norte/oeste de Europa la incidencia informada varía entre 10-50 por 10^5 habitantes, en el sur/este del continente supera los 400 por 10^5 habitantes.

Se han diferenciado 5 tipos de hepatitis causados por agentes diferentes: virus de la hepatitis A (VHA), de la hepatitis B (VHB), de la hepatitis C (VHC), de la hepatitis D (VHD) y de la hepatitis E (VHE). Si bien el cuadro clínico y las lesiones histológicas causadas por los diferentes agentes etiológicos son prácticamente idénticos, existen diferencias tanto en sus características fisicoquímicas como en los mecanismos de transmisión. Ello conlleva la necesidad de desarrollar medidas preventivas diferentes en cada caso.

Los conocimientos actuales sobre la extensión de la hepatitis vírica se asientan básicamente en dos pilares fundamentales. En primer lugar se sitúan los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad que informan sobre las personas afectadas por la enfermedad y las secuelas de éstas. Además se hace preciso contar con los estudios seroepidemiológicos, que informan sobre las personas susceptibles de padecer o propagar la infección.

Gráfico 98. Evolución de la hepatitis vírica en Canarias, 1989 a 1994 (Registro de EDOs).



La prevalencia del Ac IgG anti-VHA varía con la edad y el área geográfica, siendo mayor el contacto

con el VHA y más precoz, en términos generales, cuanto menor es el nivel socioeconómico y sanitario de una población. En los últimos estudios realizados en nuestro país, se ha encontrado una prevalencia global de anti-VHA del 36% (13% en la edad escolar). Estos resultados son propios de un país desarrollado (baja prevalencia de Ac anti-VHA a los 10 años), pero de desarrollo socioeconómico reciente, ya que la prevalencia de Ac en los adultos es todavía muy elevada (86%).

La mayor parte de la información disponible sobre la extensión del VHB en la población general proviene del screening realizado en los bancos de sangre, en embarazadas y los realizados en las campañas de vacunación frente al VHB. La prevalencia de infección por el VHB suele referirse al porcentaje de individuos seropositivos a algún marcador demostrativo del contacto con el virus. El marcador serológico más importante es el HBsAg, siendo el más utilizado para valorar la extensión del VHB.

Algunos países mediterráneos, tales como Italia, Grecia y España, se encuentran en una situación epidemiológica de endemicidad media-baja. Sin embargo, por razones desconocidas, el índice de portadores es elevado y oscila alrededor del 3%. En España la información procedente tanto de estudios realizados en la población general como los resultados obtenidos a partir de donantes de sangre y gestantes normales, indican que la prevalencia de HBsAg oscila entre el 0,6 al 1,7%, por lo que se estima que habrán, aproximadamente, unos 600.000 portadores de HBsAg en todo el país. Los datos actuales indican que en todo el mundo al menos un 55% de los portadores del HBsAg están también infectados por este virus. Puesto que se estiman en unos 300 millones los portadores del HBsAg, el número de personas infectadas por el VHB es probablemente superior a los 15 millones.

Sólo de hepatitis B se estima que ocurren en España más de 60.000 casos anuales de los que una quinta parte cursan con ictericia y exigen asistencia médica. Un 1% de éstos presentan hepatitis fulminante, de la que fallecen casi el 70% de los

Tabla XVI. Tasa de incidencia de hepatitis víricas aguda según etiología y sexo. Gran Canaria, 1991.

	HVA	HVB	HVC	TOTAL
Varones	2,39	17,63	11,65	33,77
Mujeres	0,90	6,63	6,93	15,38
Total	1,65	12,15	9,30	24,61

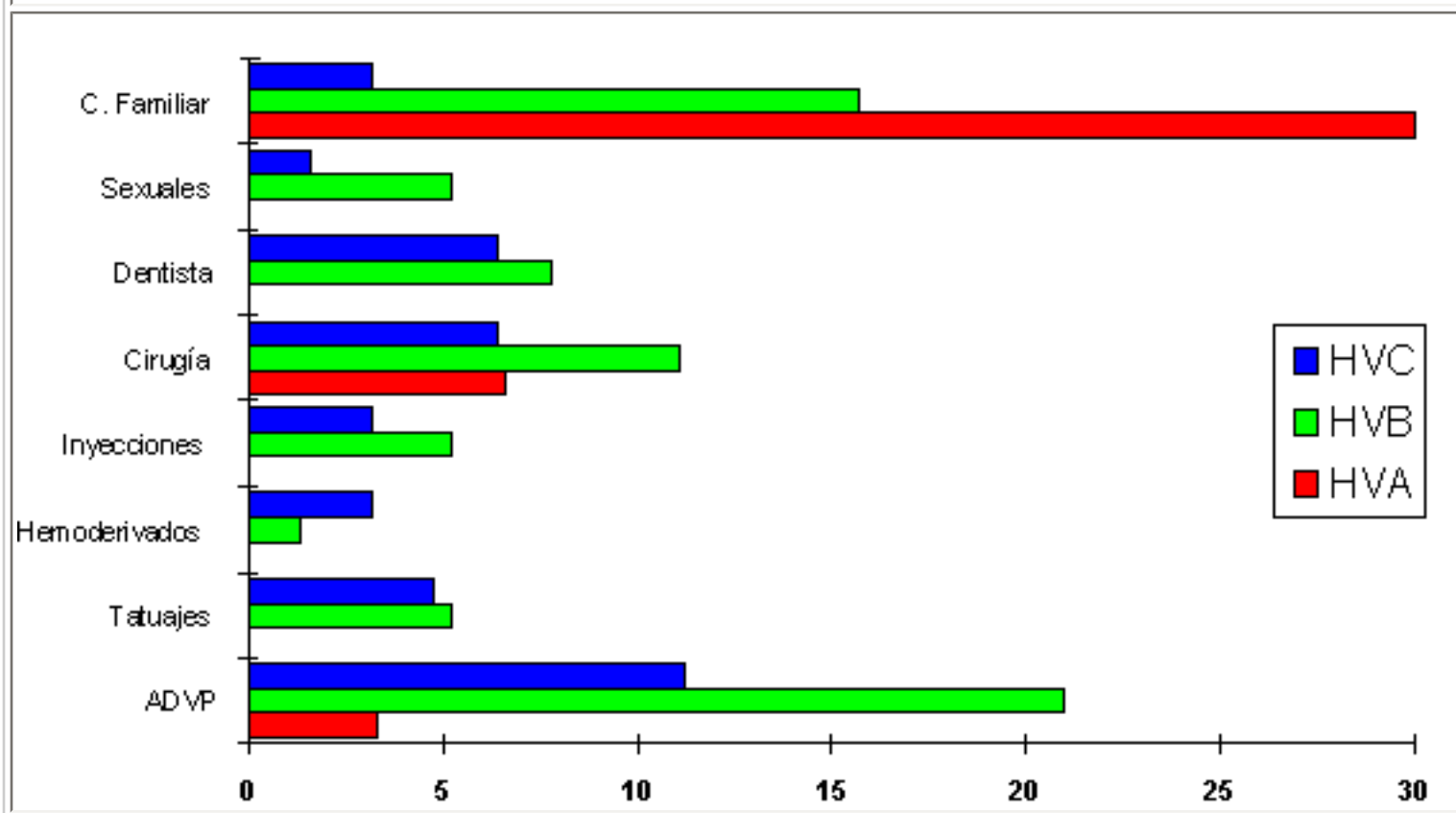
casos. El 10% de la HVB evoluciona a la cronicidad llegando a ser cerca del 90% cuando el contagio ocurre en el periodo perinatal. Un 50% de la VHB crónica evoluciona a cirrosis, descompensación hidrópica y hepatocarcinoma. Este grupo de pacientes son los que precisarán de cuidados sanitarios más especializados. Por ser muy elevado el coste que representan los estudios clínicos y los medios asistenciales que se requieren para el tratamiento de estas enfermedades, y para evitar las secuelas a veces irreparables, es muy importante su prevención y detección precoz.

En España, a partir de los centros de transfusión y bancos de sangre hospitalarios se ha encontrado una prevalencia total de infecciones por virus de la hepatitis C del 0.95%, pero con importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas: siendo Cantabria la que presenta los valores mínimos (de 0.54%) y Baleares los máximos (de 1.27%).

Actualmente los problemas de transmisión de enfermedades por ADVP preocupan en gran medida a

la sociedad occidental. Entre éstas destacan el SIDA y la hepatitis vírica. En el 60% de los drogadictos que utilizan la vía parenteral existen antecedentes clínicos de hepatitis aguda, siendo el 5 - 10% de ellos portadores de AgHBs. La población drogadicta constituye un grave problema de salud pública y a ella se están dedicando enormes esfuerzos en relación a la prevención de toxicomanías, del SIDA y, recientemente también de la tuberculosis. Sin embargo, no se ha tenido suficientemente en cuenta que también constituye un reservorio importante del virus de la hepatitis (B, C y Delta), contribuyendo a la transmisión de esta enfermedad no sólo la vía intravenosa, sino también la vía heterosexual (parejas inestables, prostitución) y la transmisión vertical. Parece razonable, por tanto, que las estrategias preventivas y asistenciales contemplen además el control y prevención de la hepatitis.

Gráfico 99. Porcentaje de hepatitis vírica aguda (A, B, C) según antecedentes epidemiológicos de los afectados.



La hepatitis vírica aguda en Canarias tiende a disminuir su morbilidad (gráfico 98), como en el resto del territorio nacional y otros países. Afecta más a varones que a mujeres, con una incidencia anual constatada de $39,7 \times 10^5$ hab., según el registro de enfermedades de declaración obligatoria, para 1993. Estos valores sitúan a Canarias en un nivel de endemidad intermedia en el contexto de la nación y del continente europeo.

La tasa de incidencia para todos los tipos de hepatitis vírica fue de $24,6 \times 10^5$ hab. (50% de los casos corresponden a hepatitis B, 34% a hepatitis C y 15% a hepatitis A), según datos obtenidos de estudios transversales de laboratorio en 1991, mientras que según el sistema EDO la tasa ascendía a $51,41 \times 10^5$ para Canarias en el mismo año, por lo que el número de casos informados al sistema EDO supera en un 50% a los detectados en laboratorio (tabla XVI).

Los antecedentes epidemiológicos de los pacientes con hepatitis vírica varían según el tipo de

hepatitis. Así los que presentaron HVA tenían antecedentes familiares, los de HVB eran en un gran porcentaje adictos a drogas por vía parenteral y los HVC tenían antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, cirugía y dentista.

La prevalencia de HBsAg en diferentes grupos de riesgo de Canarias es del 0,33% en donantes y del 0,44% en reclutas y embarazadas, por lo que se incluye dentro del contexto mundial en las áreas de baja endemicidad y a nivel europeo en el tipo II. Para el virus C la prevalencia de anticuerpos en reclutas es de 0,61% y del 0,65% en donantes. Para el virus A la prevalencia en menores de 30 años es del 55% observándose una meseta mayor del 90% a partir de los 30 años.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

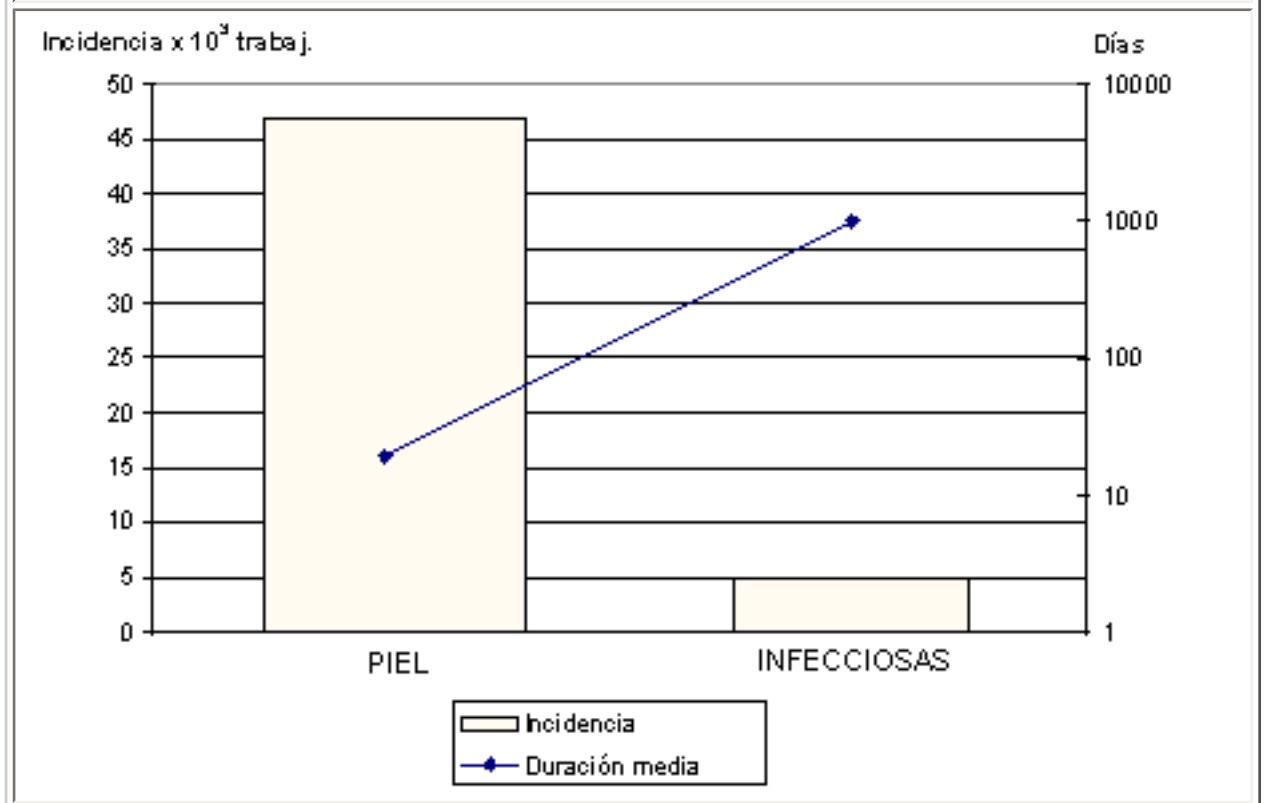
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: salud laboral

Gráfico 100. Incidencia de las enfermedades profesionales y duración media en días. Canarias, 1990-94.



El comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, define 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, 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.

La población activa de la Comunidad Autónoma de Canarias es aproximadamente de 590.000 trabajadores, soportando una tasa de desempleo del 24-25%, quedando una población ocupada de 443.200 personas, según la Encuesta de Población Activa.

La situación de la salud laboral en nuestro territorio no difiere significativamente de la situación general existente en el resto de la nación.

Durante 1994, se produjeron 29.878 accidentes en esta Comunidad Autónoma.

La tasa de incidencia de los accidentes con baja fue del 45,9 x

Gráfico 101. Distribución por ocupación de las enfermedades profesionales, Canarias 1990-94.

10³, aproximándose a la media nacional (45,6 x 10³).

Las enfermedades declaradas como profesionales en el año 1994 fueron sólo de 63.

El número de casos de enfermedades profesionales

declarados en Canarias es muy bajo en relación a otras comunidades; lo que dificulta el establecimiento de acciones preventivas y asistenciales dirigidas a colectivos y actividades de mayor riesgo.

Durante el período de 1990 a 1994 las enfermedades profesionales más frecuentes fueron las que afectaron a la piel, siendo las enfermedades infecciosas las de mayor duración media durante el período estudiado (gráfico 100).

Según la ocupación de los trabajadores (gráfico 101) y el sector de actividad (gráfico 102), la enfermedad profesional se distribuyó con mayor frecuencia en el sector agrícola.

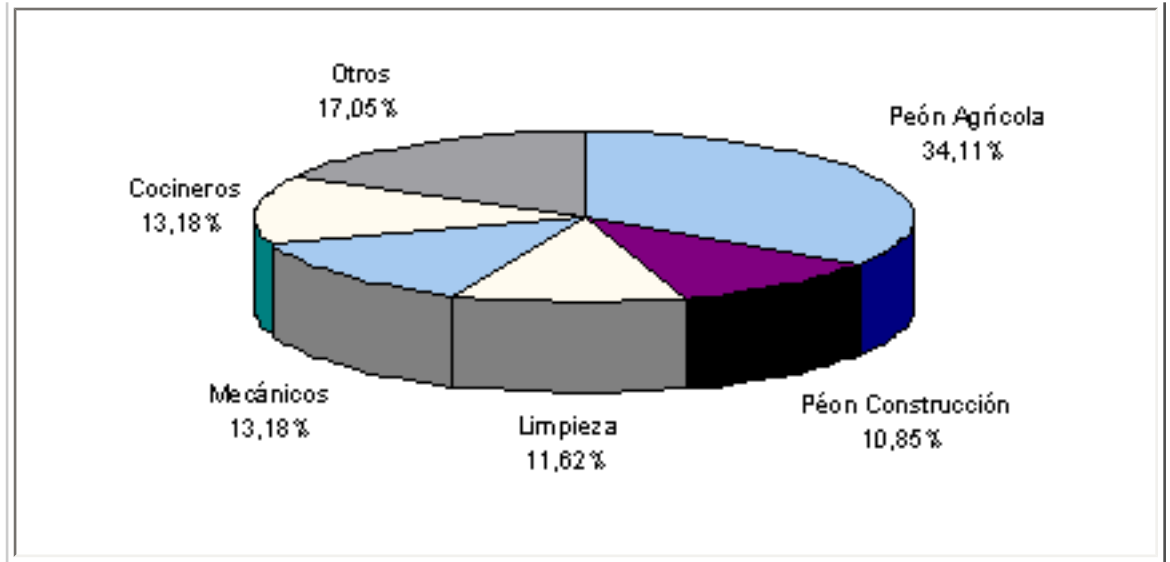
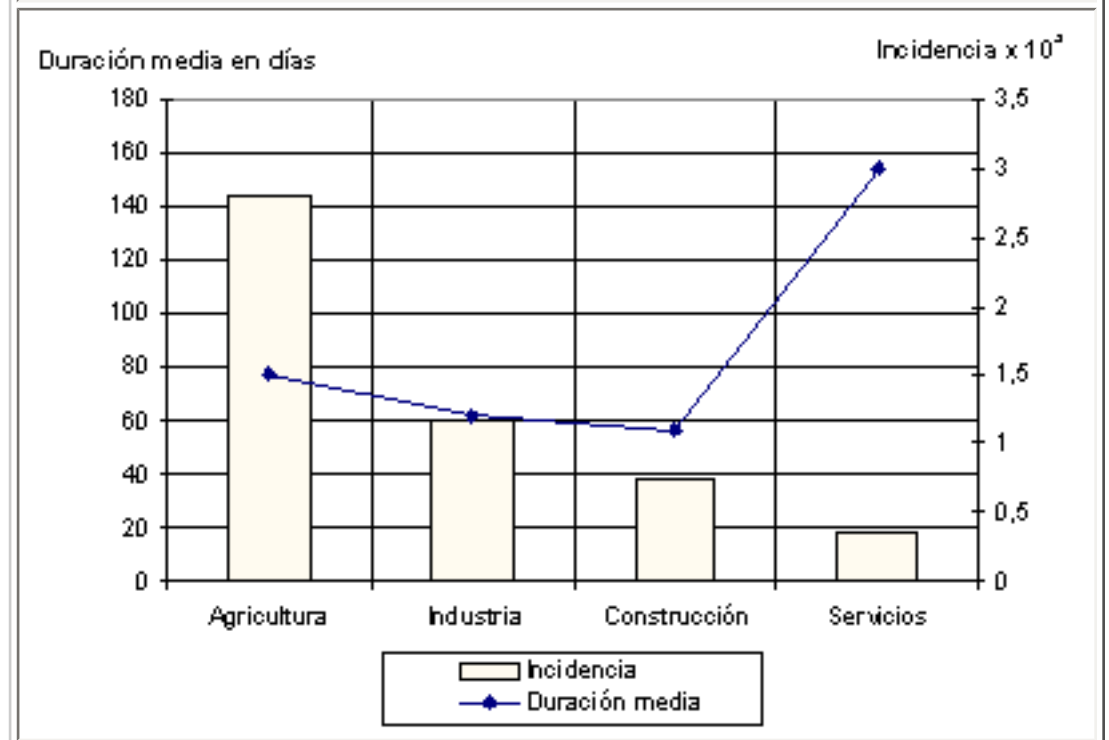


Gráfico 102. Incidencia de las enfermedades profesionales según sector productivo y duración media en días. Canarias, 1990-94.



Sin embargo los procesos que afectaron al sector servicios fueron los de menor incidencia, si bien su duración media fue la más larga (gráfico 102).

En Canarias, la situación actual sobre contingencias laborales viene explicada por algunas razones que coinciden con las existentes en otras autonomías:

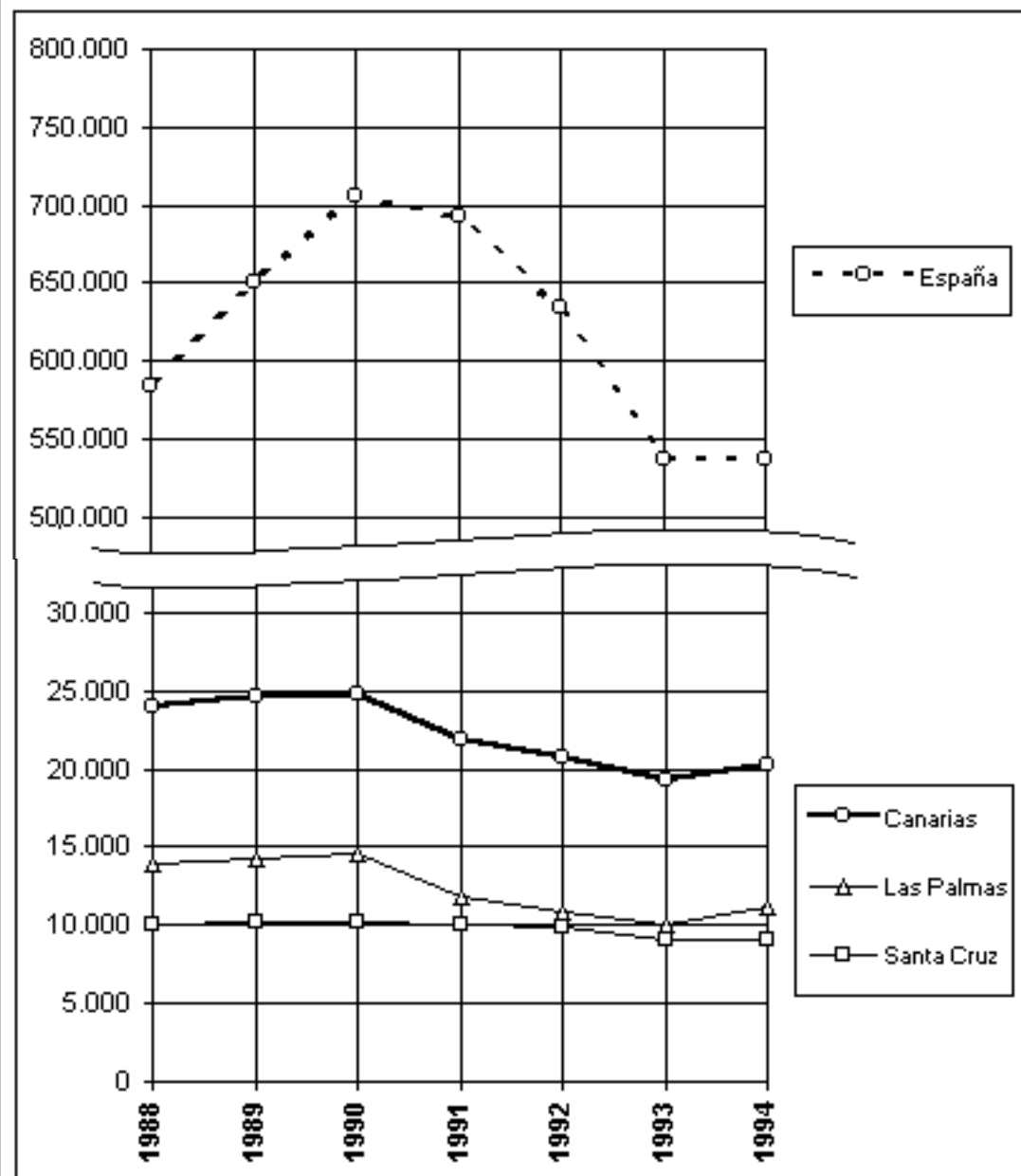
- Las limitaciones

de la clasificación de las enfermedades profesionales (EEPP). Las EEPP legalmente reconocidas son aquéllas en las que existe relación directa de causa-efecto entre el riesgo y la enfermedad, y no las enfermedades relacionadas con el trabajo, en las que el medio laboral y la realización de tareas influyen significativamente en la aparición de enfermedades multifactoriales.

- Falta de relación de la enfermedad común con la ocupación.
- Información dispersa y mejorable. Las

tasas de EEPP declaradas en Canarias son muy bajas en relación con las declaradas en otras comunidades y con el resto de los países europeos. Se podría, por tanto, asegurar que existe una infradeclaración de las mismas. Este aspecto, como mencionamos anteriormente, limita las posibilidades de desarrollar acciones dirigidas a colectivos profesionales y actividades de mayor riesgo.

Gráfico 103. Accidentes con baja en jornadas de trabajo. Canarias, 1988-94.



La importancia de la accidentabilidad laboral viene condicionada por dos aspectos diferentes.

El primero de ellos se refiere a la frecuencia con que se producen; mientras que el segundo tiene que ver con el carácter claramente evitable de los accidentes laborales.

La información disponible para la nación, procedente del Ministerio de Trabajo, muestra un claro incremento de la

Tabla XVII. Accidentes con baja en jornada de trabajo. España y Canarias, 1988-94.

accidentabilidad laboral que precisó de baja durante los años 1988 a 1990, siguiéndose de un descenso paulatino pero igualmente marcado hasta 1994.

El mismo comportamiento ha tenido lugar en la Comunidad Canaria y en sus dos provincias, si bien los cambios de ascenso-descenso no son tan marcados.

	España	Canarias	Las Palmas	Santa Cruz
1988	583.843	24.011	13.991	10.020
1989	651.576	24.592	14.347	10.245
1990	706.713	24.818	14.564	10.245
1991	693.310	21.892	11.808	10.084
1992	635.213	20.788	10.873	9.915
1993	537.848	19.243	10.103	9.140
1994	537.625	20.271	11.211	9.060

Esta misma tendencia de ascenso (1988 a 1990), y descenso (hasta 1994), describe el

comportamiento de los accidentes laborales de carácter grave y de aquéllos otros mortales (tabla XVII y gráfico 103).

La explicación a este comportamiento observado para el descenso general de la accidentabilidad y lesividad laboral desde 1990 a 1994 puede estar compartida, al menos, por dos acontecimientos de distinto significado.

En primer lugar el mayor grado de conocimiento y la mayor implantación de mecanismos de protección para los propios trabajadores y empresas.

Y, por otro lado, el desempleo creciente que afecta a más del 20% de la población activa de Canarias que, con toda seguridad, está constituyendo un factor de confusión en la interpretación de las tendencias de la accidentabilidad laboral y sus consecuencias inmediatas: bajas laborales, incapacidad y mortalidad.

Según la Encuesta Nacional de Salud, 1993, el 18% de los accidentes que se producen en Canarias, tienen lugar en el trabajo.

Gráfico 104. Distribución de los accidentes laborales según horario de trabajo. Canarias 1994.

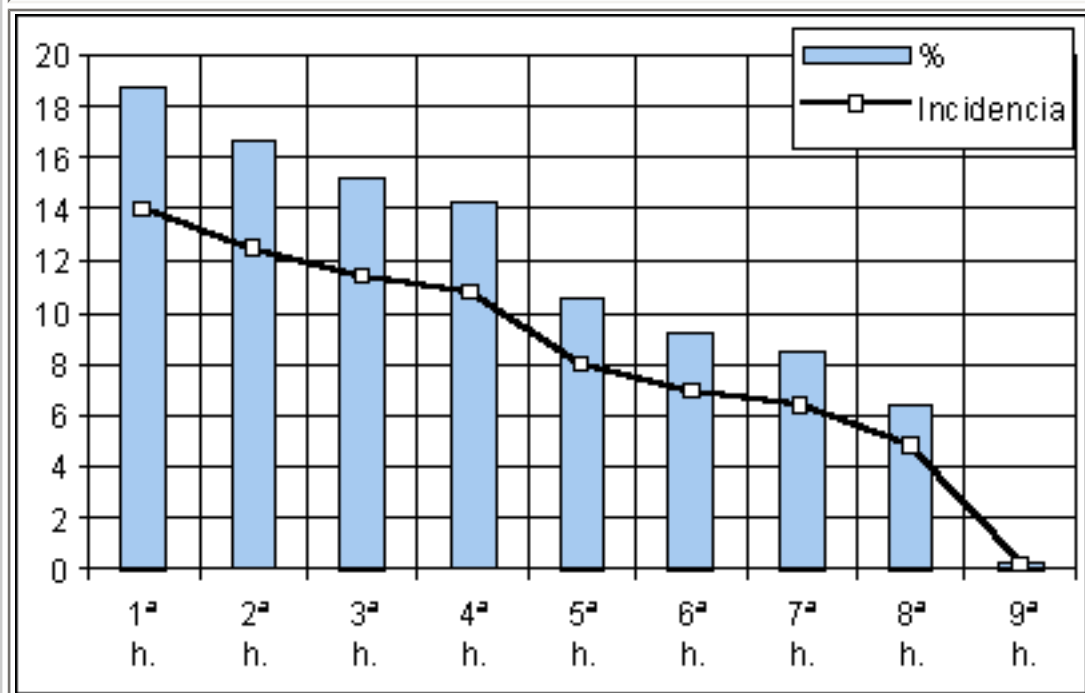
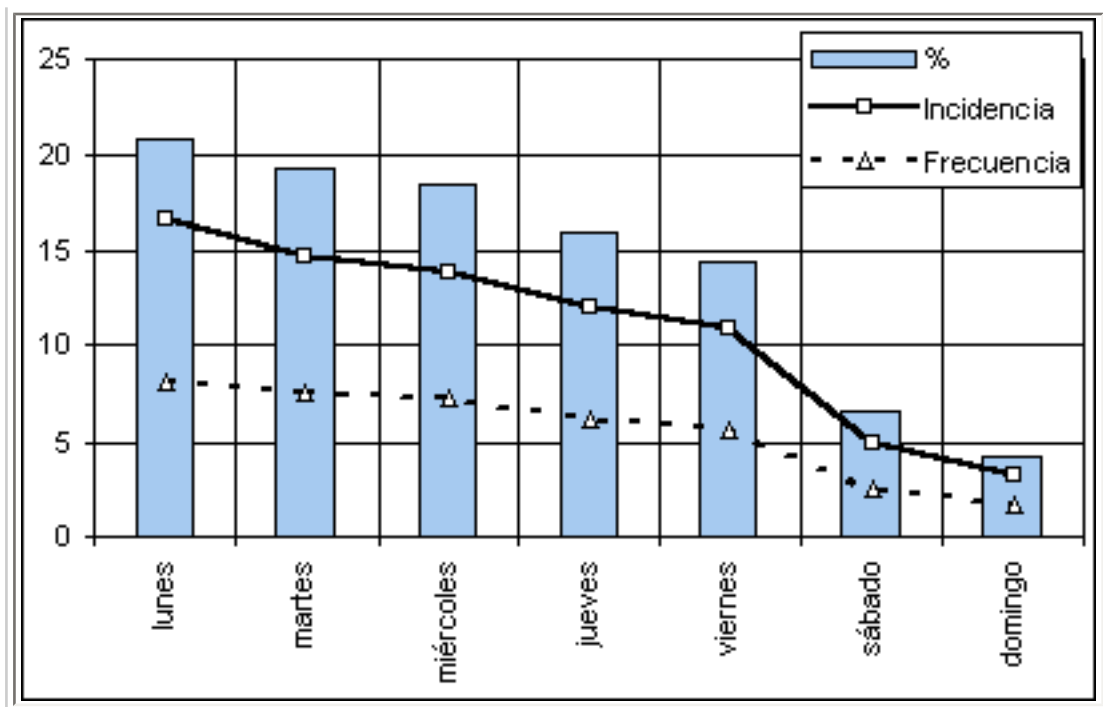


Gráfico 105. Distribución de los accidentes laborales según día de la semana. Canarias 1994.

Este porcentaje es ligeramente inferior al promedio nacional (19%).

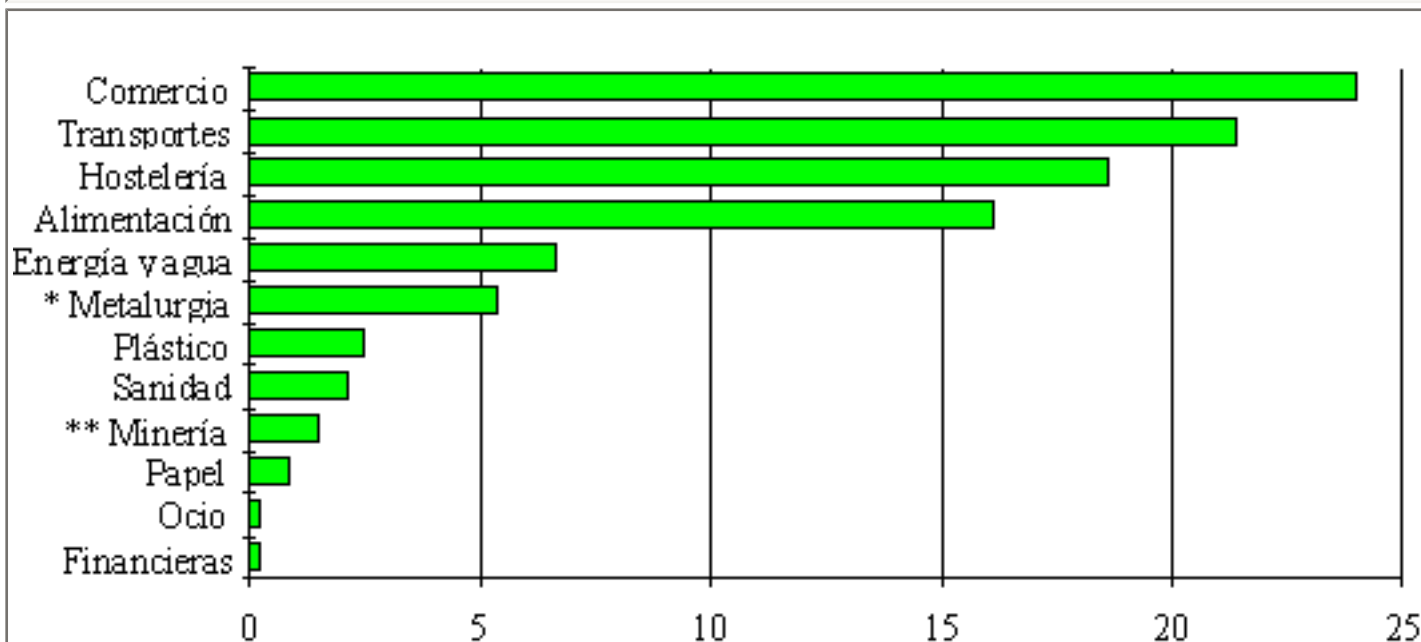
Los accidentes laborales durante la jornada de trabajo son más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes, reduciendo paulatinamente su incidencia al avanzar la edad.

Esta tendencia se repite en los años 1992 y 1993, pese a producirse un descenso generalizado de la accidentabilidad laboral.



Los accidentes mortales, sin embargo, presentan un comportamiento opuesto al de la accidentabilidad general, aumentando, tanto en 1992 como 1993, en relación a la edad.

La Gráfico 106. Distribución de accidentabilidad laboral según actividad económica. Canarias, 1994.



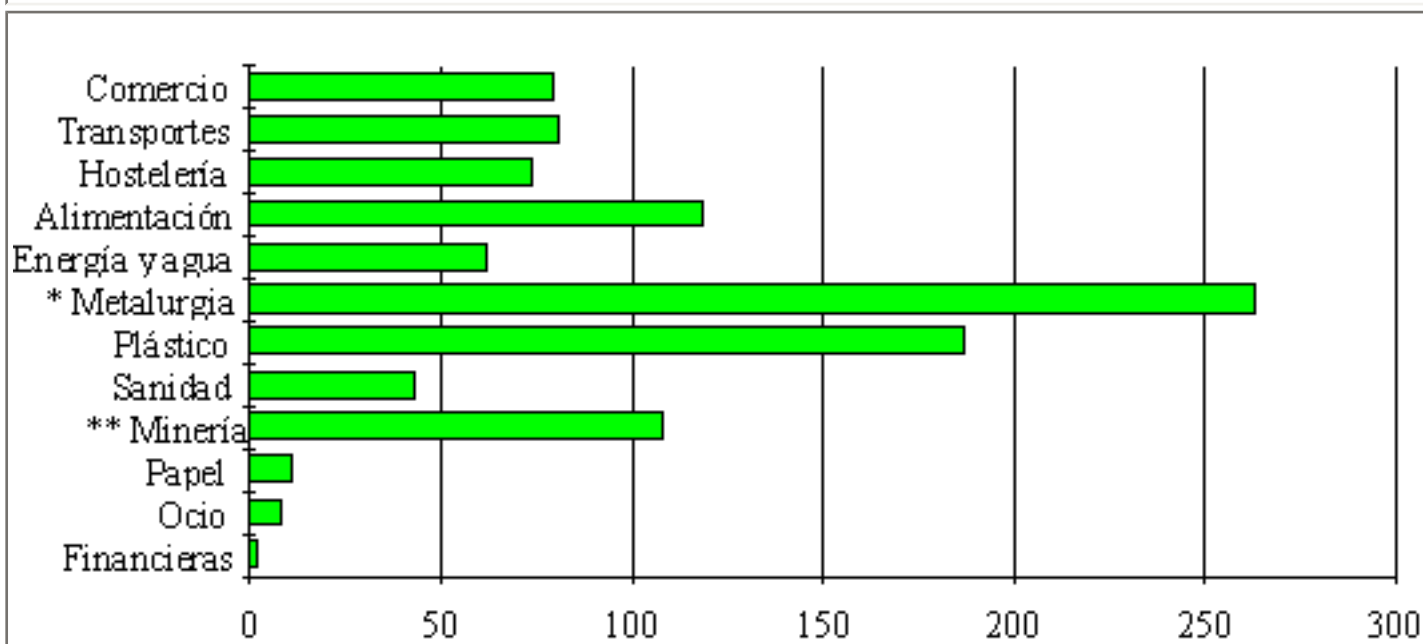
* Metalurgia: industria de transformación de metales (aluminios, hierros, cobres, etc.). ** Minería: extracciones y transformación de piedras en canteras, galerías de agua, etc.

frecuencia de accidentes durante la jornada de trabajo que precisaron de baja laboral es máxima durante las primeras horas de trabajo, descendiendo progresivamente hasta el fin de la jornada laboral normal.

El mismo comportamiento sigue la frecuencia de accidentes leves, graves y mortales.

Llama la atención la mayor frecuencia de accidentes durante los lunes, circunstancia que también se observa en otras Comunidades Autónomas, debido posiblemente a que la reincorporación de los trabajadores a sus puestos de trabajo tras el descanso del fin de semana no se produce en las condiciones psicofísicas óptimas (gráficos 104 y 105).

El Gráfico 107. Índice de Incidencia de accidentabilidad laboral según actividad económica. Canarias, 1994.

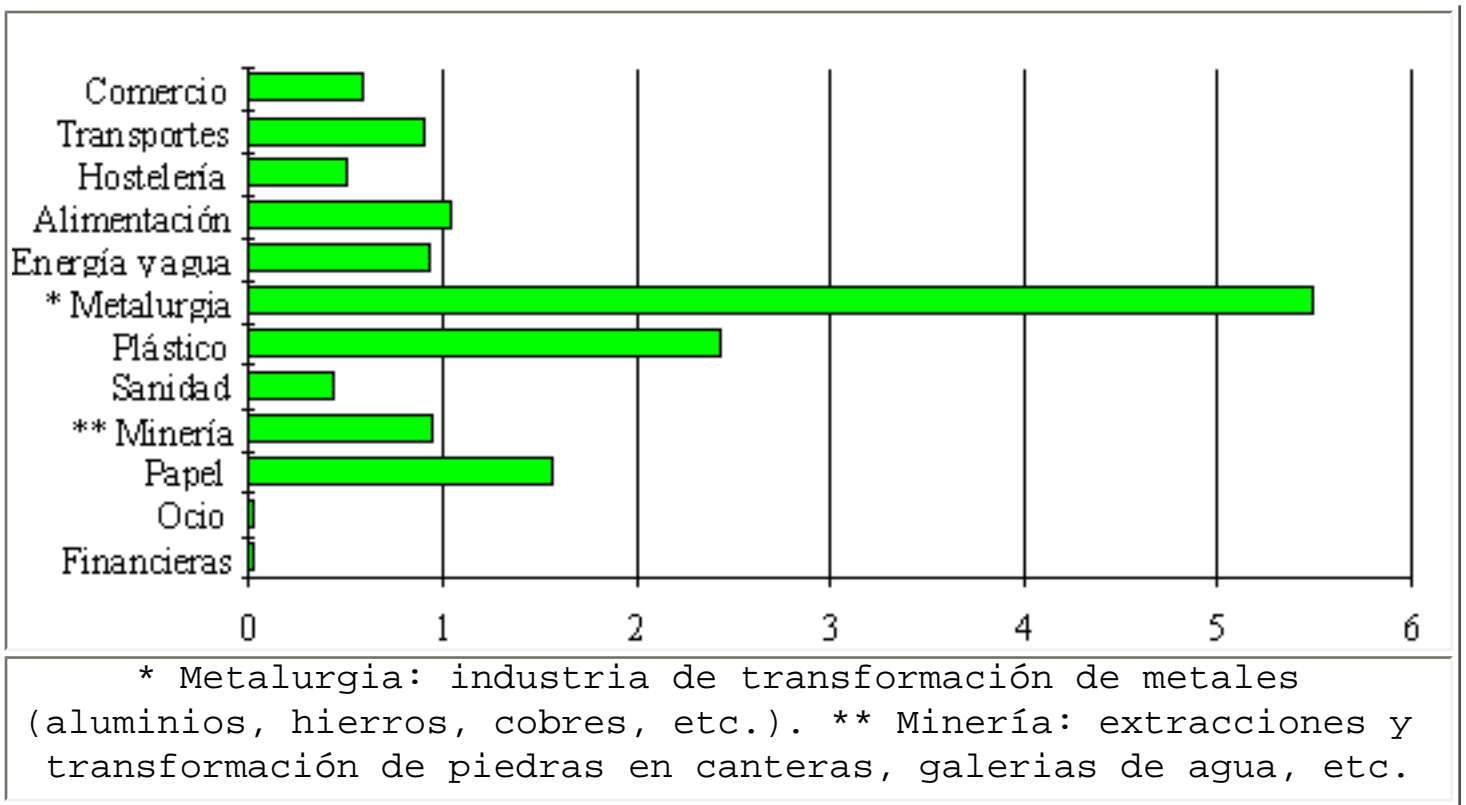


* Metalurgia: industria de transformación de metales (aluminios, hierros, cobres, etc.). ** Minería: extracciones y transformación de piedras en canteras, galerías de agua, etc.

índice de incidencia de accidentes de trabajo en Canarias (número de accidentes en jornada de trabajo por 1000 trabajadores) fue de 74,96%, siendo superior al de España (66.9%).

Los sectores con mayor incidencia de siniestrabilidad (gráficos 106 y 107) fueron las industrias de transformación de metales, alimentación, transporte, comercio, hostelería; siendo el de mayor gravedad el del sector metalúrgico (industria de transformación de metales como aluminios, hierros, cobres, etc.) cuyo índice fue del 5.5%.

El Gráfico 108. Gravedad de accidentabilidad laboral según actividad económica. Canarias, 1994.

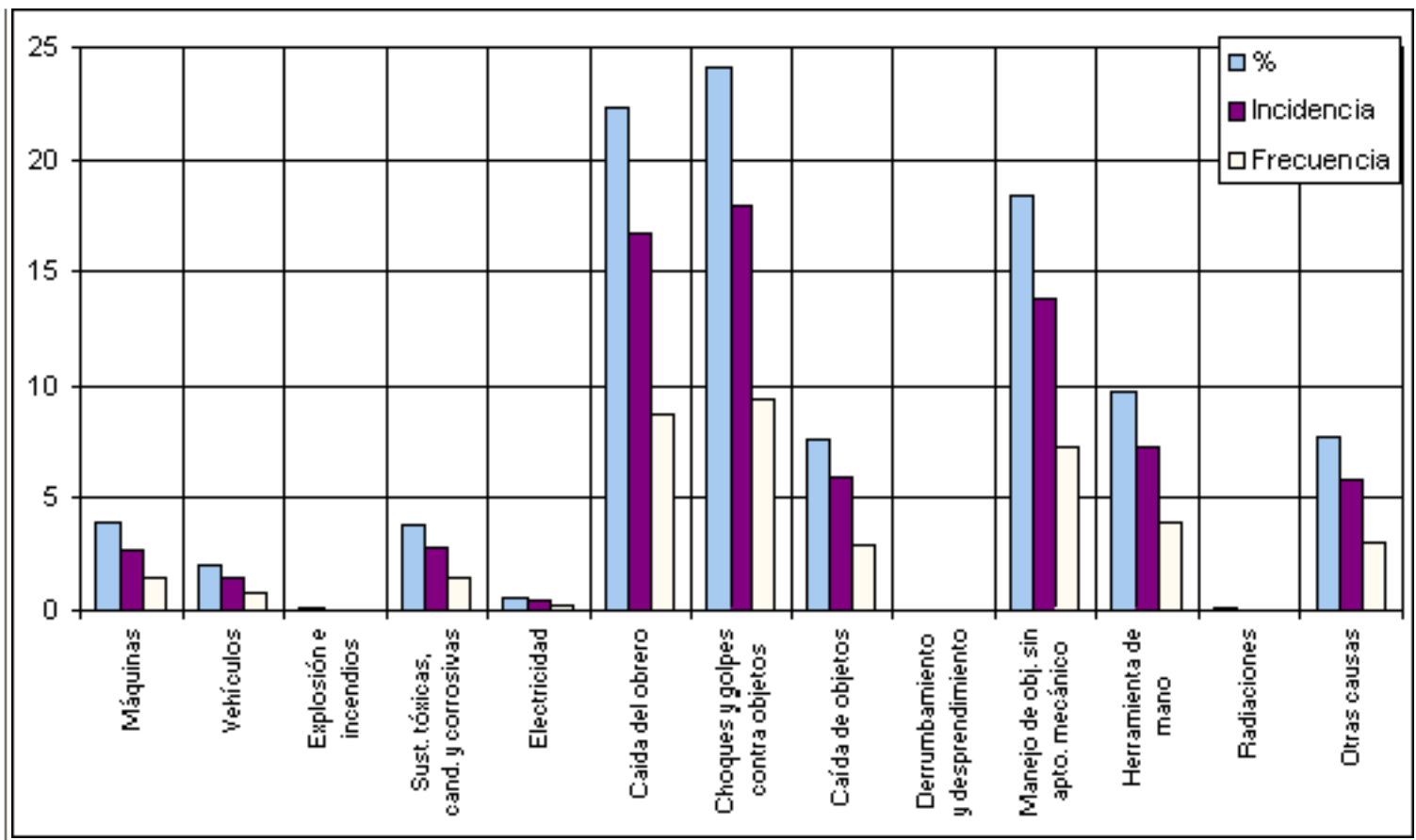


índice de gravedad por accidentes en Canarias es del 0,79% siendo el índice nacional del 0,8% (gráfico 108).

En cuanto a las enfermedades comunes más frecuentes que causan incapacidad laboral transitoria destacan la gripe seguido de lumbalgia.

Los procesos que más duración media presentan son las contusiones con 66,15 días, artrosis con 51,29 días y de gonartrosis con 48,1 días, siendo las de menor duración los procesos gripales (gráfico 111).

Gráfico 109. Accidentes más frecuentes por causas, Canarias 1994.



Los costes directos que generó la Incapacidad Laboral Transitoria durante 1993 en Canarias, ascendieron a veintidós mil millones de pesetas, siendo los costes indirectos (que afectan directamente a las empresas) cuatro veces superior a los directos.

Gráfico 110. Accidentes según localización anatómica. España y Canarias, 1994.

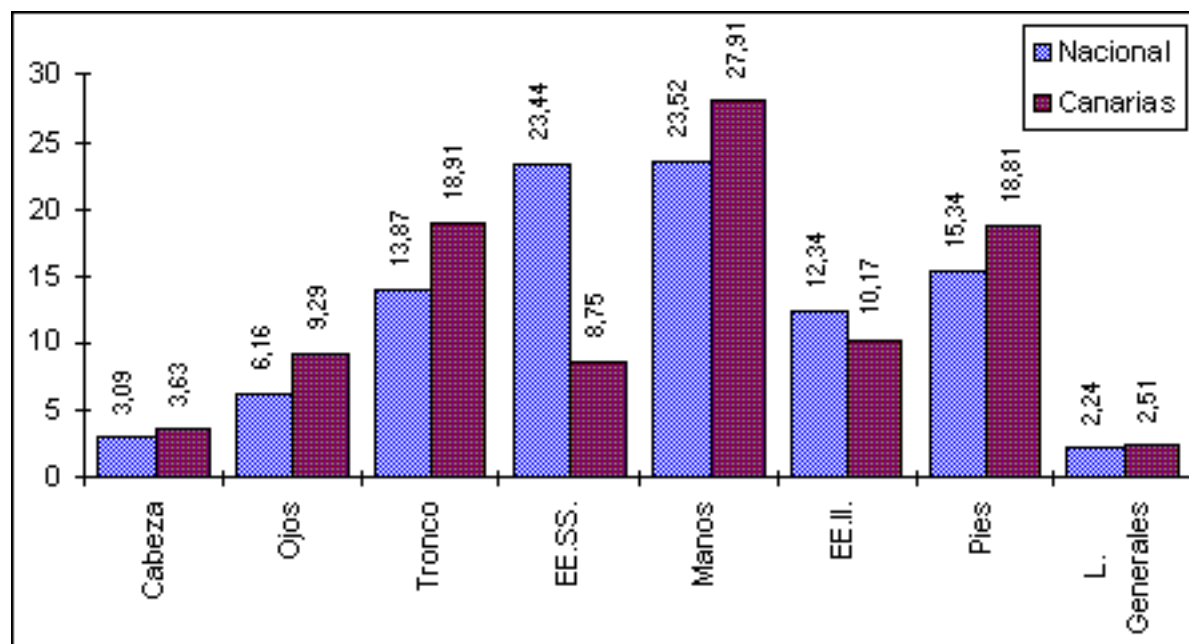
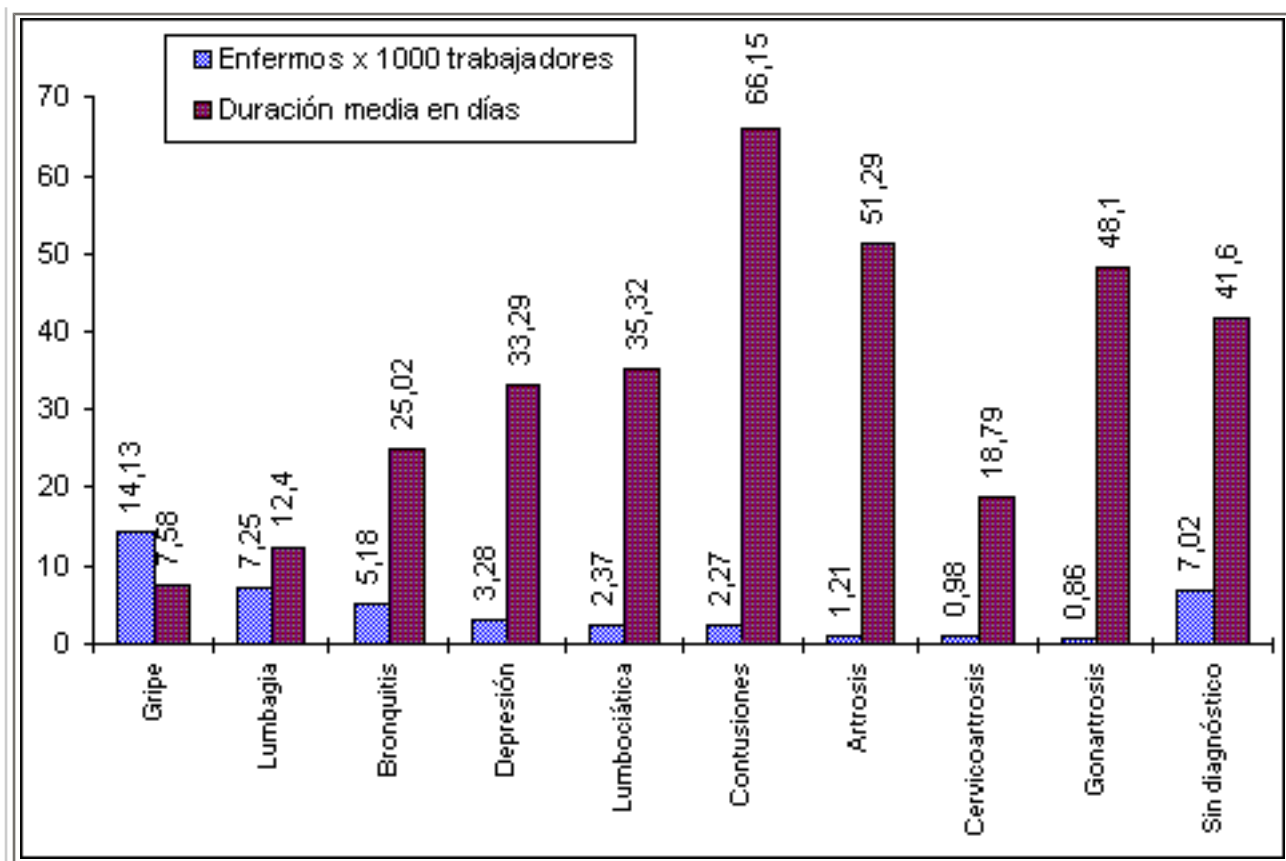


Gráfico 111. Enfermedades comunes más frecuentes causantes de Incapacidad Transitoria. Canarias 1994.



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: deficiencias y discapacidades

El estudio de las limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales de la población es de gran importancia para conocer tanto las restricciones del estado de salud como las necesidades de la población de Canarias. Si durante algún tiempo el indicador de esperanza de vida ha sido considerado como integrador de otros muchos indicadores de salud al objeto de definir el grado de desarrollo socio-sanitario de una comunidad, en los países desarrollados se introduce, cada vez con mayor necesidad, la "esperanza de vida libre de incapacidad" como un indicador que conjuga "cantidad y calidad de vida".

Desde el punto de vista laboral, se considera inválida a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo se hayan reducido debido a una disminución de su capacidad física, mental o social. La Organización Mundial de la Salud define la invalidez como la dificultad para realizar actividades que, según la edad, género y entorno social, se consideran básicas para la vida diaria, como el cuidado personal, las relaciones sociales y la actividad económica. Se estima que el 10% de la población mundial padece alguna forma de impedimento físico o mental. De éstos, el 3% son impedidos graves y el 7% recuperables total o parcialmente.

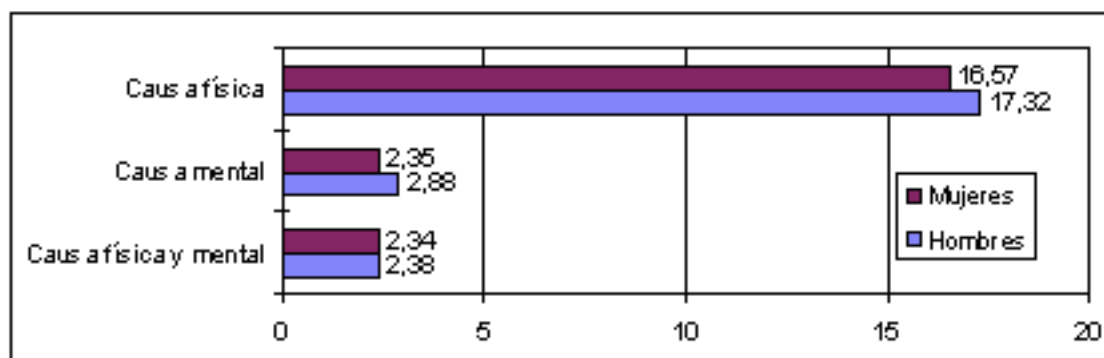
Deficiencias

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las "deficiencias" son el primer nivel de consecuencias de la enfermedad. La deficiencia consiste en cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo, ausencia de una mano, mala visión, sordera, retraso mental, etc.

Para el conjunto de la población española y según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías de 1986, en los menores de 6 años el origen de las deficiencias es congénito en un 41,8% de los casos; se debe a enfermedades comunes en el 40,4%; se relaciona con problemas del parto en el 9,7%; siendo de origen desconocido en el 4,1%. En las personas de 6 a 64 años, el 71,6% de los casos se deben a enfermedades comunes; el 9% es congénito; el 4,2% es de origen senil; el 3,2% se debe a accidentes de trabajo; el 2,3% a enfermedades profesionales; el 1,6% a accidentes de tráfico; el 4% a otros accidentes; el 1,9% a problemas en el parto y 0,2% a acciones terroristas. En los mayores de 64 años, el 55% de los casos de discapacidades se deben a enfermedades comunes; el 35,4% tiene un origen degenerativo o senil; el 2,9% a accidentes distintos del trabajo y tráfico; y el 1,4% a acciones terroristas, intoxicación alimentaria o iatrogenia.

Según la Encuesta de Población de Canarias 1996, las deficiencias en nuestra comunidad son fundamentalmente físicas (77,32%) y afectan más a los hombres (Gráfico 1.E14). Sin embargo, en La Gomera -Área de Salud con la tasa más alta de deficientes por mil habitantes (27,22)- y en La Palma hay una mayor frecuencia de deficiencias por causa física en las mujeres. En cuanto al origen mental, destaca El Hierro con 6,60 deficientes por mil habitantes.

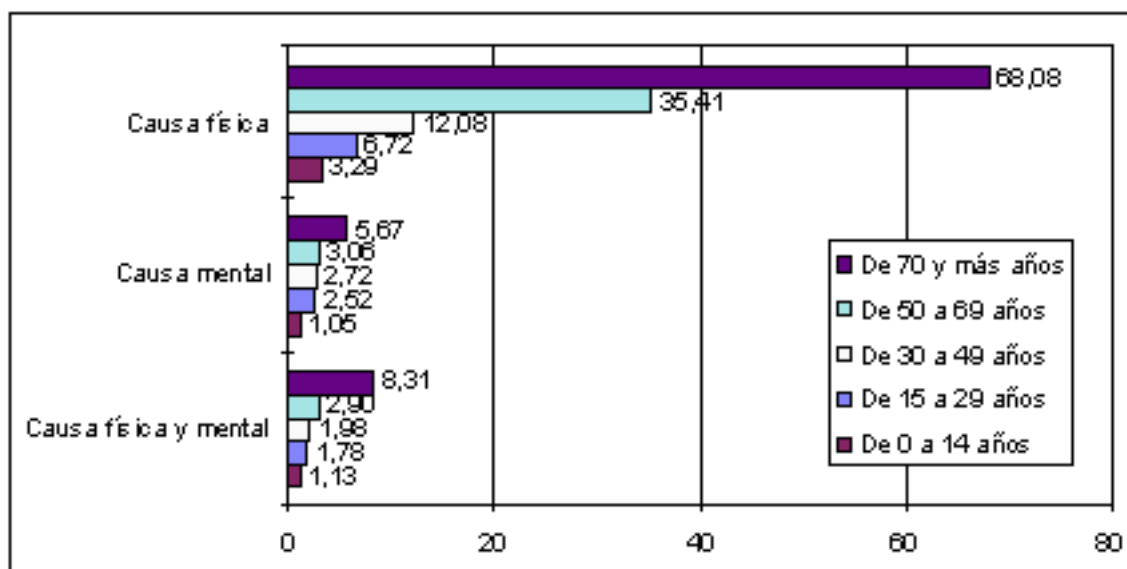
Gráfico 1.E14. Deficientes por 1.000 habitantes, según género. Canarias, 1996



Fuente: -ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996

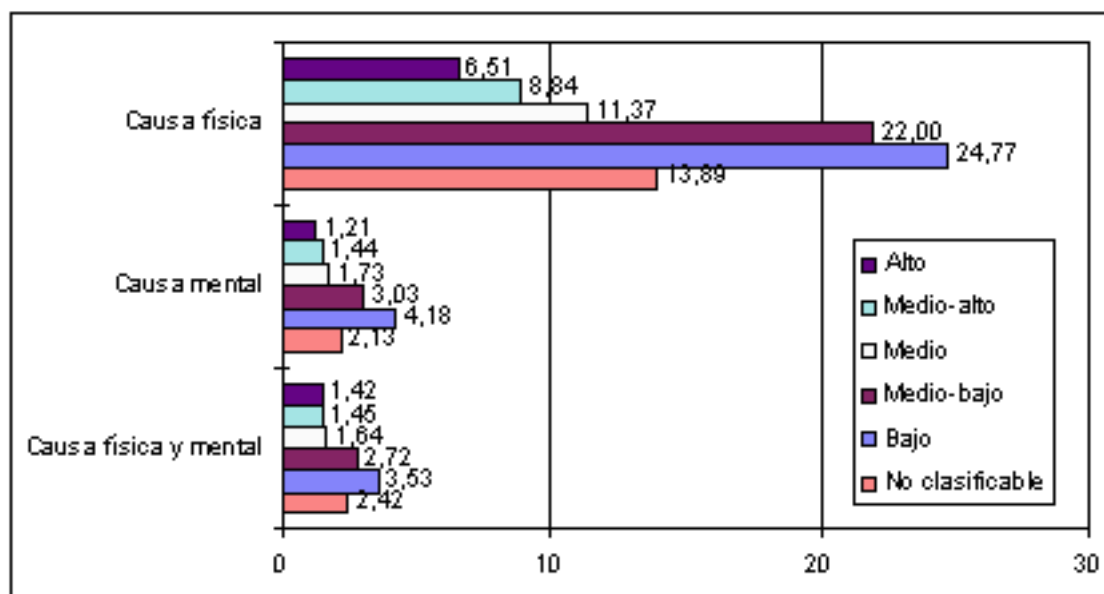
El análisis de los datos de la Encuesta de Población de Canarias 1996 confirma que el número de deficientes aumenta con la edad y al descender en la escala socioeconómica. Se observa un salto cuantitativo importante a partir de los 70 años de edad (Gráfico 2.E14) y en todas las Áreas de Salud.

Gráfico 2.E14. Deficientes por 1.000 habitantes, según grupos de edad. Canarias, 1996



Fuente: -ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996

Gráfico 3.E14. Deficientes por 1.000 habitantes, según estrato social. Canarias, 1996



Fuente: - ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996. Estructura social

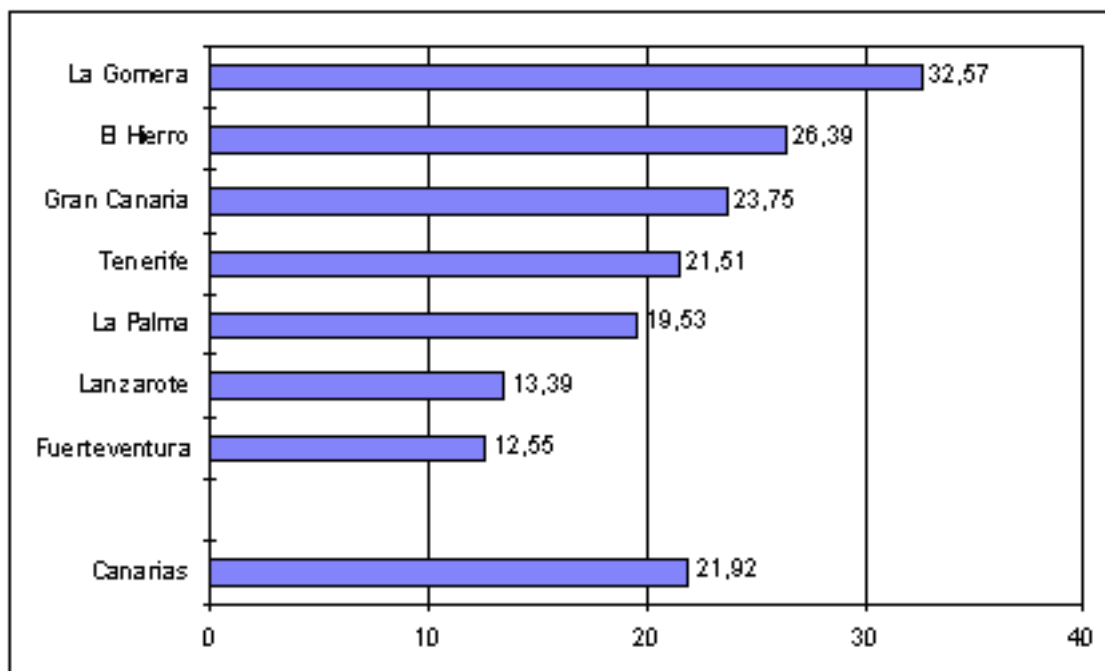
Discapacidades

Tal como indica la OMS, un segundo nivel de manifestación de la enfermedad son las "discapacidades" o consecuencias de aquélla sobre la persona. Incluye toda limitación grave que afecte de forma permanente a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. El concepto de discapacidad también recoge aquellas restricciones que obedecen a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente.

En España, la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1986, puso de manifiesto que el 15% de la población sufría algún tipo de discapacidad, aumentando la frecuencia con la edad, sobre todo a partir de los 45 años, y con los niveles económicos y educativos deprimidos.

Según la Encuesta de Población de Canarias 1996, el 2,19% de los canarios manifestó sufrir al menos una discapacidad. La Gomera es el Área de Salud con mayor tasa de discapacidad, siendo Fuerteventura y Lanzarote las que menos discapacitados tienen, con una población más joven que el conjunto de Canarias (Gráfico 4.E14). Estas cifras se analizan más detalladamente a continuación, considerándolas por género, edad y estrato social.

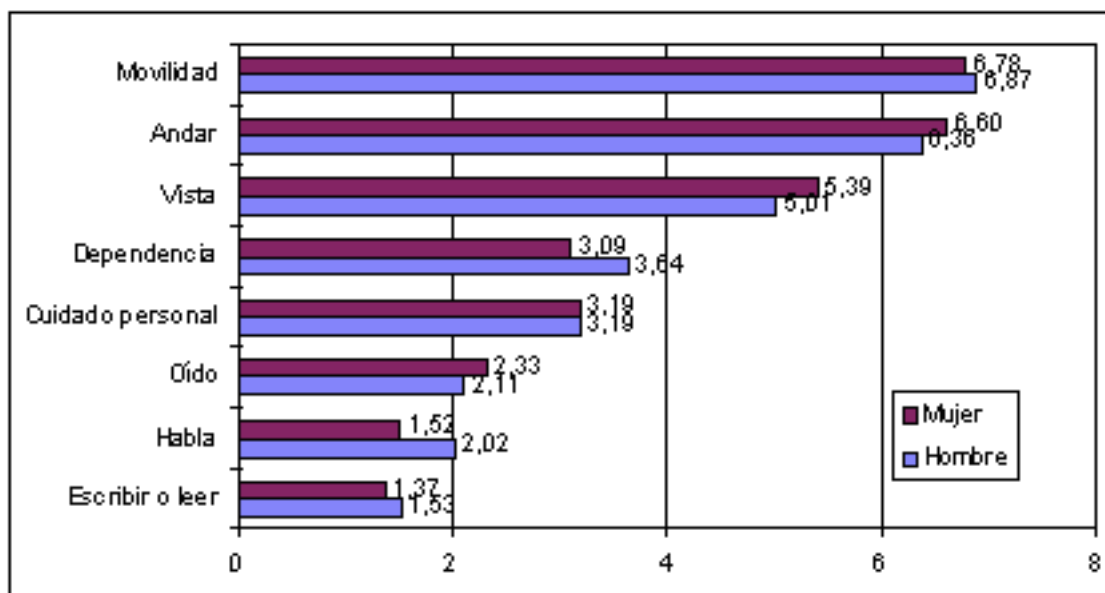
Gráfico 4.E14. Discapacitados por 1.000 habitantes, según Áreas de Salud. Canarias, 1996



Fuente: - ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996

En nuestra Comunidad, los dos tipos de discapacidad más frecuentes en ambos sexos son la discapacidad para la movilidad y para el andar (Gráfico 5.E14). No obstante, en Fuerteventura hay una mayor presencia de discapacidad para la vista.

Gráfico 5.E14. Discapacidades por 1.000 habitantes, según género. Canarias, 1996



Movilidad: dificultad grave para abrir y cerrar puertas o grifos, subir escaleras

Andar: necesita bastón, ayuda de personas o silla de ruedas

Vista: ceguera de uno o dos ojos, imposibilidad para ver la televisión a 2 metros teniendo incluso gafas o lentes

Dependencia de algún aparato: marcapasos, diálisis, oxígeno, otros

Cuidado personal: lavarse, vestirse, ir al lavabo

Oído: sordera de uno o dos oídos, imposibilidad para seguir la conversación a tono normal, teniendo incluso audífono

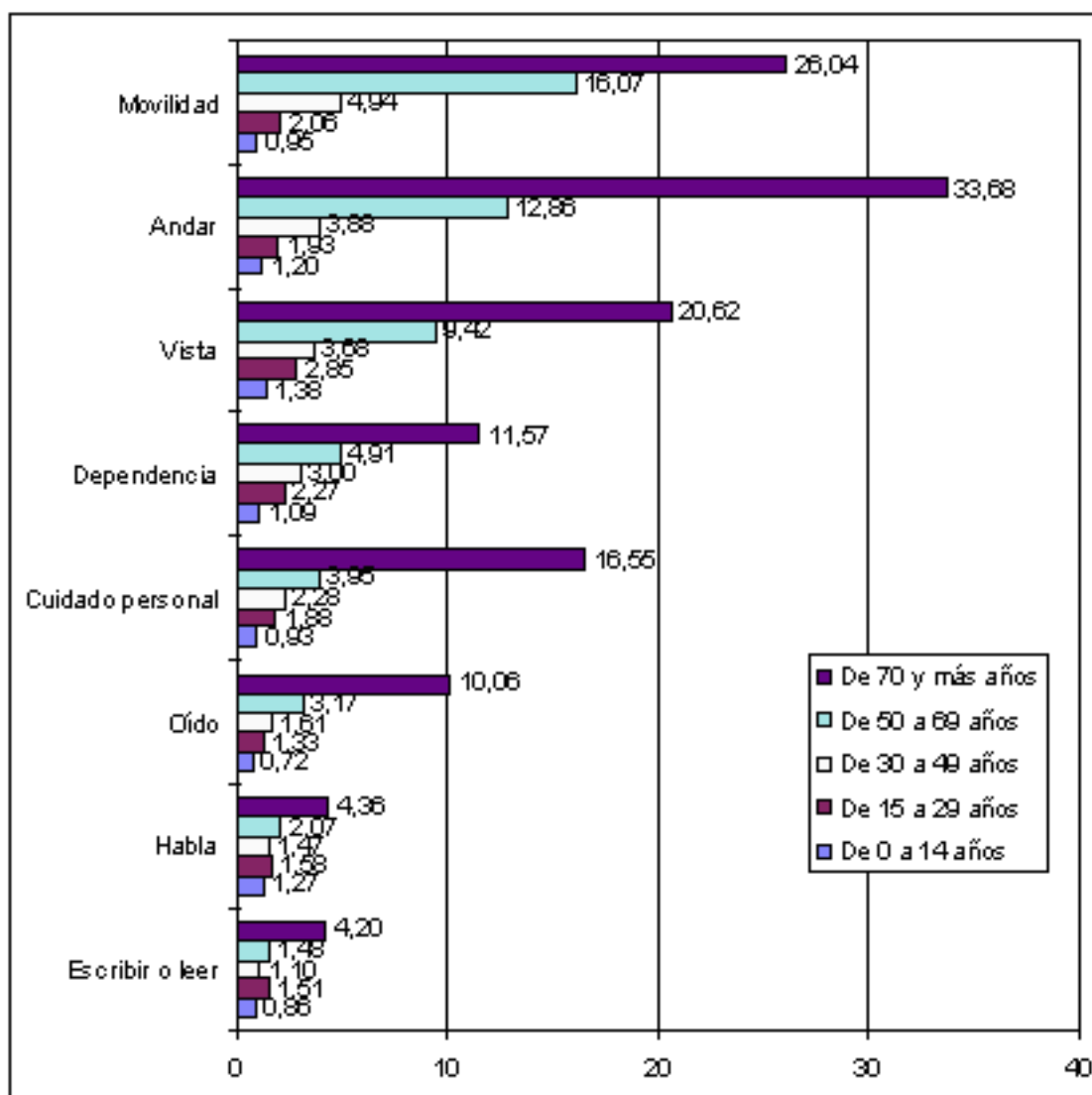
Habla: dificultad para que los otros entiendan lo que dice, como por ejemplo operación grave de laringe

Escribir o leer, cuando no se trate de analfabeto o problemas visuales

Fuente: -ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996

En el Gráfico 6.E14 podemos comprobar que las tasas de discapacidad aumentan con la edad, acentuándose aquéllas a partir de los 70 años, grupo de edad en el que la dificultad para andar es la más habitual.

Gráfico 6.E14. Discapacidades por 1.000 habitantes, según grupos de edad. Canarias, 1996

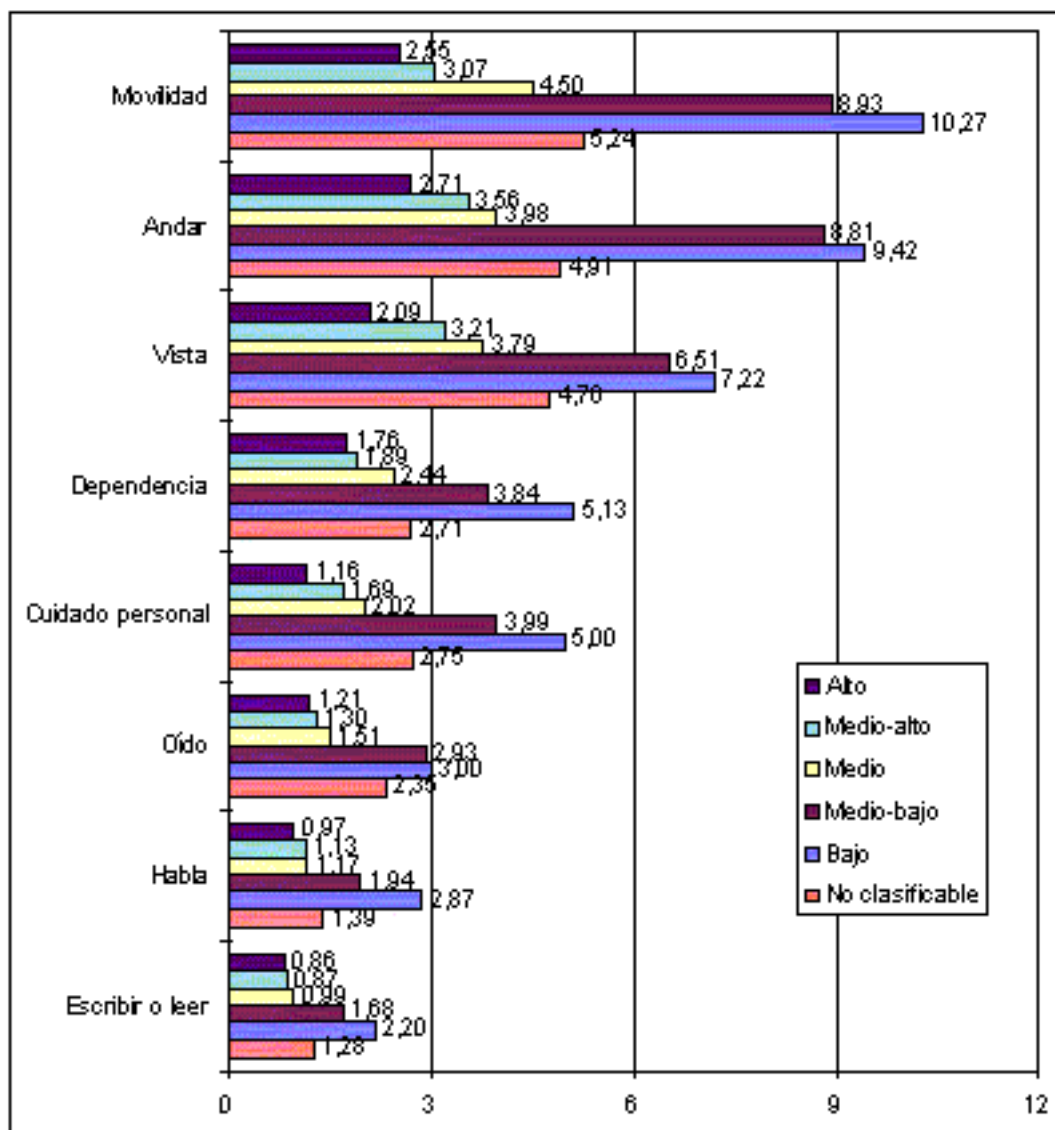


Movilidad: dificultad grave para abrir y cerrar puertas o grifos, subir escaleras. Andar: necesita bastón, ayuda de personas o silla de ruedas. Vista: ceguera de uno o dos ojos, imposibilidad para ver la televisión a 2 metros teniendo incluso gafas o lentillas. Dependencia de algún aparato: marcapasos, diálisis, oxígeno, otros. Cuidado personal: lavarse, vestirse, ir al lavabo. Oído: sordera de uno o dos oídos, imposibilidad para seguir la conversación a tono normal, teniendo incluso audífono. Habla: dificultad para que los otros entiendan lo que dice, como por ejemplo operación grave de laringe. Escribir o leer, cuando no se trate de analfabeto o problemas visuales

Fuente: -ISTAC: Explotación específica 36/2000 y Encuesta de Población de Canarias 1996

Coherentemente con lo visto para el caso de las deficiencias, la pertenencia a los estratos sociales más bajos supone mayor posibilidad de sufrir una o más discapacidades (Gráfico 7.E14).

Gráfico 7.E14. Discapacidades por 1.000 habitantes, según estrato social. Canarias, 1996



Movilidad: dificultad grave para abrir y cerrar puertas o grifos, subir escaleras. Andar: necesita bastón, ayuda de personas o silla de ruedas. Vista: ceguera de uno o dos ojos, imposibilidad para ver la televisión a 2 metros teniendo incluso gafas o lentillas. Dependencia de algún aparato: marcapasos, diálisis, oxígeno, otros. Cuidado personal: lavarse, vestirse, ir al lavabo. Oído: sordera de uno o dos oídos, imposibilidad para seguir la conversación a tono normal, teniendo incluso audífono. Habla: dificultad para que los otros entiendan lo que dice, como por ejemplo operación grave de laringe. Escribir o leer, cuando no se trate de analfabeto o problemas visuales

Fuente: -ISTAC: Explotación específica 36/2000 y
Encuesta de Población de Canarias 1996. Estructura social

En la Encuesta de Salud de Canarias 1997 se detecta algún grado de dificultad en la visión en casi la mitad de la población (47,45%), y de estos, un 85,25% utiliza gafas o lentillas. Como cabría esperar, la frecuencia de problemas de visión va en ascenso proporcionalmente al aumento en la edad. Un 41,68% se revisó la vista en el último año. Los problemas de audición tienen una prevalencia más baja, afectando al 8,97% de la población. No obstante, esta cifra es más alta que en otras regiones españolas. De las personas que declaran tener problemas de audición sólo un 5,1% utiliza aparato corrector.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: enfermedades de declaración obligatoria

La vigilancia de las enfermedades transmisibles a través del Subsistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) ha constituido una de las fuentes de información sanitaria de carácter epidemiológico de mayor valor. Dado que las enfermedades de declaración obligatoria se declaran ante sospecha, no se puede determinar la incidencia real de las enfermedades sometidas a declaración. No obstante, facilita la detección de cambios en la distribución y frecuencia y, por tanto, el análisis de tendencias. Al mismo tiempo permite la detección y la adopción de medidas de control de manera inmediata. Las limitaciones más evidentes que suele plantear el subsistema EDO derivan de la subnotificación y la variabilidad en la notificación de las distintas enfermedades (presumiblemente las enfermedades de una incidencia más baja serán de notificación más ajustada a la realidad). A su vez, la transformación del patrón epidemiológico, con la mayor presencia de las patologías de tipo crónico, supone que la información sobre la morbilidad infecciosa ocupa un papel no prominente dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. De cualquier forma, el subsistema EDO es insustituible, pues siguen existiendo enfermedades transmisibles, y disponemos de mecanismos de control eficaces frente a las mismas. Además, la declaración obligatoria es necesaria para aquellos procesos en los que la aparición de un solo caso constituye un importantísimo indicador sanitario. También para aquellas enfermedades en las que la presentación de un caso o de un grupo de casos va a requerir una respuesta y, por último, para mejorar el conocimiento de la historia natural de las enfermedades de frecuencia baja. Es cierto que el subsistema EDO tiene poca utilidad como medida absoluta de la frecuencia de las enfermedades (especialmente las de alta incidencia), pero los cambios en el número de declaraciones pueden reflejar cambios reales en su frecuencia. La incidencia acumulada anual de las EDO es muy heterogénea, pudiendo darse tasas superiores a los 15.000 casos x 105 habitantes, como ocurre por ejemplo con las infecciones respiratorias agudas (IRA), o bien tasas inferiores a la unidad, como ocurre por ejemplo con el tétanos. Las IRA, gripe, otros procesos diarreicos, varicela, toxiinfección alimentaria y neumonía, siempre en este orden, en todos los años del período estudiado, han sido las seis enfermedades con mayor número de casos declarados en nuestra Comunidad Autónoma.

Tabla I.E18. Tasas de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por 10⁵ habitantes. Canarias, 1994 a 1997

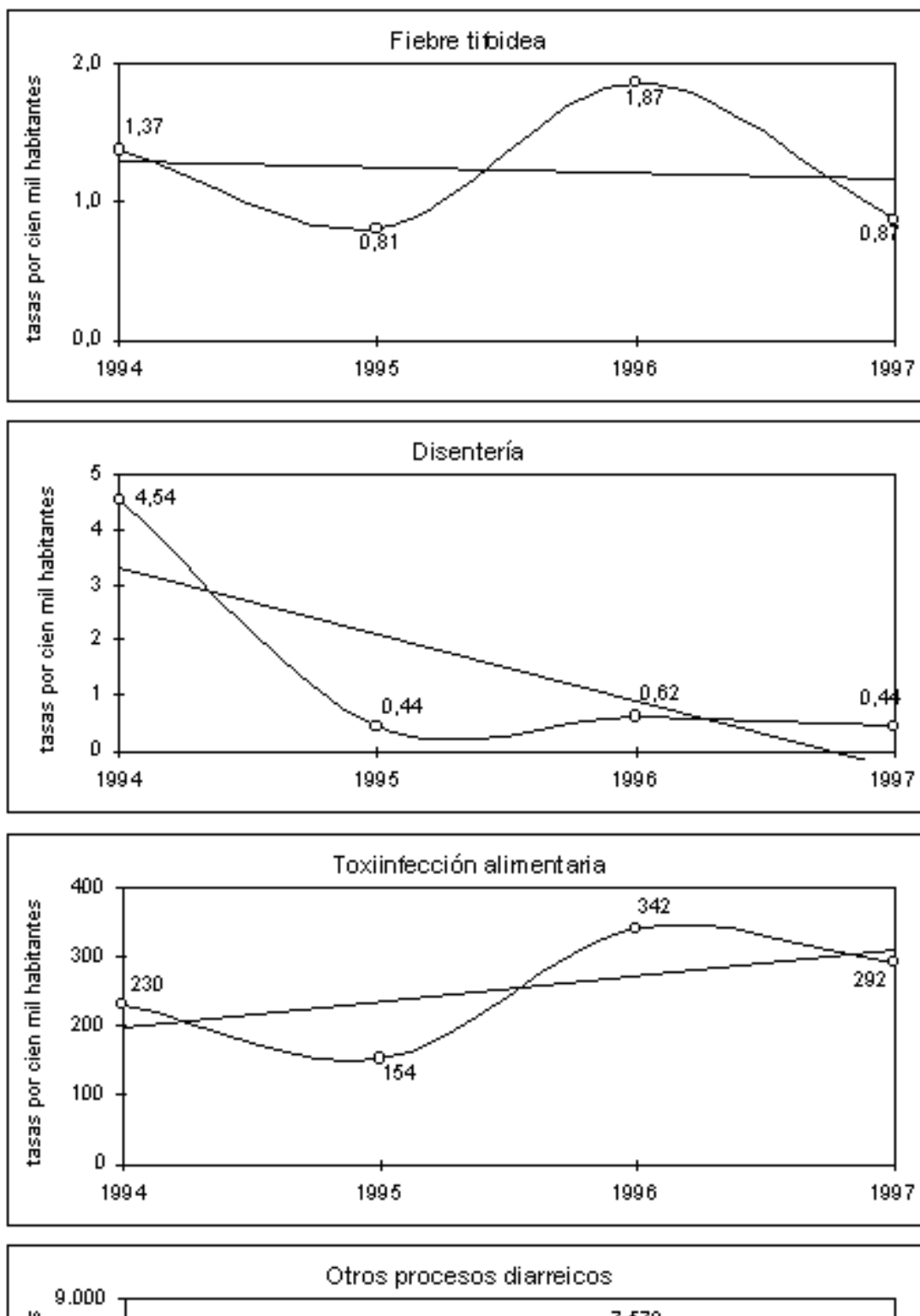
Enfermedades	1994	1995	1996	1997
de transmisión hidroalimentaria				
Fiebre tifoidea	1,4	0,8	1,9	0,9
Disentería	4,5	0,4	0,6	0,4
Toxiinfección alimentaria	230,2	153,6	342,3	291,7
Otros procesos diarreicos	5.794,1	5.857,6	7.578,3	6.629,6
de transmisión aérea				
Infección respiratoria aguda	19.648,6	22.101,6	26.795,3	26.133,0
Gripe	6.943,7	8.779,9	11.463,4	11.434,9
Neumonía	111,7	133,5	170,6	128,7
Tuberculosis pulmonar	16,7	8,8	14,1	11,7
Legionelosis	0,19	0,00	0,31	0,44
infantiles incluidas en el Programa de Vacunaciones				
Sarampión	20,5	18,8	29,8	14,1
Rubéola	26,7	23,8	70,6	92,0
Parotiditis	29,2	21,8	25,0	21,0
Tosferina	5,6	10,6	9,2	5,3
de transmisión sexual				
Sífilis	9,3	5,4	9,4	6,8
Infección gonocócica	25,1	14,1	22,4	12,8
Otras enfermedades de transmisión sexual	103,0	101,5	140,4	112,2
de baja incidencia				
Lepra	0,12	0,00	0,12	0,06
Tétanos	0,25	0,00	0,06	0,00
Paludismo	1,74	1,68	0,75	1,49
Brucelosis	0,00	0,12	0,00	0,00
Leptospirosis	0,12	0,00	0,00	0,06
Fiebre exantemática mediterránea	0,00	0,06	0,00	0,00
otras				
Varicela	750,9	726,0	489,5	597,5
Escarlatina	3,4	6,3	4,9	4,2
Enfermedad meningocócica	1,1	1,2	1,5	1,8
Hepatitis vírica	35,2	33,7	20,8	15,4
Fiebre reumática aguda	5,4	3,5	3,9	3,9

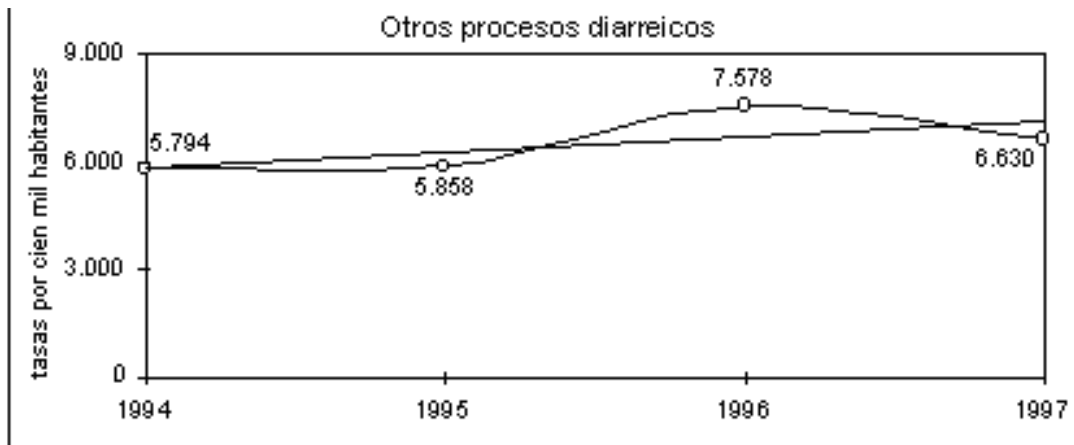
Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Entre las enfermedades de transmisión hidroalimentaria (Gráfico 1.E18) se observa una disminución anual en el número de casos declarados de fiebre tifoidea y de disentería, aunque en relación a esta última, las tasas son de las más altas del Estado. Con excepción del año 1997 para la disentería, en todo el período, la provincia de Santa Cruz de Tenerife presenta las tasas más elevadas de Canarias. Este descenso en el número de casos declarados podría estar asociado a una mejora en el nivel de infraestructuras (saneamiento y otras). Las toxiinfecciones alimentarias han verificado también un

descenso progresivo ligado posiblemente a una mejora en el control de los productos alimenticios así como en la manipulación de los alimentos. Sin embargo, todavía siguen existiendo tasas elevadas de patologías relacionadas con el consumo de alimentos, ascendiendo en los dos últimos años. Al contrario de lo que ocurre en los procesos patológicos anteriores, las tasas de las toxiinfecciones alimentarias son más altas en la provincia de Las Palmas. En cuanto a otros procesos diarreicos, el número de casos declarados ha experimentado una ligera subida en relación a años anteriores, debiendo destacarse, sin embargo, el carácter poco específico de esta rúbrica. Conviene señalar también que en Canarias no se observa un marcado carácter estacional en relación a las enfermedades de transmisión hidroalimentaria, probablemente por las características climáticas, hábitos alimenticios, etc., propias de nuestra Comunidad Autónoma.

Gráfico 1.E18. Enfermedades de transmisión hidroalimentaria (EDO). Canarias, 1994 a 1997



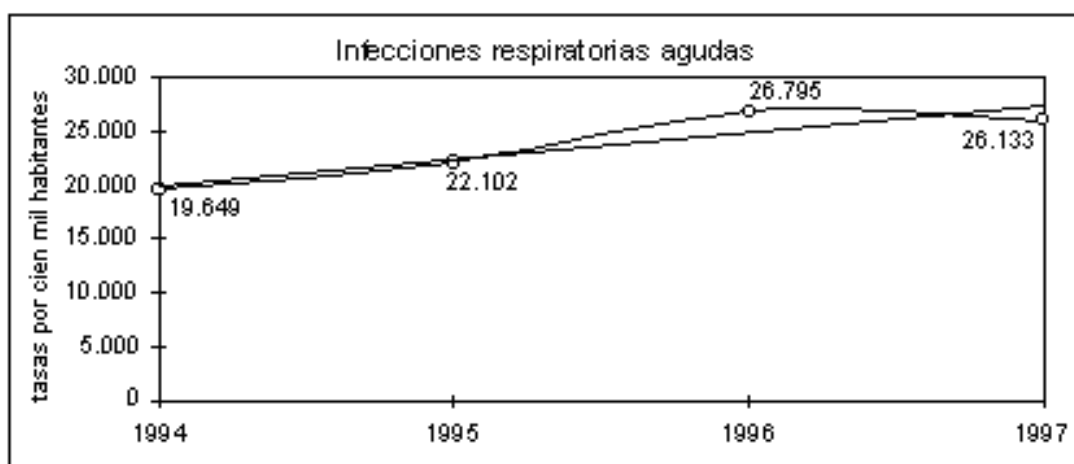


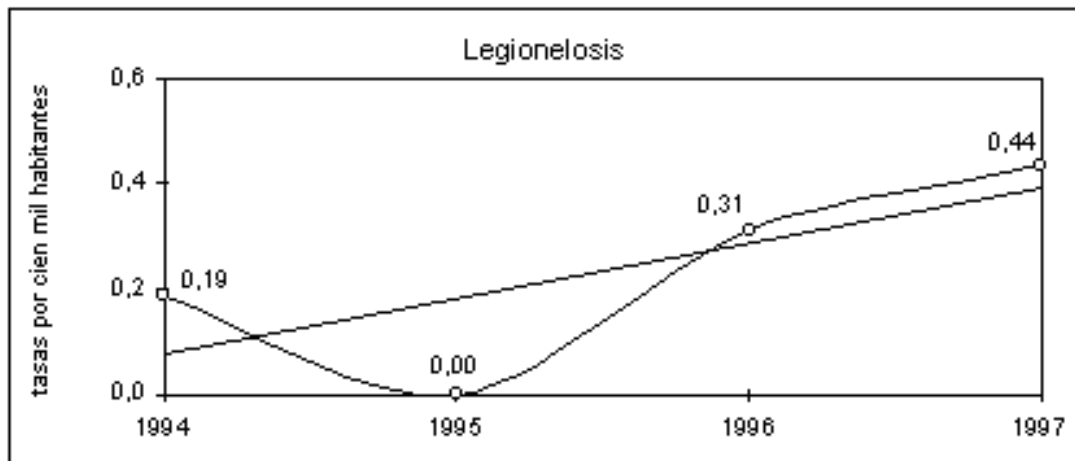
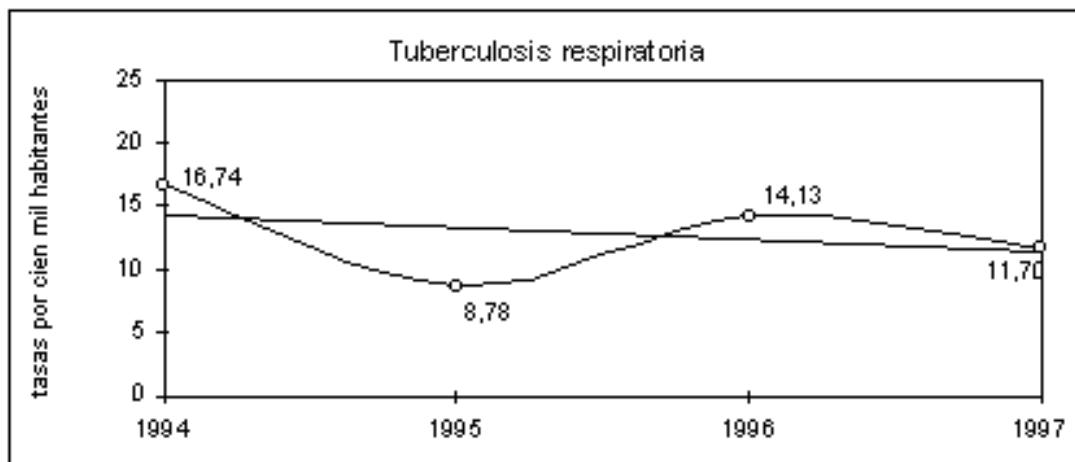
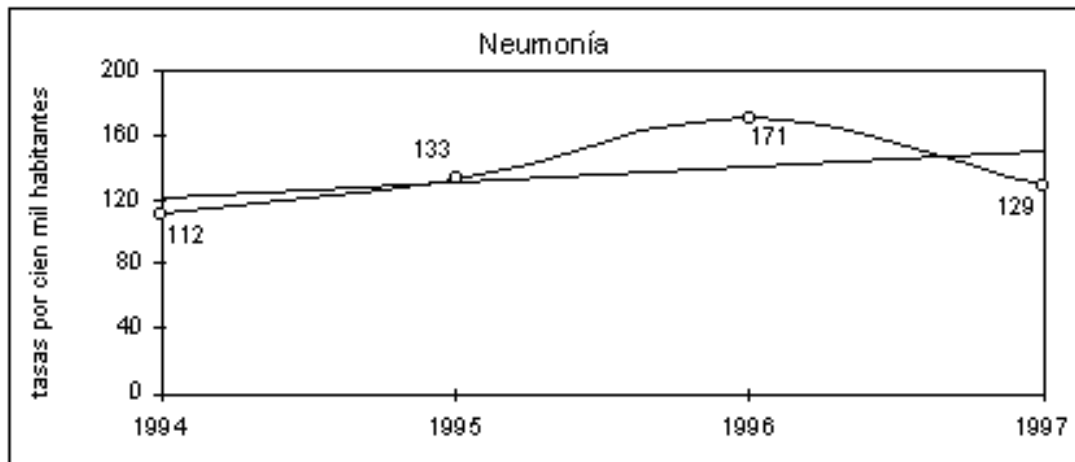
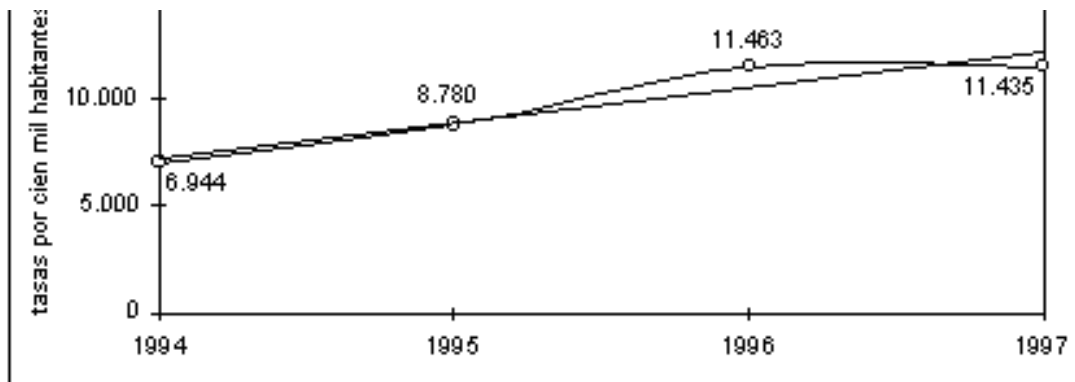
Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Entre las enfermedades de transmisión aérea (Gráfico 2.E18), las infecciones respiratorias agudas y la gripe configuran, dentro de todos los años estudiados, las dos enfermedades de declaración obligatoria que ocupan el primer lugar en el número de casos declarados. Las IRA han verificado un aumento paulatino en las incidencias acumuladas, pasando de 19.649 en 1994 a 26.133 en 1997. Este incremento en el número de casos declarados podría asociarse a una mayor importancia de las concentraciones urbanas en nuestra Comunidad. Las tasas de gripe han aumentado igualmente a lo largo del período estudiado. Las tasas de neumonía se han mantenido más o menos constantes a lo largo de dicho período. Sin embargo, la tuberculosis respiratoria presenta una tendencia al descenso.

Dentro de las enfermedades de transmisión aérea hay que tener en cuenta la legionelosis que, aunque es una enfermedad de baja incidencia, ha de ser considerada por su importancia sanitaria, fundamentalmente por los siguientes factores: la producción de brotes en ocasiones con elevado número de afectados asociados a problemas de saneamiento de los sistemas de aire acondicionado de edificios u otras instalaciones; la importante tasa de mortalidad, hasta un 15% de los casos, que se reduce considerablemente cuando se instaura un tratamiento temprano adecuado; la frecuente notificación de casos de "legionelosis del viajero" que en regiones de alto desarrollo turístico, como es Canarias, alcanzan proporciones suficientes como para suscitar una acción sanitaria.

**Gráfico 2.E18. Enfermedades de transmisión aérea (EDO).
Canarias, 1994 a 1997**



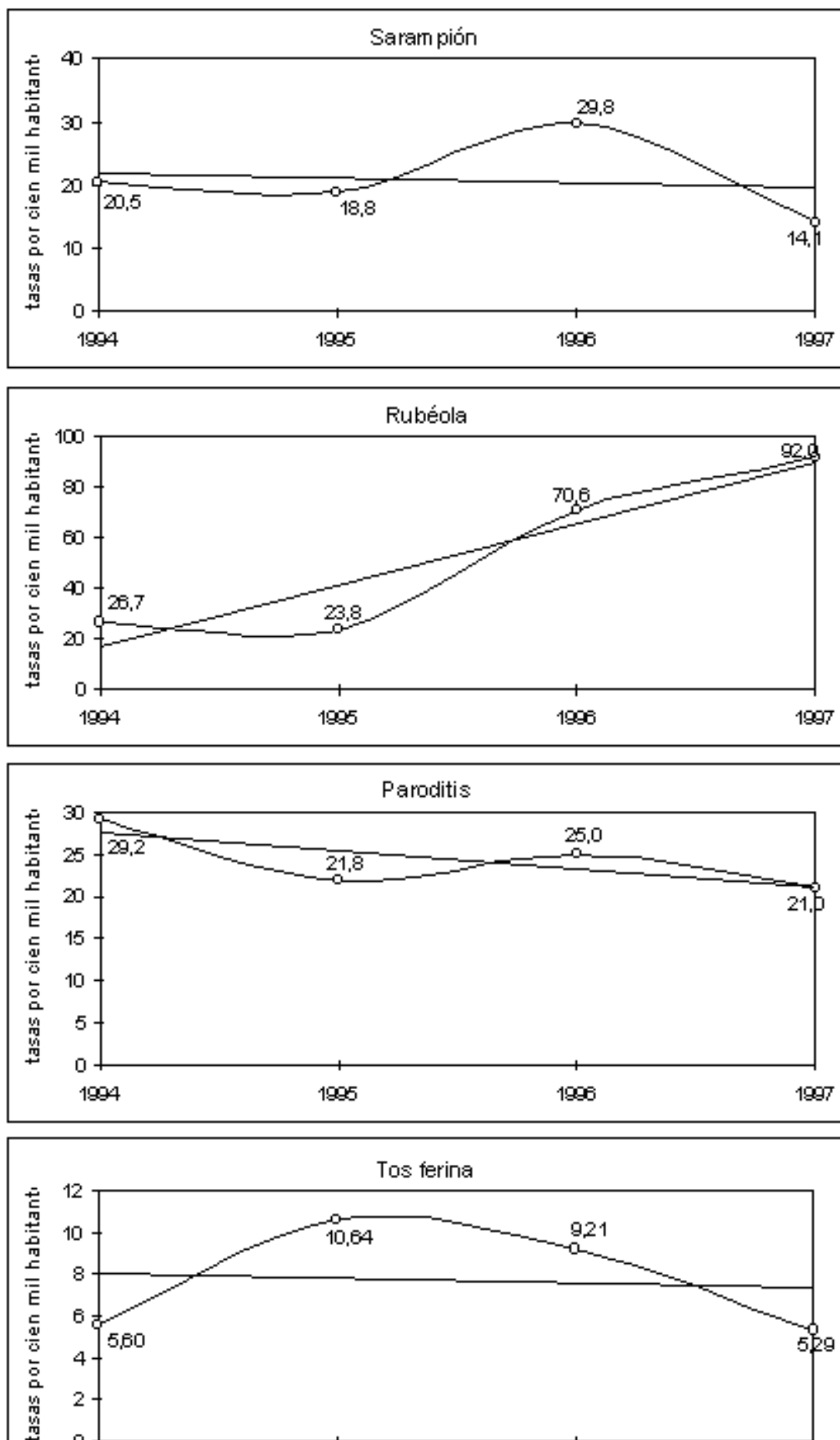


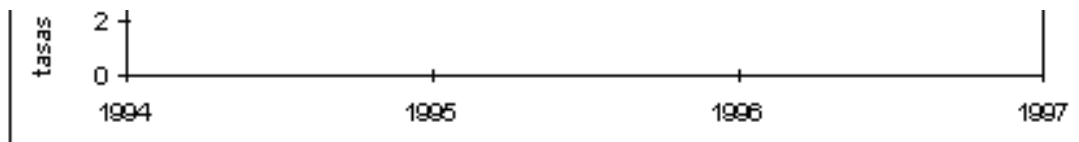
Fuente: -Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

En relación a las enfermedades susceptibles de ser prevenidas mediante vacunaciones (Gráfico 3.E18) se observa en el caso del sarampión una cierta estabilidad en valores bajos. En cuanto a la rubéola presenta

una tendencia clara al ascenso en el periodo considerado. Con respecto a la parotiditis y a la tos ferina se advierte una estabilización.

Gráfico 3.E18. Enfermedades incluidas en el Programa de Vacunaciones (EDO). Canarias, 1994 a 1997



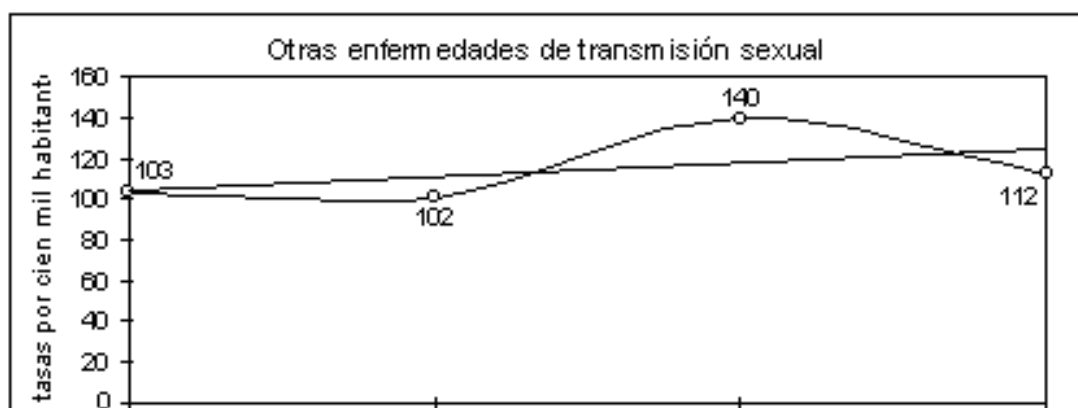
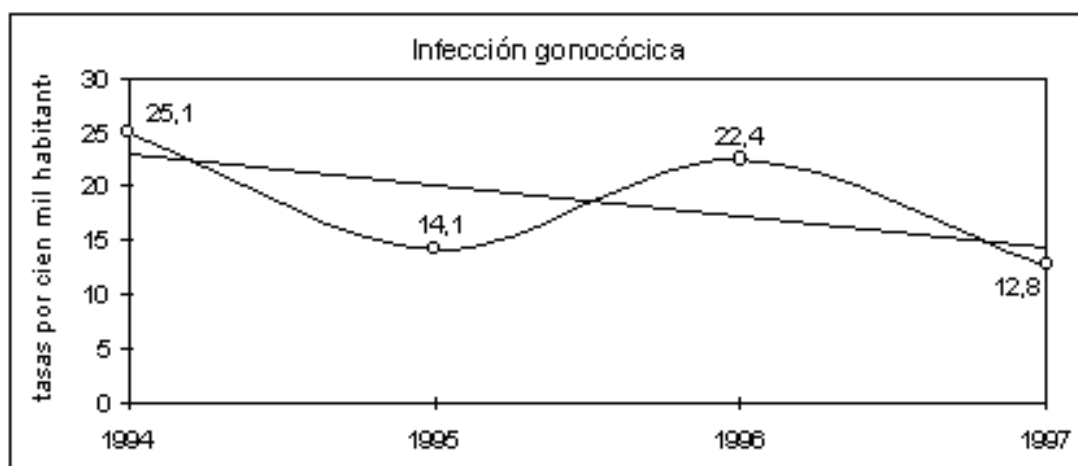
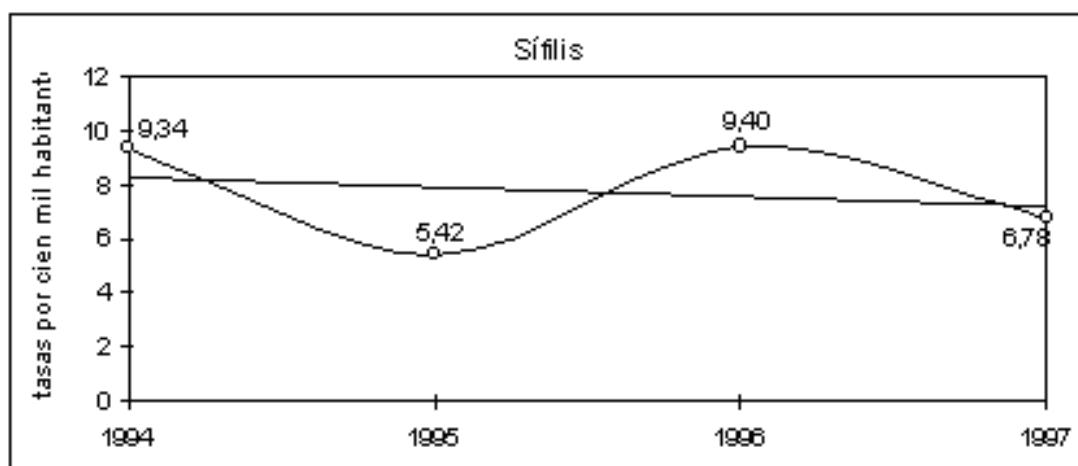


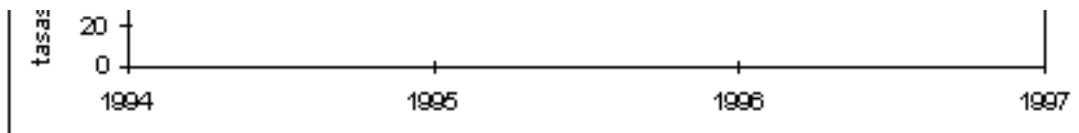
Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

En relación a la poliomielitis y a la difteria no se han declarado casos tanto en población infantil como en población adulta en los años estudiados.

Entre las enfermedades de transmisión sexual (Gráfico 4.E18), la sífilis presenta una cierta estabilidad en valores bajos, mientras que la infección gonocócica presenta un descenso notable en el número de casos declarados, en ambos por encima de los valores de España. La rúbrica "Otras enfermedades de transmisión sexual", que se mantenía estable anteriormente, se ha duplicado en 1994, aumentando a partir de ese año.

Gráfico 4.E18. Enfermedades de transmisión sexual (EDO). Canarias, 1994 a 1997

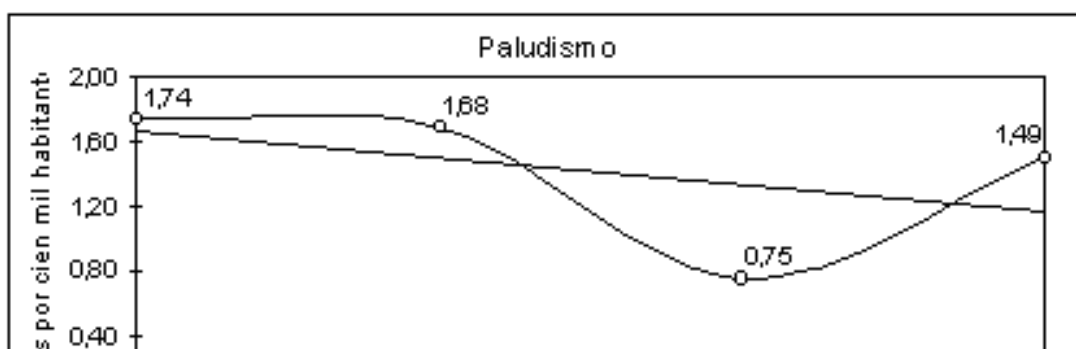
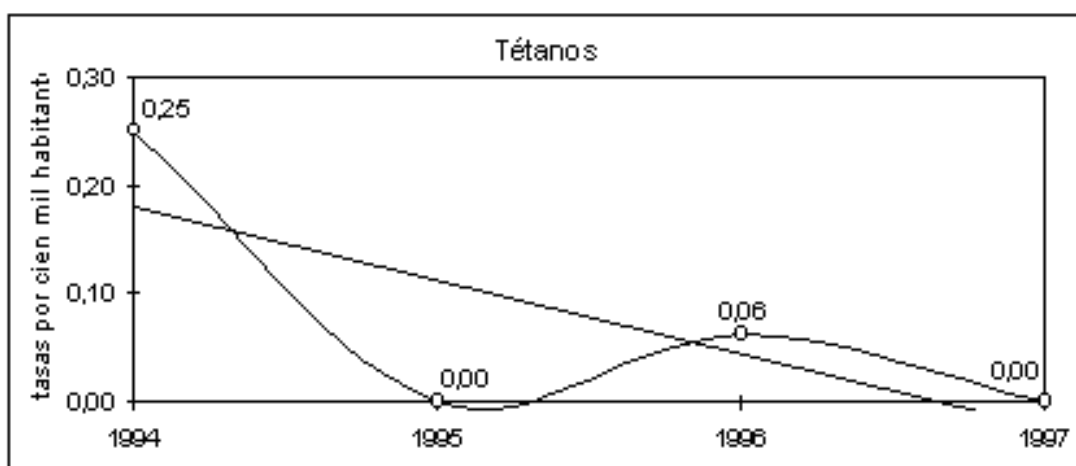
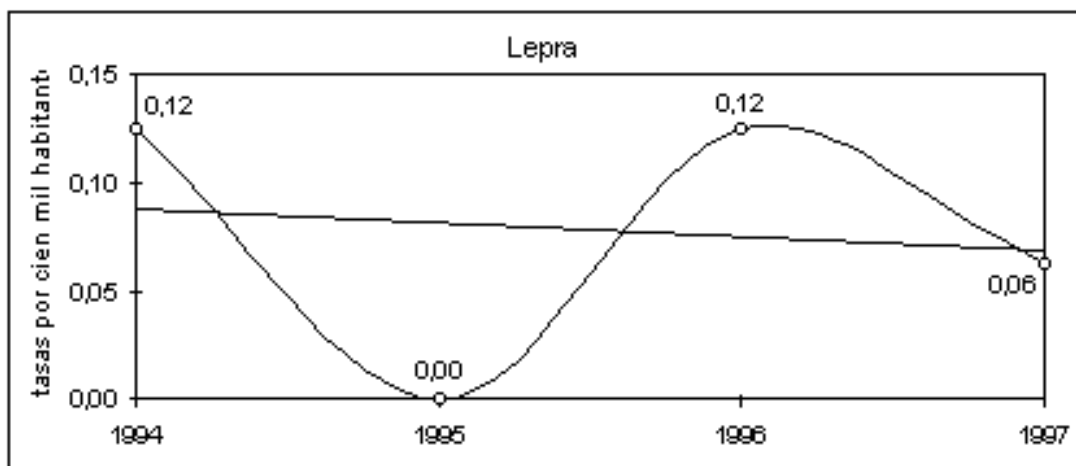


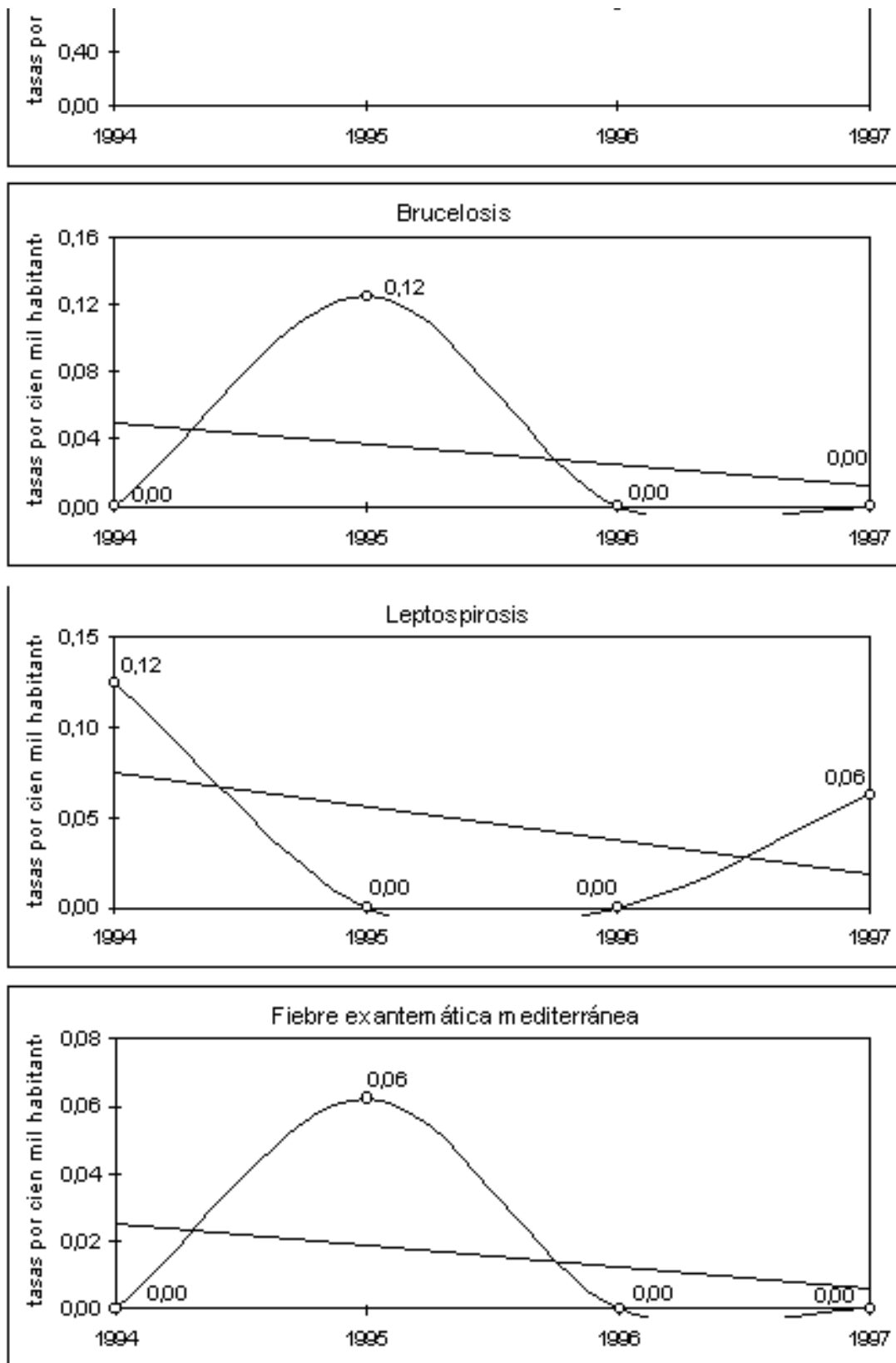


Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Entre las enfermedades de baja incidencia, a lo largo del cuatrienio, se han declarado dos casos de brucelosis en la provincia de Las Palmas, uno de ellos importado. En los años 1994 y 1997 se declararon los tres casos, no importados, de leptospirosis durante este período, también en la provincia de Las Palmas. Por otro lado, hay que subrayar el incremento en el número de casos declarados de paludismo, 71 en la provincia de Las Palmas y 20 en la de Santa Cruz de Tenerife, todos importados. Además se registró un caso de fiebre exantemática mediterránea en el año 1995 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. En 1997 se diagnosticó en Gran Canaria un caso de lepra de Santa Cruz de Tenerife, registrándose en total en esta provincia 4 casos a lo largo de los años estudiados. También se presentaron cinco casos de tétanos, todos ellos en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

**Gráfico 5.E18. Enfermedades de baja incidencia (EDO).
Canarias, 1994 a 1997**



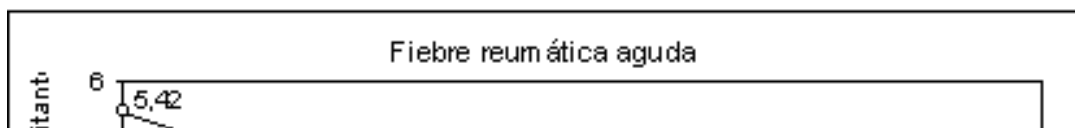
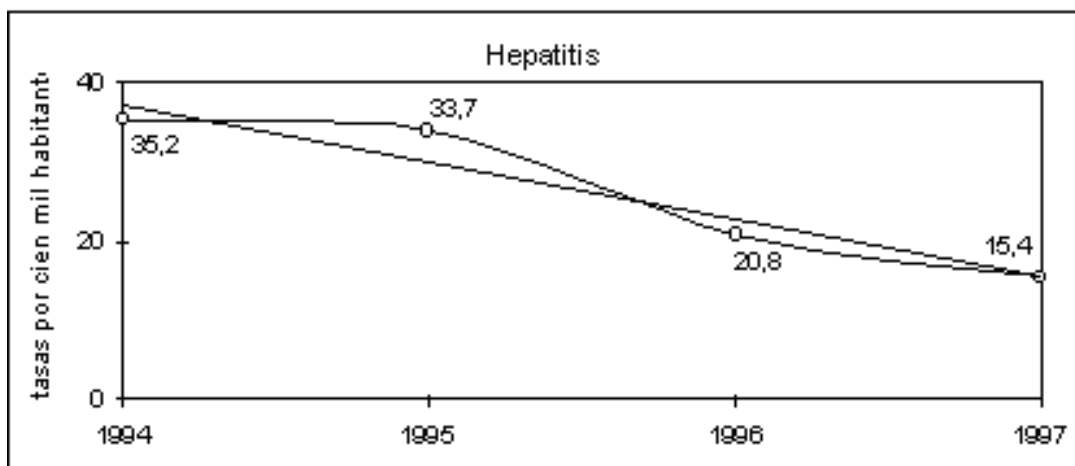
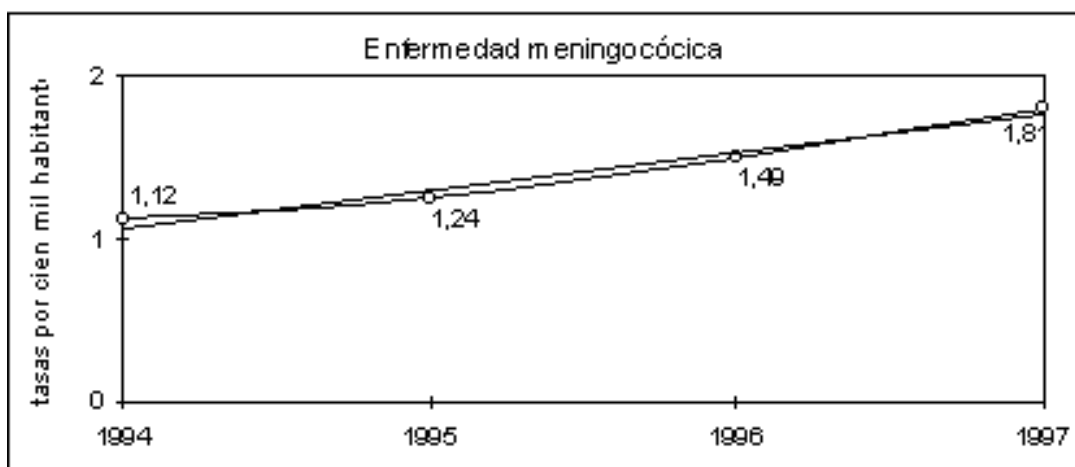
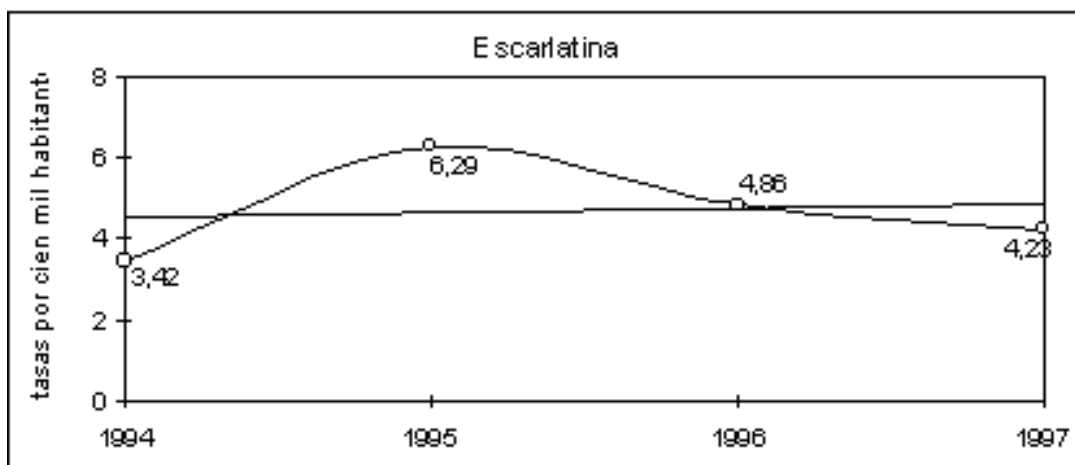
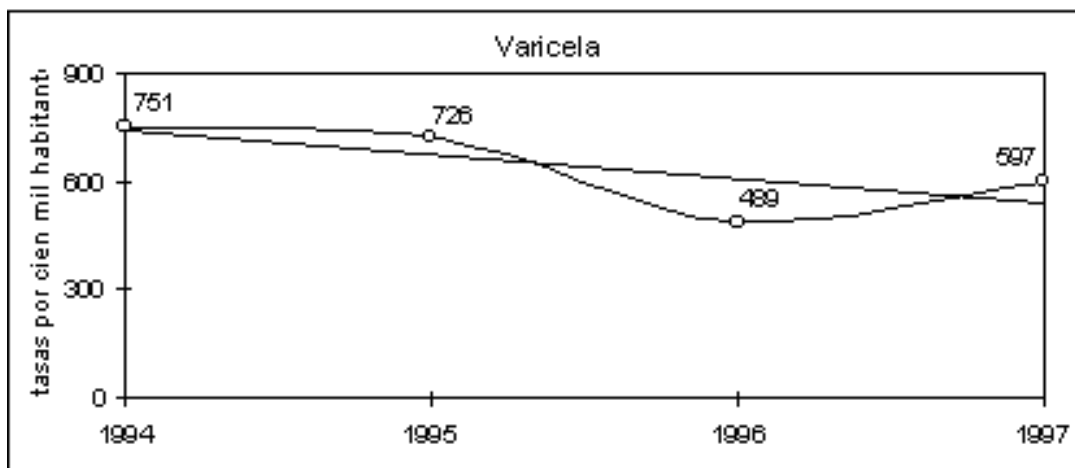


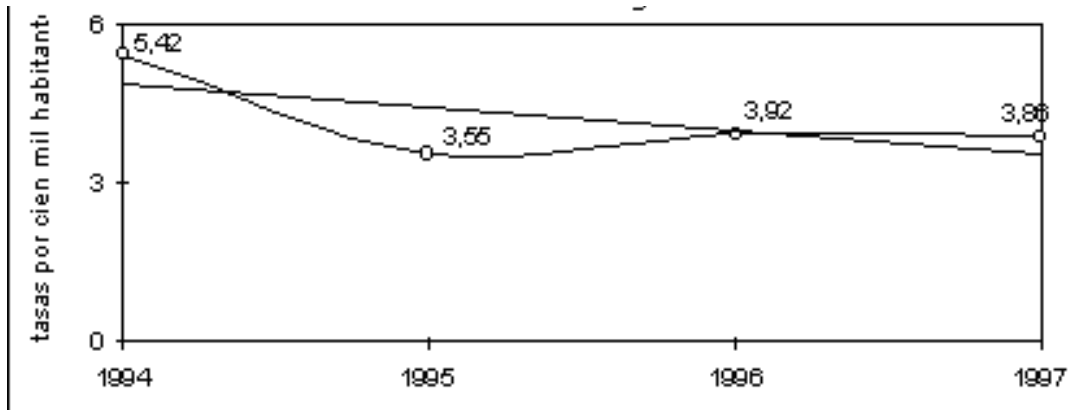
Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Mientras la varicela presenta una cierta estabilidad, con algún pico epidémico, la escarlatina ve disminuir progresivamente el número de casos declarados. En relación a la hepatitis, se observa en los últimos años una tendencia descendente pasando de una tasa de 35,2 en 1994 a una de 15,4 en 1997. La enfermedad meningocócica presenta a su vez una estabilidad en valores muy bajos en relación al del número de casos anuales. La fiebre reumática pasa de 87 casos declarados en 1994 ($5,4 \times 10^5$) a 62 en 1997 ($3,9 \times 10^5$).

Gráfico 6 E18 Otras enfermedades (E10) Canarias 1004 a 1007

Gráfico 6.E18. Otras enfermedades (EDO). Canarias, 1994 a 1997





Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia de Fiebre Q en nuestra comunidad. Así, la información aportada por el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) refleja que durante los años 1995 (23 casos), 1996 (20) y 1997 (21) un total de 64 pacientes fueron dados de alta en Canarias con diagnóstico de Fiebre Q. Esto corresponde con una incidencia acumulada media anual de 1,31 por cien mil habitantes. Aunque los datos disponibles proceden de dicha fuente de morbilidad hospitalaria, la vigilancia epidemiológica de esta zoonosis endémica de Canarias a través del Sistema EDO, permitirá conocer su incidencia real y su evolución en el tiempo.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

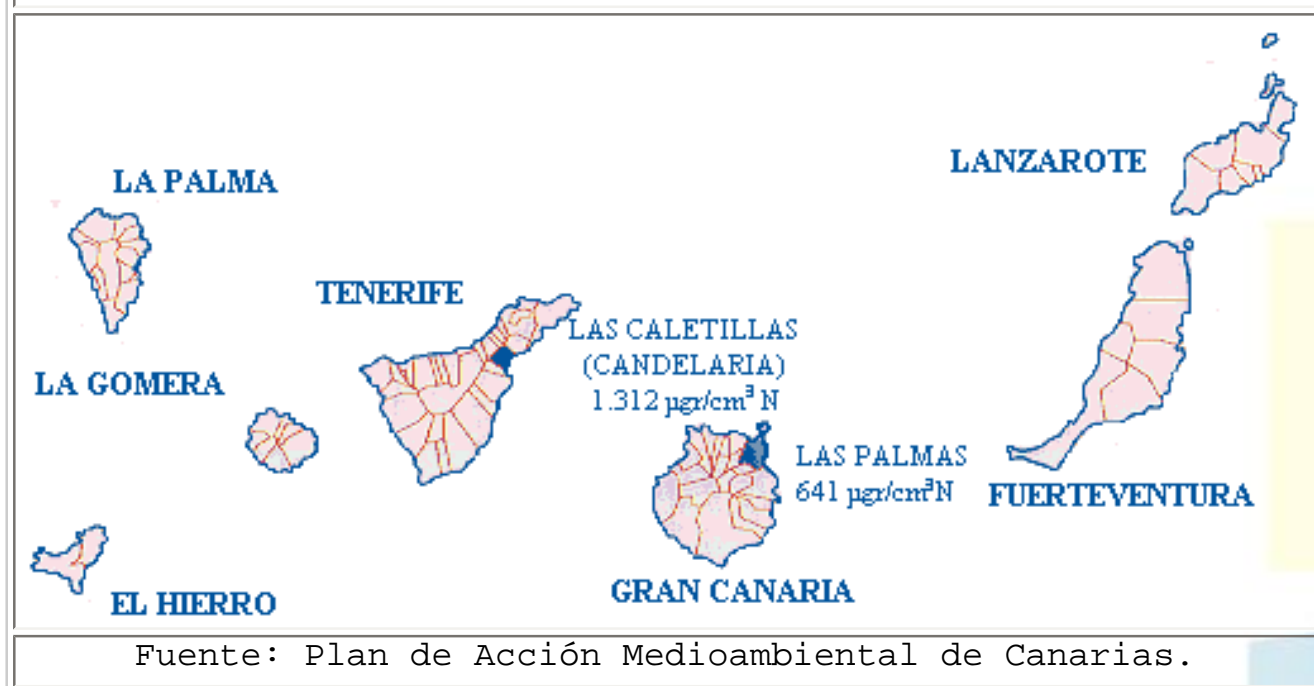


Servicios de salud: sanidad ambiental: contaminación atmosférica

El carácter insular del territorio canario y el régimen de vientos alisios predominantes son factores positivos que facilitan la dispersión de los contaminantes en la atmósfera. La propia situación geográfica de Canarias, alejada de industrias que pudieran "exportar" sus emisiones contaminantes, constituye otra ventaja del Archipiélago. La mayor contribución a la contaminación atmosférica en Canarias deriva de la combustión de elementos fósiles, bien sea para la automoción, procesos industriales de producción de energía, fraccionamiento y separación de productos derivados del petróleo o de potabilización de agua de mar. A esto hay que añadir los incineradores de basuras, extracción de áridos y pequeñas industrias.

Las situaciones críticas o de problemas graves de contaminación son escasas o nulas en el conjunto de Canarias, tan solo se ha de reseñar que el municipio de Las Palmas de Gran Canaria durante el período abril/89 a marzo/90 sobrepasó los niveles de referencia para las partículas en suspensión.

Gráfico 252. Valores máximos de partículas en suspensión para Canarias, 1991. Zonas que han superado en algún momento los valores límites fijados por la legislación europea.



La Unión Europea establece criterios de evaluación basados en la valoración de los promedios diarios de contaminantes SO₂ y partículas. La normativa sobre el control de la calidad del aire establece además

Valores Límite (indican niveles que no se deben superar) y Valores Guía (son niveles indicativos de calidad sin repercusiones sanitarias en la población expuesta) y Valores Asociados (son niveles de un contaminante que una vez superados, condicionan los valores límite del otro, estableciéndose un valor más restrictivo).

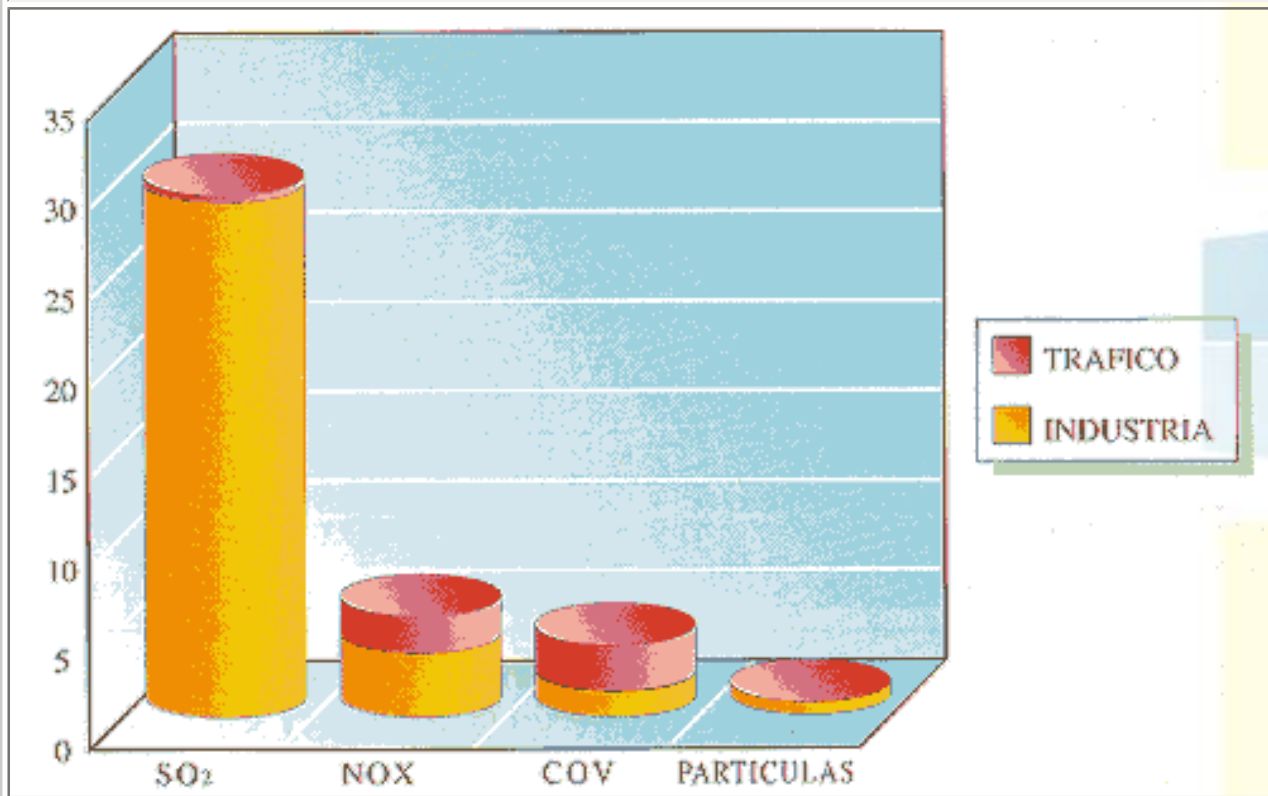
En las islas mayores las enormes cantidades de contaminantes emitidos por las centrales térmicas, la refinería de petróleos, el sector del automóvil, y plantas potabilizadoras pueden tener dificultades de dispersión cuando se dan las siguientes condiciones:

- Capa de inversión muy baja o atmósfera estratificada muy estable por debajo de 400-500 metros sobre el nivel del mar.
- Situaciones de calma.
- Calimas.

- Efecto de isla térmica: creación de un gradiente de temperatura con máximos valores cerca del centro de las ciudades, debido a la propia actividad conjunta que se genera en los mismos y que tiende a concentrar la contaminación en el centro de las grandes ciudades. Además la orografía existente en algunos medios poblacionales dificulta la dispersión de contaminantes.

Los episodios de contaminación más importantes coinciden con las invasiones de aire sahariano, el denominado "tiempo sur", que corresponde a unos cuarenta días al año. En estas condiciones meteorológicas, muy estables y de flujo predominante del este, los penachos de las industrias no sólo no son evacuados hacia el mar, sino que,

Gráfico 253. Emisiones totales a la atmósfera en Tenerife (miles de toneladas anuales) - 1991.



Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

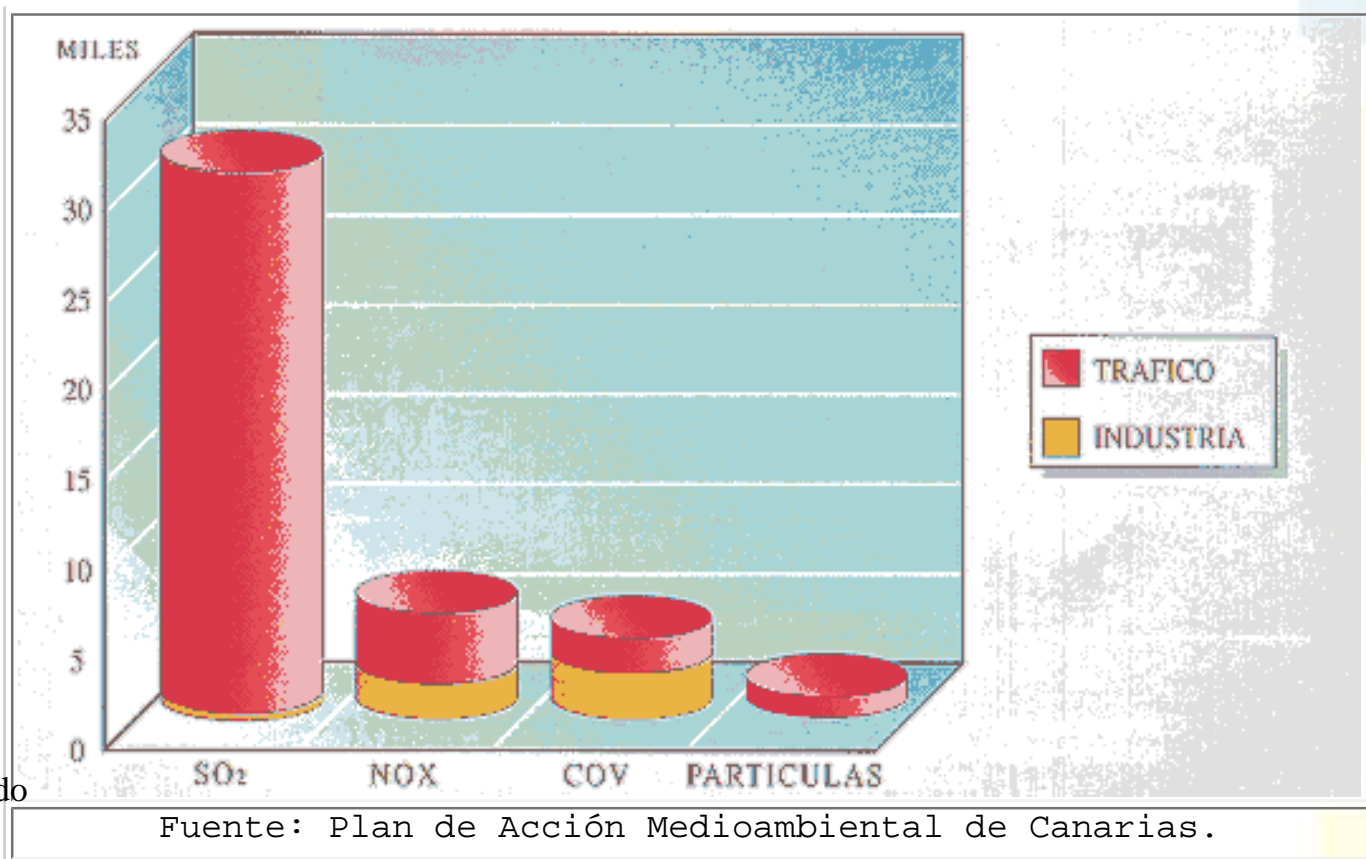
debido a la escasa altura de las chimeneas de las empresas canarias, caen literalmente hacia tierra formando verdaderos hongos de contaminación, como el que se observa con frecuencia sobre la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, provocando problemas de visibilidad, olores y afecciones respiratorias en la población.

Los problemas de contaminación se centran en las dos islas capitalinas, concretamente en los cuatro municipios más industrializados y con mayor carga de tráfico: Candelaria, Güimar, La Laguna y Santa Cruz en Tenerife; Las Palmas, Mogán, Telde y Agüimes en Gran Canaria. La contaminación es importante en determinadas situaciones meteorológicas, sin llegar a cifras alarmantes, pero a veces alcanza niveles que superan los valores permitidos por la legislación vigente.

Las principales instalaciones contaminantes presentes en la industria canaria son: las refinerías

Gráfico 254. Emisiones totales a la atmósfera en Gran Canaria (miles de toneladas anuales) - 1989.

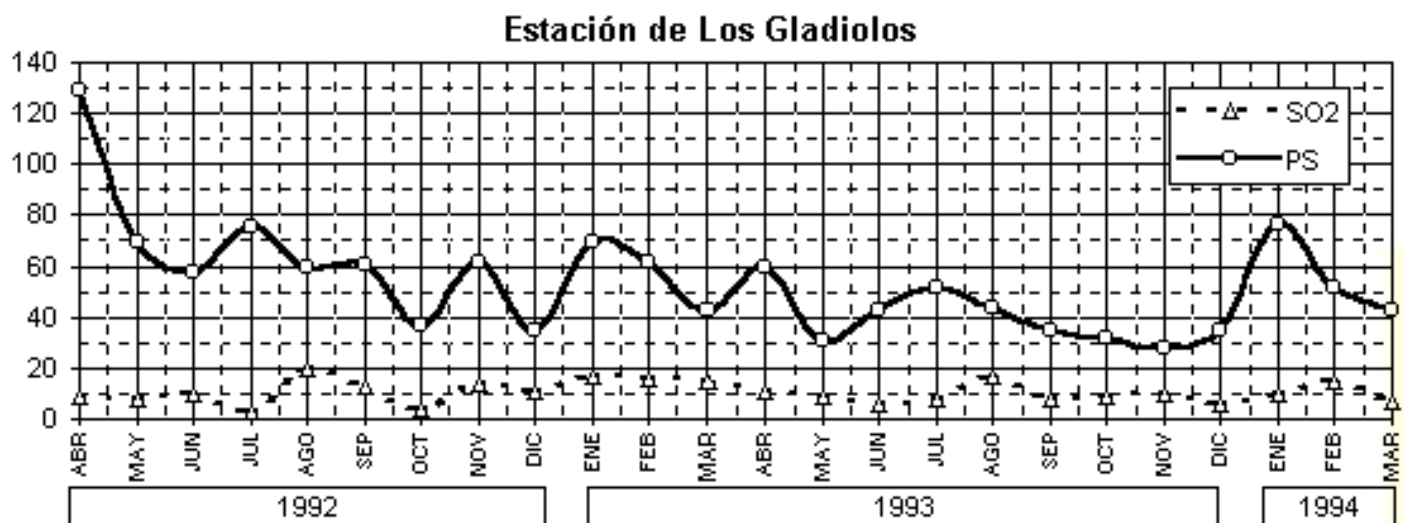
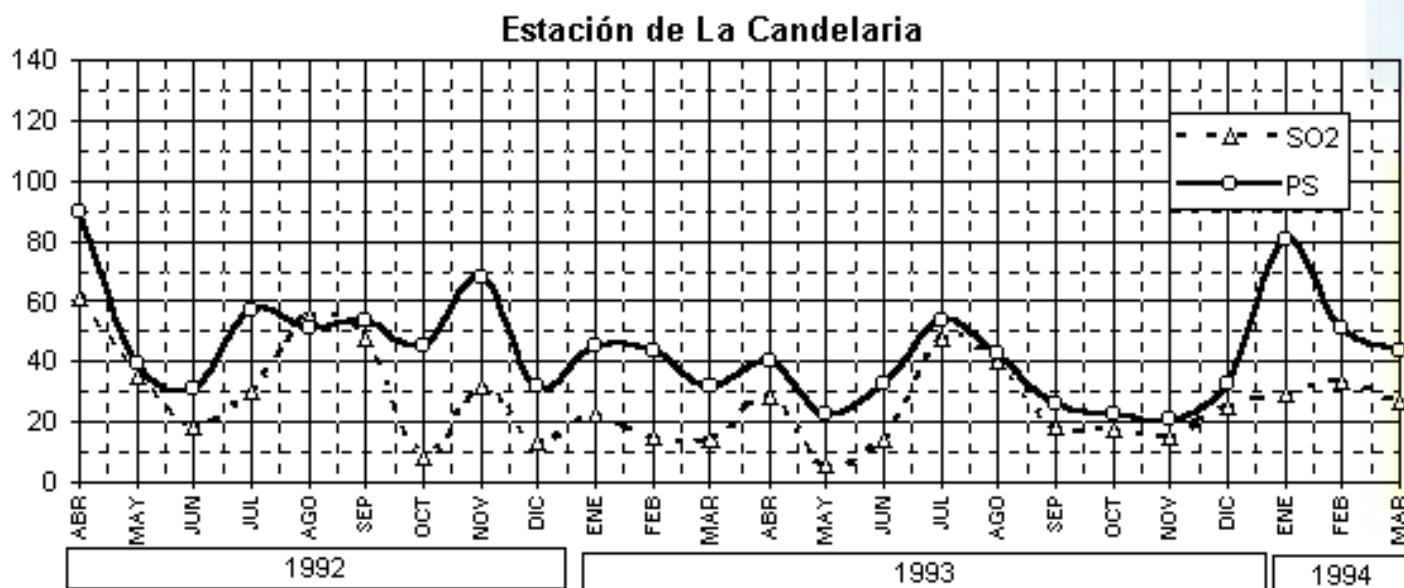
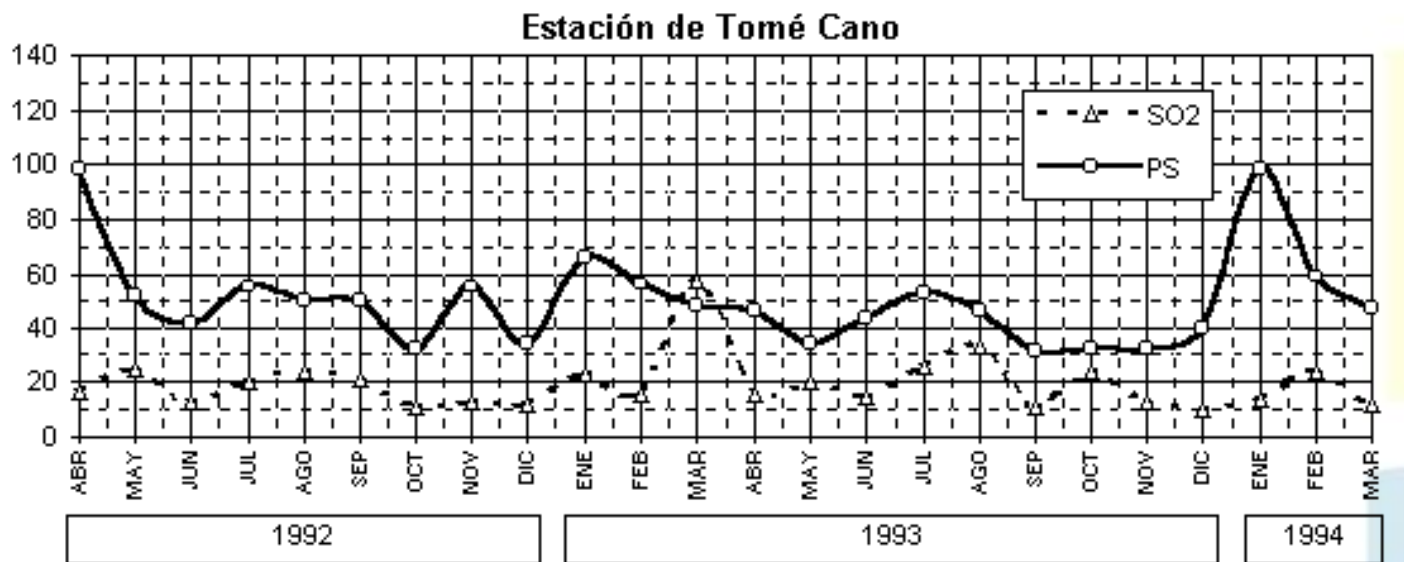
de petróleo, las centrales térmicas, las fábricas de cemento, las plantas asfálticas, las fábricas de abono, las fábricas de transformado de vidrio y las



cerveceras. Los principales agentes contaminantes son el óxido de azufre y las partículas en suspensión y en menor proporción los óxidos de nitrógeno, óxido de carbono, el plomo y el ozono. El sector industrial es responsable del 99% de las emisiones de dióxido de azufre (61.000 tm/año) y del 90% de las emisiones de partículas en suspensión (2.253 tm/año). El transporte rodado emite unas 70 tm anuales de plomo y casi 50.000 tm de monóxido de carbono. Además es responsable del 59% de las emisiones totales de compuestos orgánicos volátiles (unas 6.000 tm anuales), del 36% de las emisiones de óxidos de nitrógeno (4.600 tm), de un 8% de las partículas y apenas un 1% del dióxido de azufre total. Si bien se ha superado en diversas ocasiones el valor guía para SO₂ y PS, en algunos medios urbanos, no supone criterio para la declaración de zona de atmósfera contaminada.

La

Gráfico 255. Evolución de las tomas medias mensuales de contaminantes de dióxido de azufre (SO₂) y partículas en suspensión (PS) en S/C de Tenerife, según estación. 1992 - 1994.



Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

Dirección General de Salud Pública cuenta con 7 estaciones de medida atmosférica y 10 sensores manuales distribuidos entre las ciudades de Candelaria, Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife. La red de vigilancia atmosférica de Canarias, está constituida por 17 estaciones de la Red Nacional de Vigilancia y Prevención de la Contaminación Atmosférica; sólo dos de estas estaciones son automáticas, y la mayoría no cubren el control de algunos contaminantes y áreas. Existen además dos redes privadas, de Unelco y

Cepsa, con unas 30 estaciones de inmisión, en torno a las centrales térmicas de Jinamar y las Caletillas, así como en la refinería de Santa Cruz de Tenerife, que no se encuentran integradas a la red nacional. La red meteorológica, que debiera constituir un apoyo fundamental de la anterior, es incompleta. La entrada en funcionamiento de la red autonómica de control de la contaminación atmosférica ha permitido tener conocimiento a tiempo real de los contaminantes relacionados con el sector tráfico, actualmente considerado como la principal fuente de contaminación de las ciudades capitalinas.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

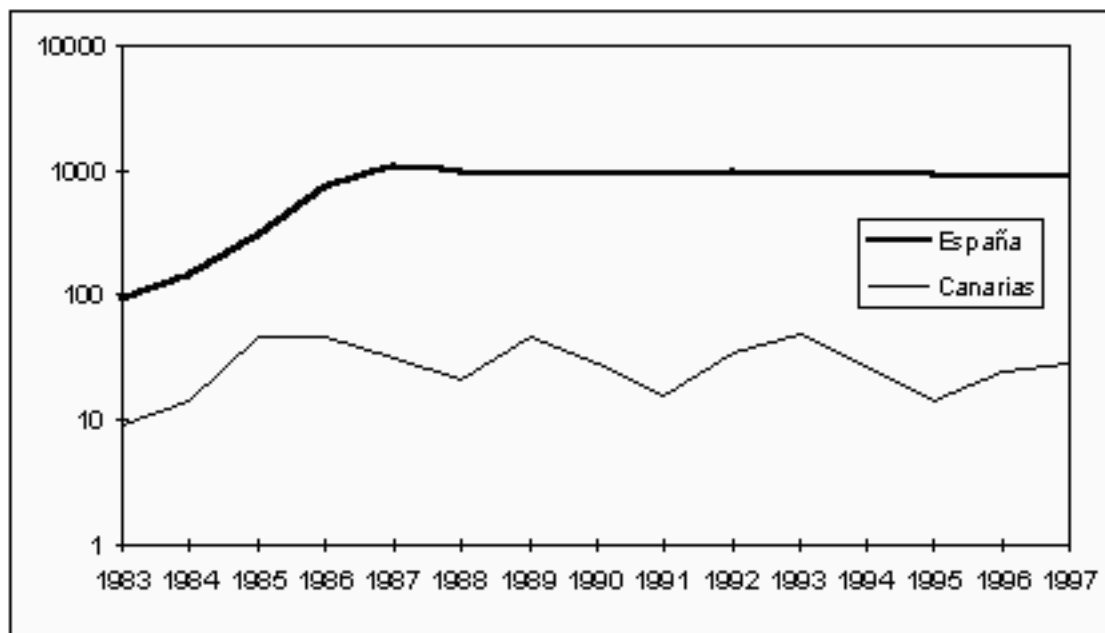
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: toxiinfecciones alimentarias

En la Comunidad Autónoma de Canarias se ha producido una evolución irregular, aunque con una tendencia al descenso, del número de casos de toxiinfecciones alimentarias debido a una mejora en el control de los productos alimenticios, así como en la manipulación de los alimentos. Por el contrario, a nivel nacional, el número de brotes fue en aumento desde 1983 a 1987, estabilizándose a partir del último de los citados años.

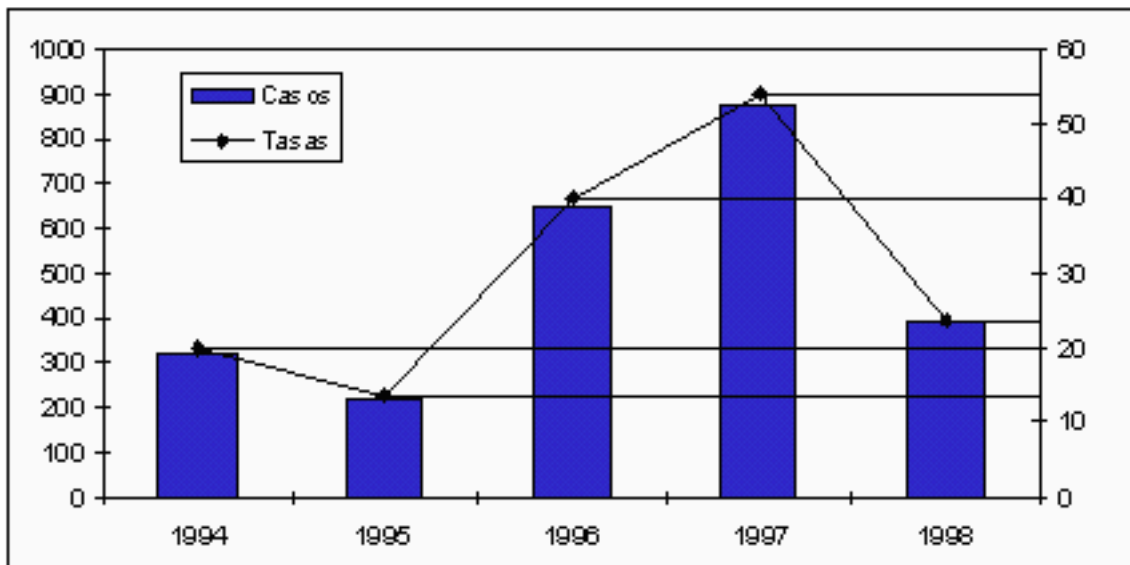
**Gráfico 1.E13. Brotes epidémicos de origen alimentario.
España y Canarias, 1983 a 1997**



Fuentes: - Instituto de Salud Carlos III: Centro Nacional de Epidemiología.
- Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología:
Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica.

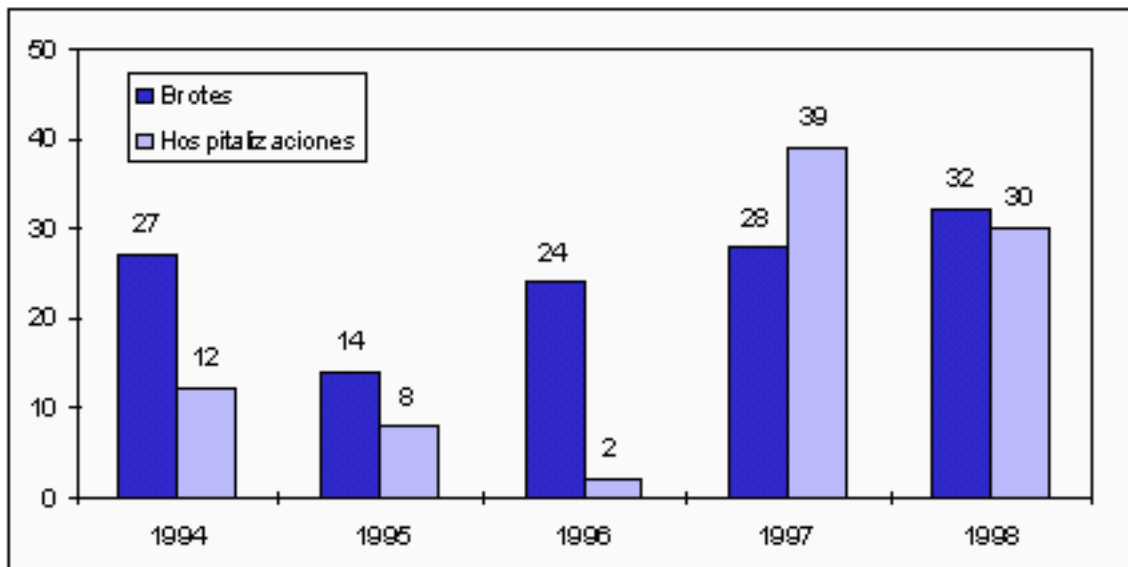
Sin embargo, esto no excluye la presencia de un mayor número de brotes en años puntuales, que condicionan un aumento de los casos registrados. Tal es el caso de los años 1996 y 1997. En 1996 se observa un aumento de los casos debido a que entre los brotes ocurridos en ese año, se registraron 2 de más de 100 afectados (en uno de ellos se afectaron alumnos de 5 colegios en una intoxicación por estafilococos) y otros 2 de más de 50 afectados. Igualmente, entre los brotes de 1997 se registraron 3 de más de 100 afectados, 2 de ellos de origen hídrico, por consumo de agua de bebida sin las adecuadas condiciones sanitarias, y 1 de más de 50 afectados, que son los que condicionan el alza en los gráficos correspondientes (Gráficos 2.E13. y 3.E13).

Gráfico 2.E13. Casos y tasas por 10⁵ habitantes de enfermedades transmitidas por alimentos. Canarias, 1994 a 1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

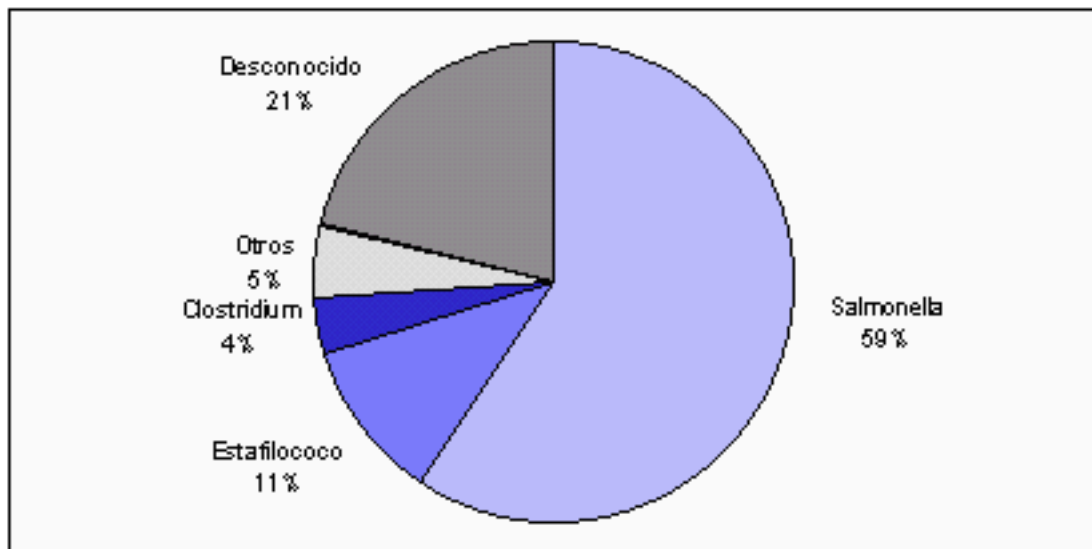
Gráfico 3.E13. Número de brotes y hospitalizaciones por enfermedades transmitidas por alimentos. Canarias, 1994 a 1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

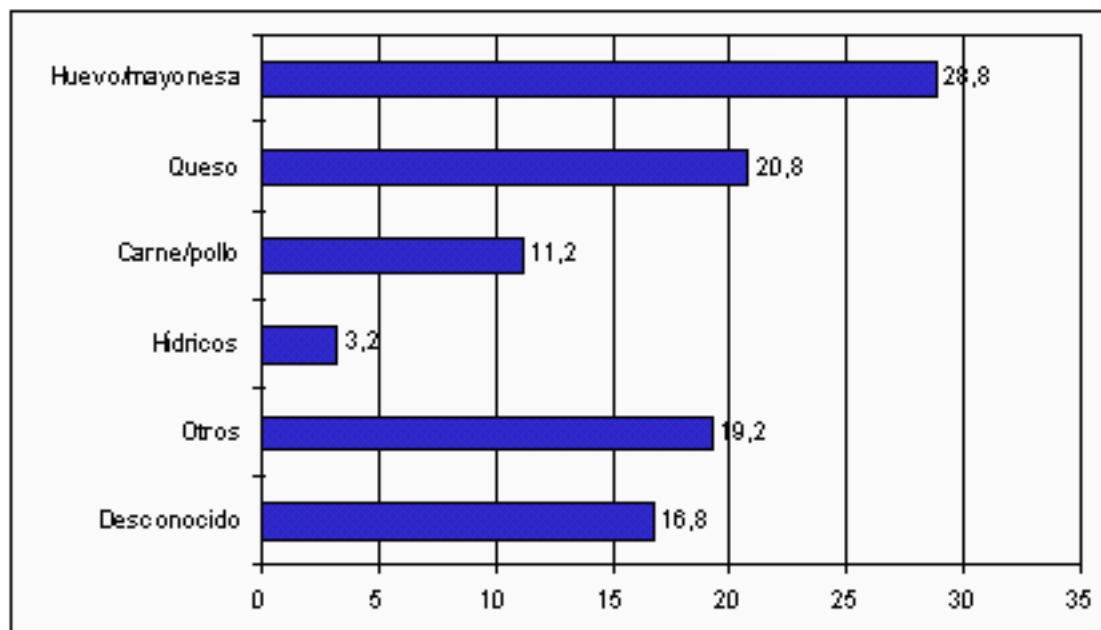
En el trienio 1996-1998, los principales agentes causantes de toxiinfecciones alimentarias en Canarias fueron la Salmonella y el Estafilococo (Gráfico 4.E13). Los grupos de alimentos que provocan el mayor número de brotes de T.I.A. en Canarias son las mayonesas de elaboración casera, así como otros derivados del huevo y los quesos (Gráfico 5.E13).

Gráfico 4.E13. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (%), según agente causal. Canarias, 1996-1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

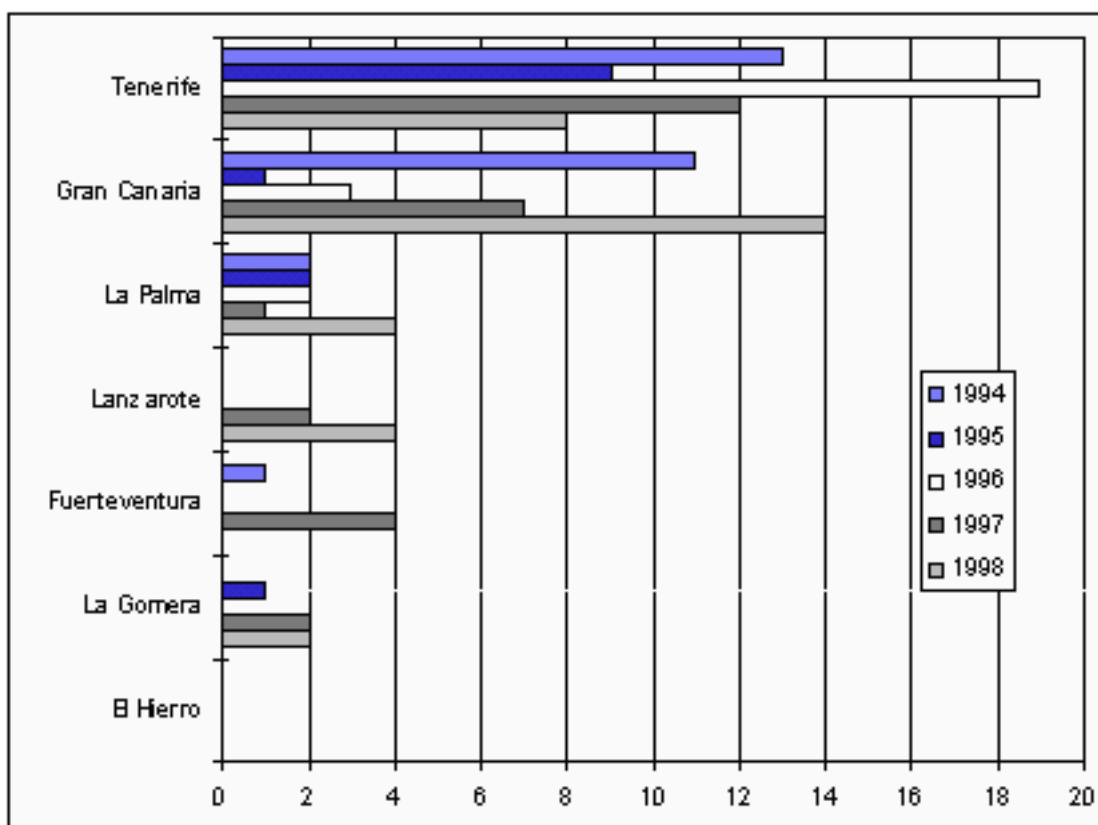
Gráfico 5.E13. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (%), según alimentos implicados. Canarias, 1996-1998



Fuente: - Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

La mayoría de los brotes se producen en las grandes zonas urbanas, así como en las ciudades turísticas. Por áreas sanitarias cabe destacar el elevado número de brotes en Tenerife, y la ausencia de brotes declarados en El Hierro (Gráfico 6.E13).

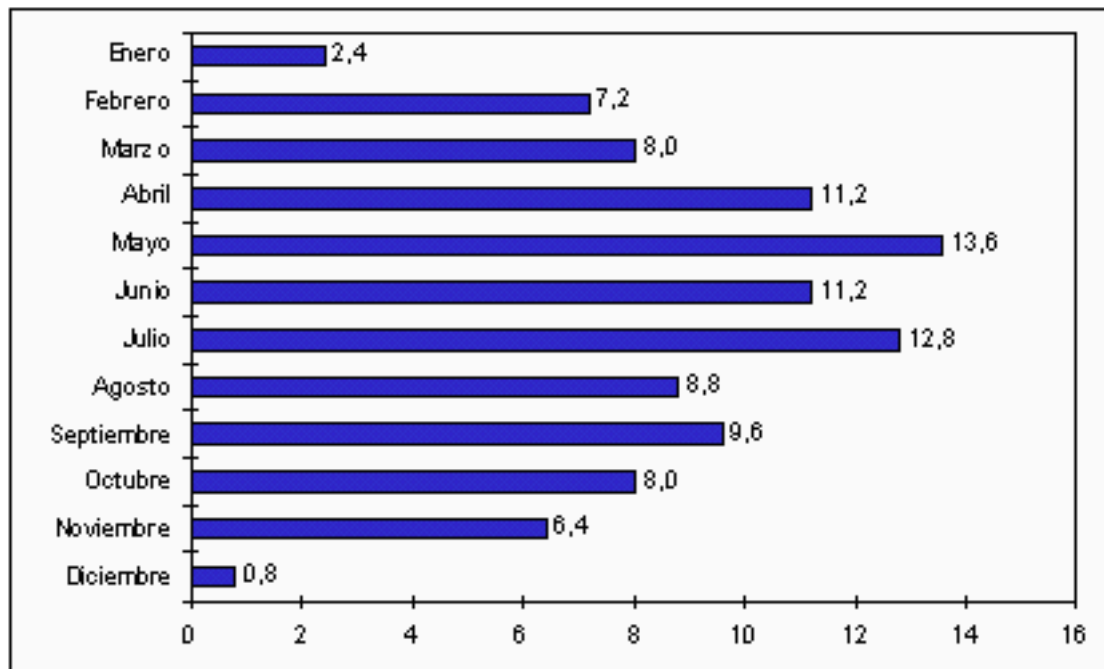
Gráfico 6.E13. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, según Área de Salud. Canarias, 1994 a 1998



Fuente: -Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

Tomando como total absoluto la suma de los brotes de toxoinfecciones alimentarias de Canarias entre 1994 y 1998, observamos que son más frecuentes entre mediados de la primavera (mayo) y principios del verano (julio), coincidiendo con los meses más cálidos del año en nuestro territorio (Gráfico 7.E13).

Gráfico 7.EI3. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (%), según distribución temporal. Canarias, 1994-1998



Fuente: -Dirección General de Salud Pública: Servicio de Epidemiología

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

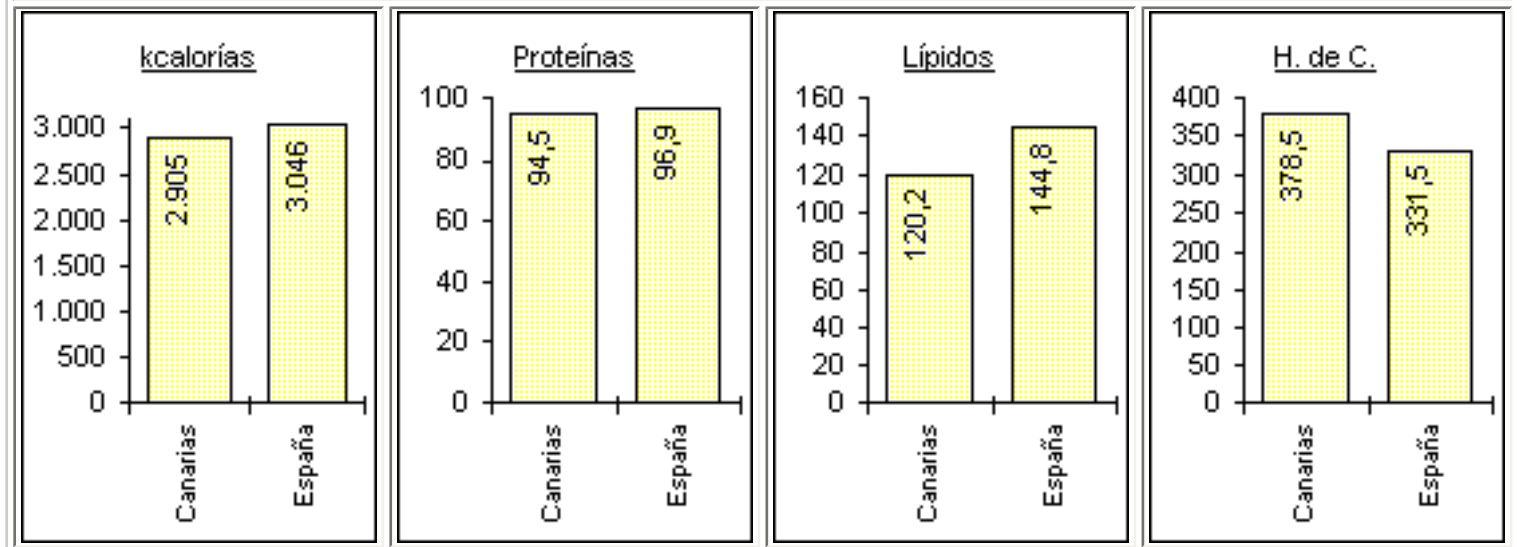
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: nutrición

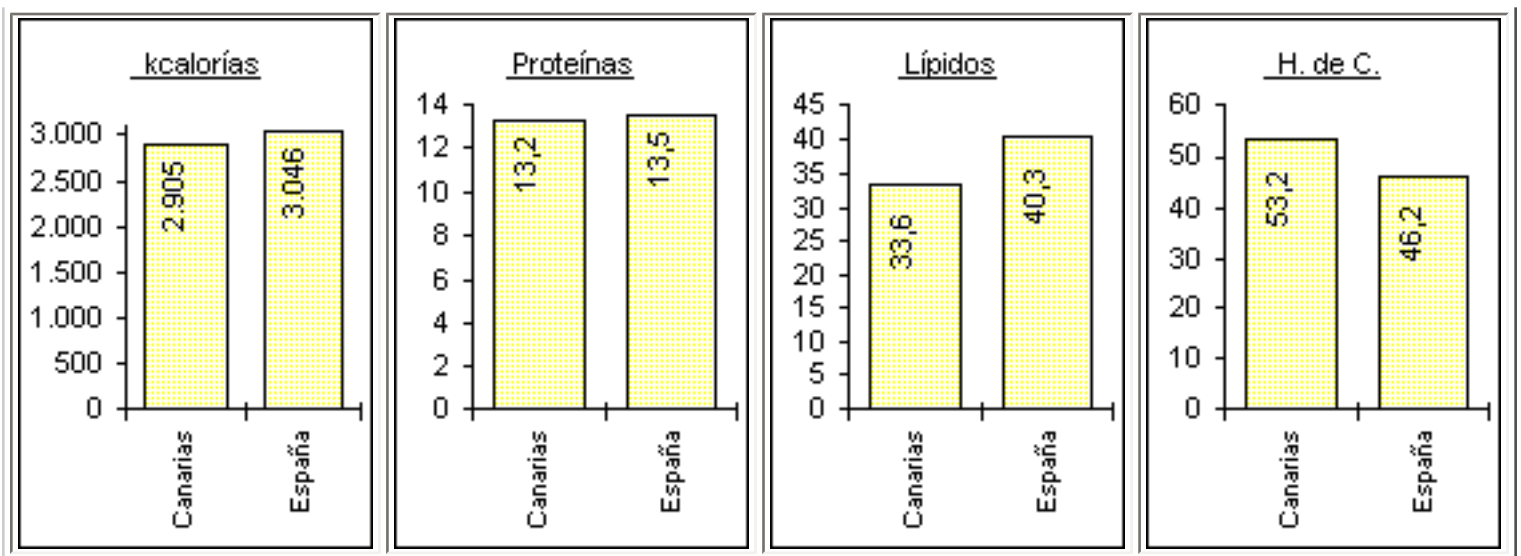
Gráfico 191. Consumo medio en el hogar de energía, proteínas, lípidos e hidratos de carbono (en gramos), por persona y día. Canarias-España.



La alimentación determina en gran medida el grado de salud de las personas y comunidades, incidiendo en la morbilidad y en la mortalidad de las mismas; produciendo, en consecuencia, un elevado coste social y económico. A su vez, uno de los factores más importantes que influyen en la dieta es la capacidad adquisitiva de la población. El desarrollo de políticas destinadas a conocer el riesgo de enfermar debido a una alimentación incorrecta, a garantizar la calidad de los alimentos desde la producción al consumo y a promocionar hábitos dietéticos saludables, es una de las recomendaciones de los Organismos Internacionales (O.M.S., F.A.O.). Es tarea de la Administración Sanitaria Canaria, amparada por la Constitución, las Leyes de Sanidad del Estado y las de la Comunidad Autónoma, procurar una cada vez mejor calidad dietética así como promocionar, prevenir y proteger la salud de la población en materia de nutrición y alimentación.

En la actualidad no se cuenta con un estudio epidemiológico actualizado basado en la encuesta dietética individual lo que impide sacar conclusiones sobre factores de riesgo y calidad nutricional, siendo algunas de las fuentes consultadas publicaciones a nivel estatal, que sólo nos suministran datos generales sobre la situación de nuestro archipiélago. En términos generales, el patrón de consumo alimentario de la población canaria (gráficos 191 y 192) se caracteriza por una elevada ingesta de proteínas y grasas animales y un excesivo consumo de calorías (sobre todo "calorías vacías" procedentes de azúcares y alcohol), en relación a la dieta recomendada para la población española, alejándonos cada vez más de la dieta mediterránea, al igual que el resto de las Comunidades Autónomas.

Gráfico 192. Distribución de la energía según la ingesta de macronutrientes (en porcentajes), por persona y día. Canarias-España.

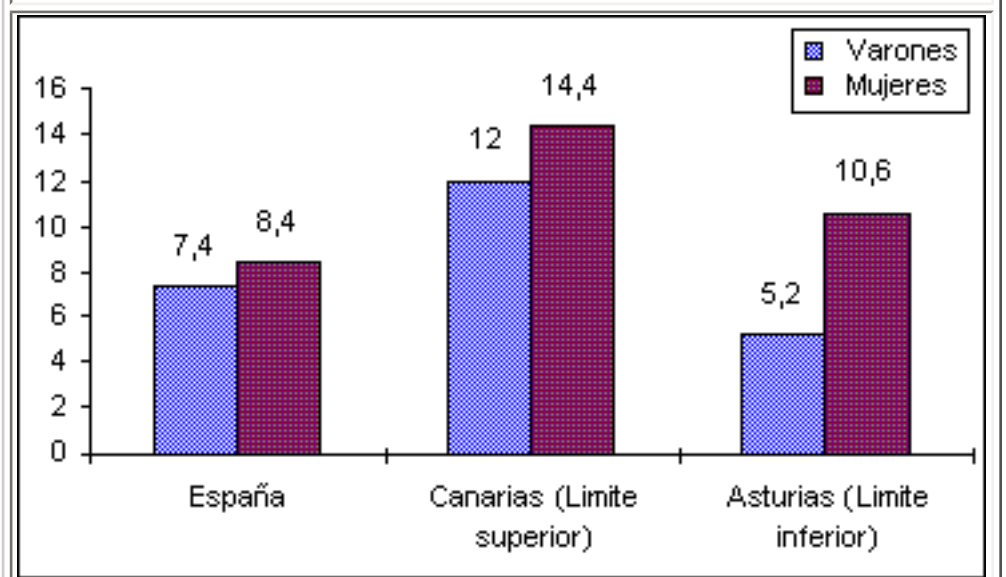


Diferentes estudios han demostrado que este patrón de consumo favorece la alta incidencia de enfermedades degenerativas (obesidad, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, entre otras). Según la información recogida en la "Encuesta Nacional de Salud de 1987", Canarias presenta el mayor porcentaje de personas (12 % de hombres y 14,4 % mujeres) de todo el Estado con un índice de Quetelet (o de masa corporal) mayor de 30 (gráfico 193). El "Estudio Antropométrico de la Población Canaria Adulta. 1985-87", encuentra también un exceso de peso para una talla dada en la población canaria.

En relación a las patologías crónicas citadas, la "enfermedad isquémica del corazón" es la primera causa de fallecimiento tanto en los hombres como en las mujeres canarias en el periodo 1980-1990. La "diabetes mellitus", es la sexta causa de muerte para las mujeres. La prevalencia de hipercolesterolemia en Canarias en la actualidad está entre un 20 y un 25% (con cifras de referencia de mayor o igual a 250 mg./dl. de colesterol total) ascendiendo a un 38-40% si las cifras que tomamos como referencia son las de mayor o igual a 200 mg./dl.

Como exponíamos anteriormente, uno de los factores que influyen en el consumo es la capacidad adquisitiva. Según los datos más recientes el gasto medio por persona en nuestra C.A. en "alimentos, bebidas y tabaco" es de 153,941, lo que representa el 28,7 % del total del gasto (el 28 % a nivel estatal), siendo el de "alimentos" el 24,8 % (el 24,7 para el total del país). Canarias es en la actualidad la sexta C.A. en tasa de paro (23,90) situándose, junto con la Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla, Andalucía y Castilla La Mancha, entre las CC.AA. con mayores porcentajes de población

Gráfico 193. Población con Índice de Masa Corporal mayor de 30, por CC.AA., según sexo, tasas ajustadas por 100, 1987.



por debajo del umbral de pobreza (ingresos inferiores al 50 % de los ingresos medios del conjunto del Estado). Esto puede explicar que el gasto per capita en alimentación durante 1993, fuera en Canarias 20,7 puntos por debajo de la media nacional, siendo nuestra C.A. junto con Andalucía, las regiones que menos gastan en alimentación.

Un aspecto que condiciona en gran medida la calidad de la alimentación son los hábitos dietéticos. Un estudio efectuado en nuestra C.A. en 1986 encontró que el consumo de leche y productos lácteos, frutas y papas es superior en Canarias al resto de España y superior, pero en menor medida, el de legumbres, pescados, embutidos, azúcar y chocolate. Por el contrario, es menor la ingesta de carnes, huevos, verduras, cereales, bebidas alcohólicas y refrescos. Un estudio realizado sobre población escolar detectó que entre un 5,89 % y un 6,7 % de los escolares no desayunan y un 31,56 % realizan un desayuno exclusivamente líquido. Al no respetarse el reparto energético de la ingesta diaria en la que el desayuno supone entre el 20-25 %, se podrían originar desequilibrios que repercutan en el rendimiento escolar. Un estudio epidemiológico más restringido encontró que el aporte energético de la población infantil considerada (entre 3 y 13 años) se sitúa por encima del recomendado ("Índice calorías ingeridas/calorías recomendadas" = $1,34 \pm 0,33$), sobre todo a expensas de la ingesta de grasas de origen animal ($68,46 \pm 10,7\%$).

En general, se puede concluir que la dieta de la población canaria se caracteriza por una elevada ingesta de proteínas y grasas de origen animal y un consumo excesivo de calorías, destacando entre las intervenciones a realizar, la creación de programas que se ocupen de la calidad de la dieta desde el punto de vista nutricional basados en estudios epidemiológicos actualizados.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



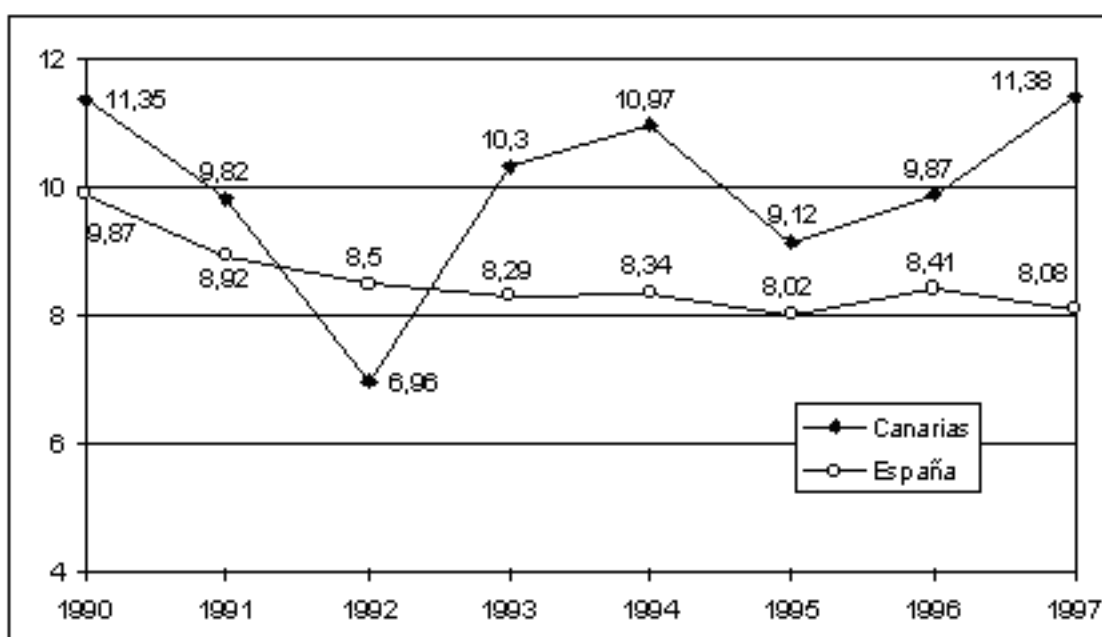
Situación de salud: morbilidad: infecciones nosocomiales

Desde 1990 a 1997, la evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales en España (estudio EPINE) ha mostrado una clara tendencia a la disminución. Entre las razones que explican esta reducción se encuentra, por un lado, un acortamiento de las estancias hospitalarias medias, así como de las estancias preoperatorias y, por otro, la incorporación progresiva de datos procedentes de hospitales de pequeño tamaño con tasas de prevalencia de infección nosocomial más bajas, además de la siempre posible infradeclaración de casos.

Infección nosocomial

Según los resultados del "Proyecto EPINE", la prevalencia de infección nosocomial en el conjunto del país ha pasado de 9,9% en 1990 a 8,1% en 1997. Si nos centramos en nuestra Comunidad Autónoma observamos (Gráfico 1.E17) que si bien entre 1990 y 1992 la prevalencia ha seguido la misma tendencia que la registrada a nivel estatal, en los años 1993 y 1994 ha experimentado un incremento, descendiendo en 1995 para volver a subir en 1996 y 1997, siendo los valores superiores a los estatales en todos los años analizados con excepción de 1992.

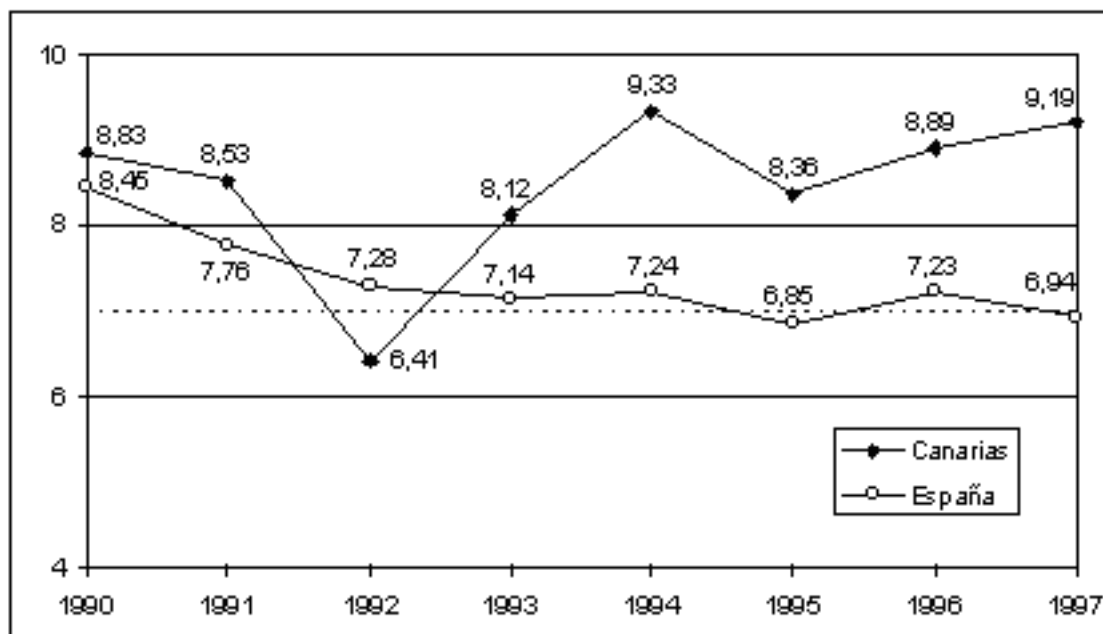
**Gráfico 1.E17. Prevalencia de infecciones nosocomiales (%).
Canarias y España, 1990 a 1997**



Fuente: - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

La prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales ha seguido una tendencia similar a la descrita para las infecciones (Gráfico 2.E17). Tomando como referencia el valor de 7% considerado como ideal en los países europeos, comprobamos que, a lo largo del período estudiado, las cifras de España se acercan al mismo, siendo el año 1995 con un 6,8% el más favorable. La prevalencia de Canarias aparece por encima del citado valor y de los valores estatales a lo largo de los años estudiados salvo en 1992.

Gráfico 2.E17. Prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales (%), Canarias y España, 1990 a 1997

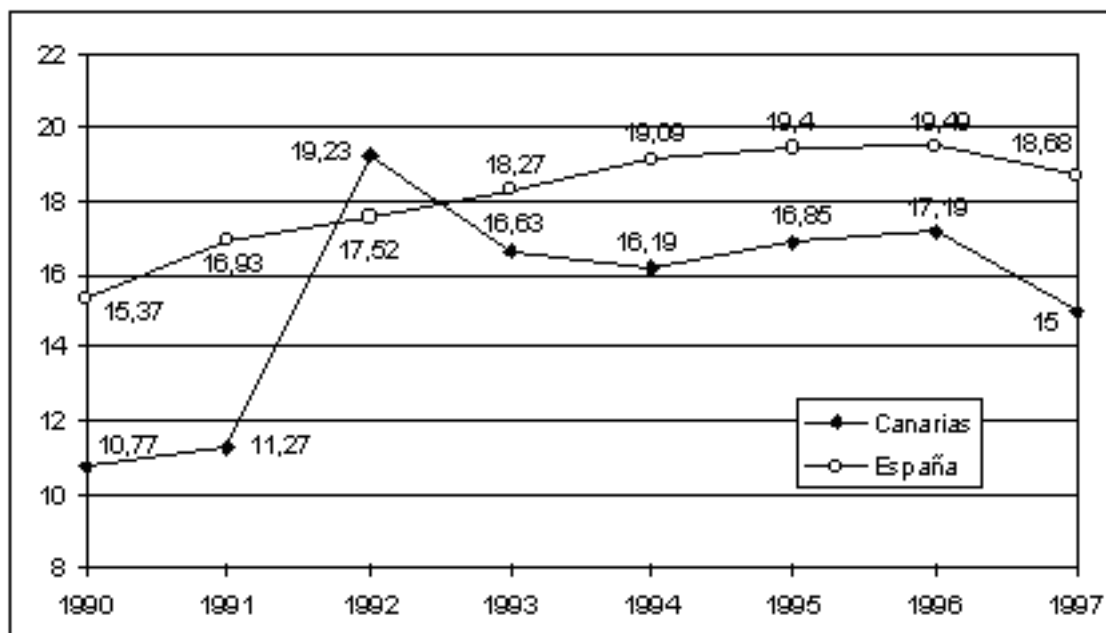


Fuente: -Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

Infección comunitaria

En Canarias, la incidencia de las infecciones adquiridas previamente al ingreso hospitalario, o infecciones comunitarias, ha experimentado un ascenso significativo atribuible, en gran parte, a la pluripatología Sida y VIH+ y a la creciente participación de hospitales de pequeño tamaño. La prevalencia de infecciones comunitarias en el conjunto del Estado español ha manifestado un incremento continuo hasta el año 1996. Afortunadamente, el descenso de 1997 muestra un cambio de tendencia que es probable continúe en los próximos años, básicamente debido a los beneficiosos efectos de las modernas terapias frente al VIH. Nuestro Archipiélago sigue la tendencia estatal aunque con cifras siempre por debajo de las del país en cada uno de los años estudiados, si exceptuamos 1992 (Gráfico 3.E17).

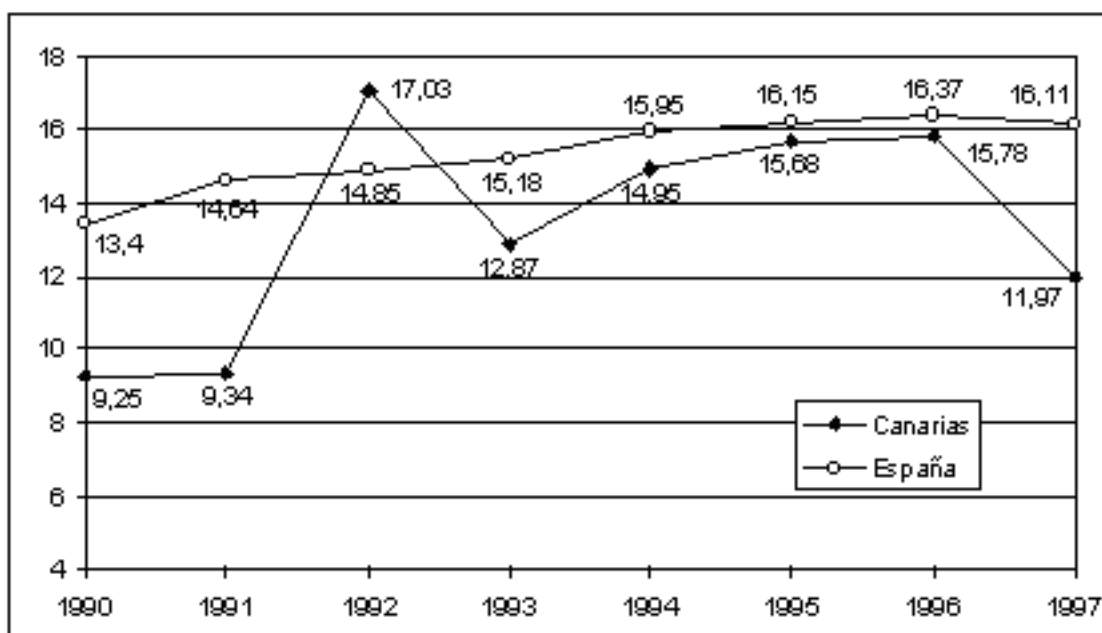
**Gráfico 3.E17. Prevalencia de infecciones comunitarias (%).
Canarias y España, 1990 a 1997**



Fuente: - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

Este ascenso de la prevalencia también se produce en el número de pacientes con infecciones comunitarias, presentando una tendencia paulatina y progresiva hacia el aumento en el conjunto de España frente a una tendencia igualmente hacia el aumento, pero con oscilaciones en ese período, de Canarias (Gráfico 4.E17).

**Gráfico 4.E17. Prevalencia de pacientes con infecciones
comunitarias (%), Canarias y España, 1990 a 1997**



Fuente: - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

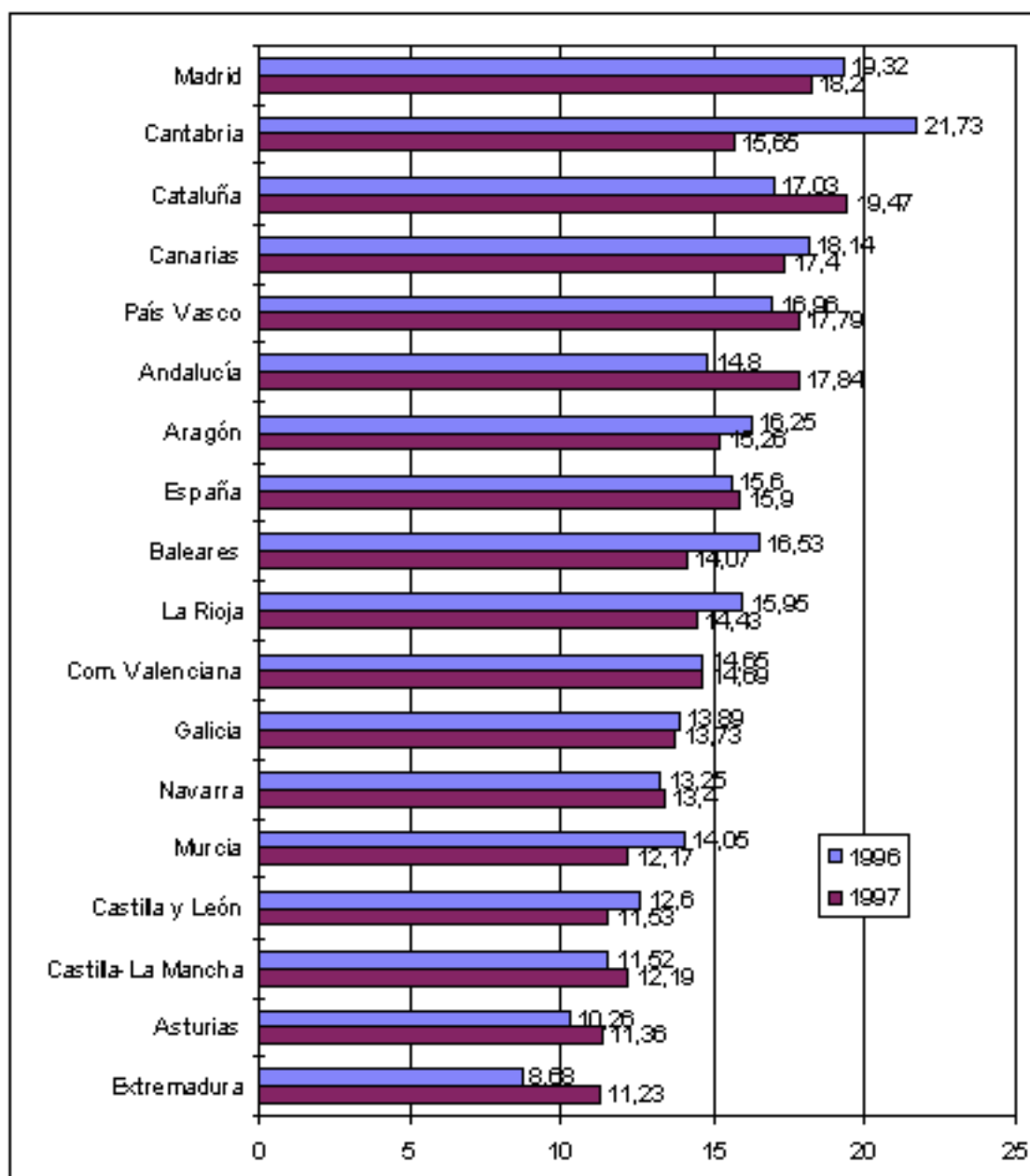
Estancias hospitalarias

Un importante factor que influye en la prevalencia de infección es la duración de la estancia media. Su acortamiento evita la colonización de pacientes y el subsiguiente desarrollo de infección, además de la prolongación de las instrumentaciones y las pautas prolongadas de antimicrobianos y de otros medicamentos que se encuentran asociados a la adquisición de resistencias o de susceptibilidad.

Durante este período de estudio se han producido dos fenómenos de interés, por un lado el mantenimiento de la estancia media y por otro lado se ha producido un cambio en el patrón de estancias a expensas del aumento de los procesos de estancia corta y disminución de los de larga estancia; estabilizándose la estancia media aproximadamente entre 15 y 16 días, aunque con un aumento de la desviación estándar. La estancia media asociada a infección nosocomial se sitúa entre 33 y 39 días y la comunitaria entre 13 y 15 días. El informe EPINE comprueba que la presencia de infección comunitaria actúa como un factor de acortamiento de estancia, en tanto que la infección nosocomial actúa como un factor de alargamiento de la estancia media.

El análisis de la estancia media de prevalencia en pacientes con infección nosocomial por comunidad autónoma refleja una variación notable entre las mismas (Gráfico 5.E17), presentando Canarias una de las estancias medias más elevadas en los tres últimos años analizados.

Gráfico 5.E17. Estancia media hospitalaria de prevalencia en pacientes con infección nosocomial según comunidades autónomas, 1996 y 1997



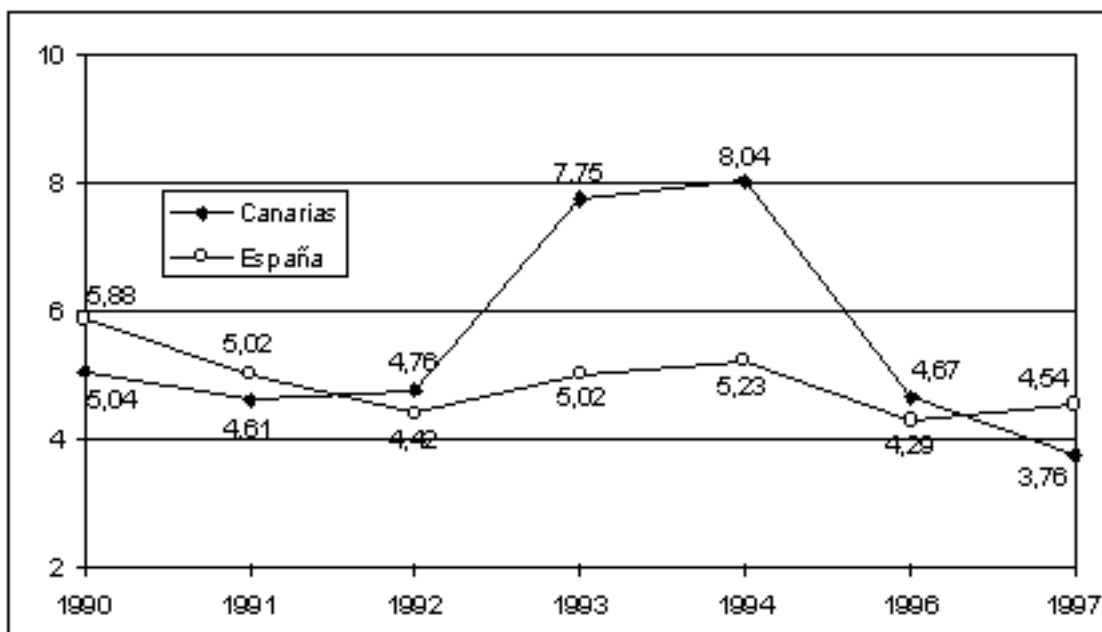
Fuente: -Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene: Proyecto EPINE 1990-1997.

Localización de las infecciones

Con relación a la localización de las infecciones nosocomiales las infecciones urinarias continúan ocupando la primera posición, aunque han mostrado una disminución gradual de moderada intensidad (2,3 puntos). El segundo lugar ha sido ocupado por las infecciones quirúrgicas superficiales desde 1990 a 1994. Se ha podido observar desde entonces una progresiva disminución de su prevalencia. En Canarias, con excepción de los dos primeros años analizados y del último, los valores de la prevalencia se encuentran por encima de los del conjunto del Estado, sobre todo en los años 1993 y 1994 (Gráfico 6.E17).

En 1995 ocuparon el segundo lugar las Neumonías y en 1996 las otras infecciones respiratorias. Lo que nos indica que durante este período de estudio ha existido un cambio con una disminución las infecciones por heridas quirúrgicas a favor de las respiratorias en la totalidad del Estado.

Gráfico 6.El 7. Prevalencia de enfermos con infección quirúrgica (%). Canarias y España, 1990 a 1997



Fuente: - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

En lo que a las infecciones comunitarias se refiere existen múltiples cambios de posición de las localizaciones durante este período, que se deben a las pequeñas fluctuaciones de los porcentajes, observándose un fuerte incremento de las infecciones respiratorias que pasan a ocupar el primer lugar a partir de 1993.

Diagnósticos etiológicos

La comparación de los diagnósticos etiológicos de los ocho años estudiados por EPINE no es del todo uniforme, por lo que se opta por estudiar la tendencia del período y, sobre todo, la situación del año 1997. La mayor parte de las infecciones nosocomiales son producidas por microorganismos que se consideran clásicos. Sin embargo, cada vez adquiere mayor importancia cuantitativa la flora no considerada tradicionalmente como patógena.

Las pruebas microbiológicas de infecciones nosocomiales practicadas en los hospitales de Canarias, han experimentado oscilaciones a lo largo del período analizado siendo los valores de: 82,8% en 1990; 64,8% en 1991; 82,8% en 1992; 67,6% en 1993; 87% en 1994; 81% en 1995; 78,2% en 1996 y 77,5% en 1997. Con respecto a este último año, Canarias ocupa el décimo lugar del país en porcentaje de pruebas realizadas.

En las infecciones nosocomiales, los diagnósticos etiológicos positivos de las pruebas realizadas también han oscilado durante los ocho años estudiados, resultando un valor de 59,78% para 1997,

que sitúa a Canarias en undécimo lugar con respecto al resto de comunidades autónomas del país.

Los resultados del análisis de las infecciones comunitarias demuestran que los gérmenes gram negativos tienden a mantenerse, mientras que los gram positivos han aumentado de forma significativa, destacando la elevada prevalencia de virus con un nivel similar a las bacterias gram negativas. En las infecciones comunitarias los gram negativos y los gram positivos tienen una frecuencia menor que en las nosocomiales, siendo en cambio la de los hongos, virus y 'otras bacterias', superior.

Durante el período considerado (1990-1997), ha habido una muy leve aunque significativa disminución del porcentaje de gram negativos en las infecciones nosocomiales, mientras que ha aumentado también de forma significativa el de gram positivos. Los gram negativos han representado cada año aproximadamente el 50% de los resultados etiológicos positivos, y los gram positivos cerca de un 40%.

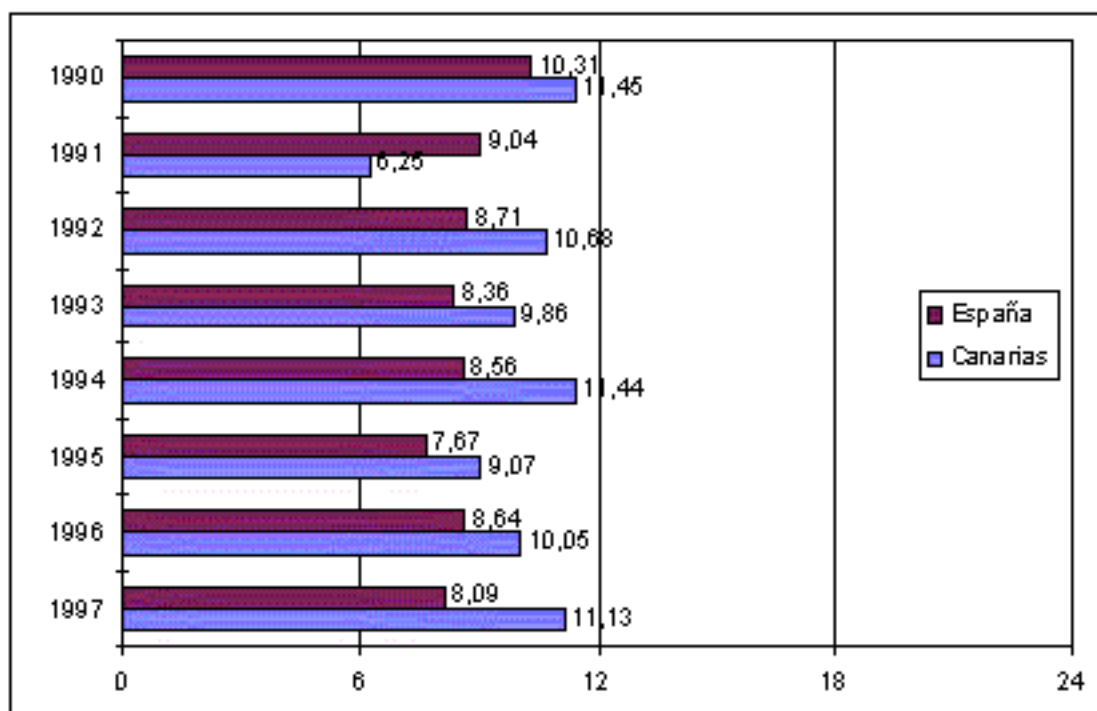
En cuanto a la etiología microbiana, los gérmenes más frecuentes en las infecciones nosocomiales son el *Escherichia coli*, que se ha mantenido durante todo el período en primera posición con discretas oscilaciones y un porcentaje anual cercano al 16%, seguido de forma estable por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. El porcentaje de este último ha experimentado una moderada disminución.

En el caso de infecciones comunitarias, *E. coli* ha sido el patógeno principal en dos estudios, el de 1990 (con el 14,1% de los aislamientos) y el de 1997 (13,8%). Sin embargo, en el intervalo 1991-1996 el primer lugar de la clasificación ha sido para el VIH-1, con un máximo del 16,6% en 1992 y un mínimo en 1997 con el 9,9%. El tercer microorganismo más frecuente durante el período 1990-1995 ha sido *Mycobacterium tuberculosis*, descendiendo en 1996 y 1997. Ha existido un importante aumento de la Hepatitis C, siendo la tasa en 1997 de 5,63 por 1.000 hospitalizados, mientras que en 1991 fue de 0,9.

Infecciones en personas mayores

Tomando como base la prevalencia de enfermos de más 64 años con infecciones nosocomiales de España, se encontró una prevalencia superior en Canarias en todos los años, siendo inferior a la estatal (8,71%) la del año 1991 (6,25%) (Gráfico 7.E17).

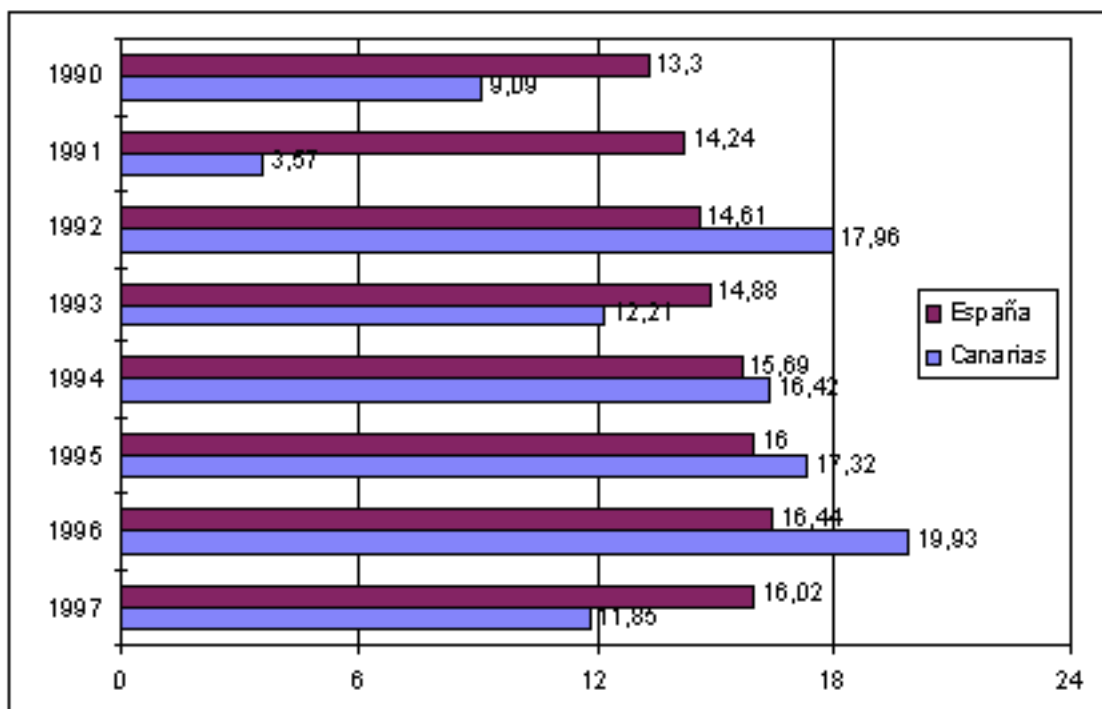
Gráfico 7.E17. Prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales de más de 64 años (%). Canarias y España, 1990 a 1997



Fuente: - Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene: Proyecto EPINE 1990-1997.

La prevalencia de enfermos con infecciones comunitarias fue inferior a la media del país en los años 1990, 1991, 1993 y 1997, con escasa diferencia en 1994, siendo en el resto de los años los valores superiores a los nacionales (Gráfico 8.E17).

Gráfico 8.El7. Prevalencia de pacientes con infecciones comunitarias de más de 64 años (%). Canarias y España, 1990 a 1997



Fuente: -Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene:
Proyecto EPINE 1990-1997.

Por áreas de asistencia, la prevalencia de infecciones nosocomiales en mayores de 64 años, para el período 1995-1997 ha aumentado para Otros Servicios y Medicina Intensiva, mientras que para las infecciones comunitarias la prevalencia continúa siendo elevada en el área de Medicina, mostrando una prevalencia elevada en el año 1996 en Pediatría.

La localización de la infección en ese período, para la infección nosocomial fue en el tracto urinario, siendo la localización respiratoria la de mayor prevalencia de la infección comunitaria.

Los resultados del análisis de infecciones comunitarias muestran como los gérmenes gram negativos han disminuido, mientras que los virus y hongos han ido en aumento.

En cuanto a la etiología E. coli y Pseudomonas son los más frecuentes destacando en la infección comunitaria del año 1997 el virus de la Hepatitis C.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

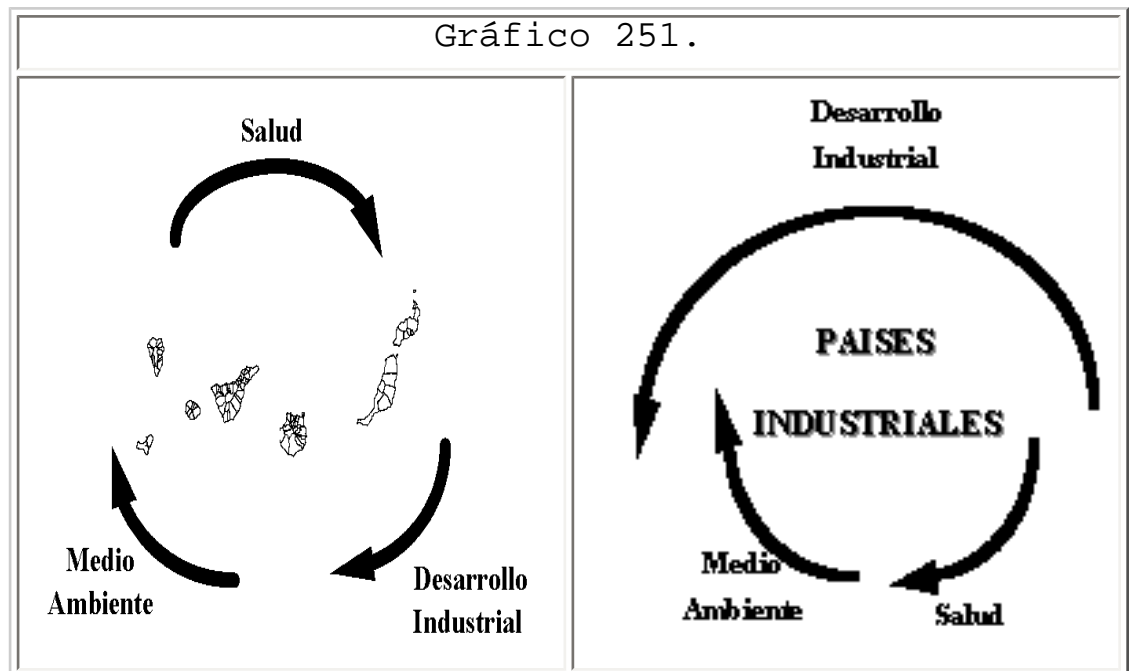


Servicios de salud: sanidad ambiental

El medio ambiente es un elemento de producción de calidad de vida, y su preservación contribuye a aumentar el patrimonio económico y de salud. Si bien existe un nivel de responsabilidad individual en la conservación del entorno, el control general del problema afecta fundamentalmente al nivel de responsabilidad institucional.

Si bien en los países industriales la conservación del medio ambiente se enfrenta con la obtención de riqueza, en Canarias la conservación del medio-ambiente ha de actuar como un instrumento de aumento de riqueza, a través de la captación turística y de la conservación del empleo.

Actualmente existe un gran interés por la calidad ambiental y su influencia sobre la salud humana. La consecución de un medio ambiente saludable hace necesaria la participación activa de individuos y colectividades, y precisa de la colaboración y coordinación intersectorial. Se ha de trabajar en la mejora del sistema de vigilancia de



las variables medioambientales con el fin de reducir los riesgos relacionados con la contaminación del aire, de las aguas, del suelo y de los alimentos. Los componentes biológicos, físicos y químicos del medio ambiente constituyen factores determinantes del estado de salud, actuando de forma compleja e interrelacionada sobre la salud de las personas. En materia de medio ambiente apenas se puede avanzar desde posiciones puramente sanitarias. Se trata realmente de un objetivo para todos, donde la coordinación entre la administración sanitaria y otras administraciones a nivel estatal, autonómico y local es esencial. No obstante, las instituciones sanitarias tienen también un papel relevante.

La escasa atención prestada en la planificación y protección del entorno en la Comunidad Autónoma Canaria ha provocado un importante deterioro medioambiental de las islas, que ya ha comenzado a perjudicar y mermar de forma importante recursos básicos como suelo y agua, así como a deteriorar la calidad del aire fundamentalmente en los núcleos urbanos.

Numerosos estudios han demostrado que el aumento de la contaminación atmosférica provoca siempre un excedente de mortalidad cuya importancia está en función de la magnitud y amplitud del fenómeno. Las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y por los alimentos siguen siendo causa importante de morbilidad. Las consecuencias del ruido para la salud van más allá de las

asociadas a la pérdida de audición en grupos expuestos a niveles altos de ruido, relacionándose estrechamente con el estrés y perturbaciones psicosomáticas.

La necesidad de los esfuerzos multisectoriales para sensibilizar a las colectividades y hacer partícipes a aquellos más directamente implicados en las cuestiones ambientales que tengan vinculaciones para la salud humana, precisa de instrumentos de coordinación y toma de decisiones. La Conferencia Europea sobre Medio Ambiente y Salud reconoció la magnitud del problema de salud creado por determinadas condiciones del medio ambiente y recomendó los procesos de diagnóstico que deberían permitir la puesta en marcha de acciones comunes en esta materia. Las actuaciones encaminadas a obtener un entorno medioambiental más saludable no se pueden desligar de la estrategia general de conservación del medio ambiente, y los objetivos y la manera de actuar para alcanzarlos son comunes y deben ser planteados, como ha sido repetido anteriormente, desde una perspectiva intersectorial.

Dentro de sanidad ambiental hay que destacar los siguientes aspectos:

- [Contaminación atmosférica.](#)
- [Aguas de consumo.](#)
- [Aguas residuales.](#)
- [Aguas recreativas y costeras.](#)
- [Residuos sólidos urbanos, industriales, tóxicos y peligrosos.](#)

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: sanidad ambiental: aguas de consumo

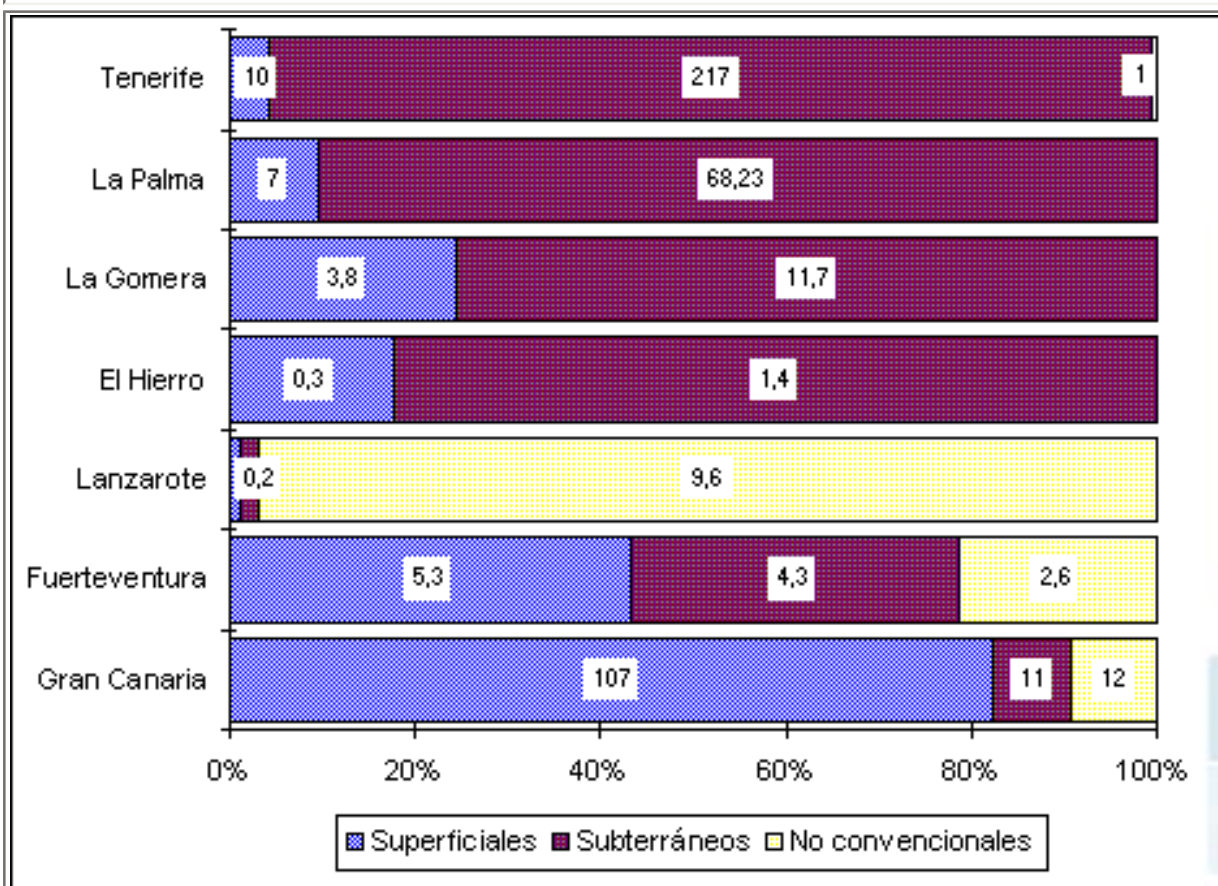
La importancia del agua como elemento esencial para la salud y la vida es indiscutible. Las conducciones de agua en Canarias han surgido por obra de la iniciativa de particulares, y si bien se han desarrollado de forma descoordinada y sin plan alguno que los rigiera, han venido a cumplir una misión encomiable. Con la excepción de las dos islas más orientales, el suministro de agua en el Archipiélago se basa fundamentalmente en los recursos subterráneos, es decir, en la explotación de los acuíferos. El aporte de las aguas subterráneas representa más de un 80% del total de recursos hídricos aprovechados. Lanzarote depende mayoritariamente de los recursos no convencionales, que representan el 97% del total. Los pozos y galerías que aprovechan sus limitados recursos subterráneos son de bajo rendimiento y, con frecuencia el agua extraída tiene elevados índices de salinidad.

La mayor parte del agua de Fuerteventura se está extrayendo actualmente del acuífero, pero se reconoce una tendencia hacia los recursos no convencionales como alternativa a los pozos y sondeos de escaso caudal que cubren, fundamentalmente, la demanda agrícola. La producción no convencional representa un 35% del total de recursos aprovechados. En Gran Canaria la

situación está caracterizada por la sobreexplotación del acuífero, lo que unido a la dificultad del incremento en la cantidad de agua recogida de la lluvia, obliga a la potenciación de los procedimientos no convencionales de obtención de agua de abasto. En Tenerife donde la obtención de aguas por métodos no convencionales es nula, se considera que el 50% de los recursos hídricos subterráneos aprovechados tenían la consideración de reservas (Plan Hidrológico de Tenerife, 1991). La Gomera, La Palma y El Hierro, dada la densidad de población actual y prevista y sus recursos naturales, no presentan problemas importantes en cuanto a la disponibilidad de recursos hídricos.

El agua de origen subterráneo en Canarias puede contaminarse de forma natural debido a infiltraciones

Gráfico 256. Recursos hidráulicos en Canarias (porcentajes y hm³/año por islas) - 1991.



Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

de algunas sustancias en el terreno, que son arrastradas por las aguas de precipitaciones a su paso por las capas vegetales y formaciones rocosas, o bien por elementos químicos que les suministra el vulcanismo latente en el Archipiélago. Así nos encontramos con aguas fuertemente bicarbonatadas, cloruradas o fluoradas en algunas zonas. No obstante en general la mayor parte de las aguas conservan cualidades excelentes o aceptables, cuando no han sufrido procesos de contaminación humana.

Desde el punto de vista de la calidad fisicoquímica, en las islas occidentales, donde las aguas tienen prácticamente como único origen el subterráneo, las características de los suelos y rocas con las que éstas entran en contacto, determinan la composición de las mismas. En este sentido, las características volcánicas de las áreas de las que dependen los recursos hídricos mayores, principalmente galerías, hacen que estas aguas presenten contenidos variables de determinados elementos químicos de forma natural, como el flúor. De hecho, este anión ha constituido uno de los problemas epidemiológicos más graves en estas islas, concretamente en Tenerife, debido a su relación con la prevalencia e incidencia de fluorosis dental en la zona norte de la isla. Asimismo se han detectado niveles de concentración variables y con tendencia ascendente en otros elementos como el magnesio, los nitratos y los cloruros, en este último caso indicadores de la intrusión marina y la sobreexplotación al que es sometido el otro gran bloque de fuentes de agua: los pozos.

En las islas orientales, en las que la escasez de agua es más marcada, se ha recurrido mayoritariamente a la implantación de plantas de tratamiento de potabilización del agua del mar, con objeto de cubrir con estas aguas, la demanda de la población. Estos procedimientos homogeneizan las características fisicoquímicas y organolépticas de las aguas obtenidas, garantizando el estándar de calidad, presentando, de forma general, concentraciones bajas de cualquier elemento químico.

Canarias cuenta con una red de vigilancia de la calidad sanitaria de las aguas de consumo que se encargan de determinar el grado de desinfección y potabilidad de las mismas.

Por otro lado, el porcentaje de viviendas principales sin agua corriente en España en 1991 era de 1,3% siendo para la Comunidad Autónoma de Canarias de 2,3%. Si bien el 97,7% de la población canaria dispone de

agua corriente en su vivienda principal, se hace necesario optimizar tanto la infraestructura de abastecimiento como los sistemas de vigilancia y control, dada la existencia de numerosas irregularidades. En concreto y como más importantes podemos señalar las siguientes:

- Los principales sistemas de transporte de aguas presentan en la actualidad tramos abiertos, susceptibles de cualquier tipo de contaminación (química y bacteriológica), con el consiguiente peligro potencial para la salud de la población.

Tabla LXVIII. Recursos y consumos de agua - Canarias 1991.

Islas	Recursos (hm ³ /año)				Consumos (hm ³ /año)				
	Subterr	Superf.	Otros	Total	Urbano	Turíst.	Industr.	Agrari o	Total
Gran Canaria	107,0	11,0	12,0	130,0	38,0	15,0	2,0	75,0	130,0
Fuerteventura	2,5	1,2	2,5	6,2	1,6	1,1		3,5	6,2
Lanzarote	0,4	0,2	4,4	5,0	3,4	1,5	0,1		5,0
Tenerife	213,0	1,0	10,0	224,0	60,0	17,0	5,0	114,0	196,0
La Palma	65,9	4,5		70,4	3,6			32,6	66,2
La Gomera	8,5	3,0		11,5	1,1			10,4	11,5
El Hierro	1,5			1,5	0,2			1,3	1,5
Canarias	398,8	20,9	28,9	448,6	107,9	34,6	7,1	266,8	416,4

Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

- Muchas de las instalaciones de los sistemas de abastecimiento de aguas presentan importantes carencias, no cumpliendo con las directrices higiénico sanitarias fijadas en la Reglamentación Técnico Sanitaria para el abastecimiento y control del agua potable de consumo público.
- La gran dispersión de los distintos núcleos poblacionales y el asentamiento masivo en las zonas costeras, en ocasiones carentes del reconocimiento administrativo, supone la existencia de numerosos sistemas de abastecimiento, muchos de carácter privado, sobre los que no se efectúa un control sanitario periódico. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife se estima en un 10% la población que se encuentra suministrada por este tipo de abastecimiento.
- Existe una gran atomización de depósitos reguladores, muchos de ellos en lugares de difícil acceso, lo que dificulta en gran medida el adecuado tratamiento de desinfección de las aguas contenidas en los mismos, que en el mejor de los casos, se efectúa de forma manual y sin la necesaria periodicidad. De la totalidad del agua suministrada a través del abastecimiento municipal, se considera que aproximadamente, tres cuartas partes se encuentran sometidas a algún procedimiento de desinfección, aunque sólo un 50% de los suministros pueden considerarse que reúnen totales garantías sanitarias.
- La gran sobreexplotación de los recursos hídricos, ha provocado el deterioro paulatino de la calidad de las aguas suministradas. Así, además de los elementos asociados, de forma habitual, con las fuentes de agua tradicionales, como el flúor con determinadas galerías y los cloruros con los pozos, se han registrado aumentos en los últimos cinco años, de los niveles de concentración de magnesio, sulfatos y sodio, elementos que se habían caracterizado por presentar concentraciones bajas en nuestras aguas.
- El uso incontrolado de compuestos nitrogenados y la utilización masiva de los abonos en agricultura, han dado lugar al aumento de los niveles de nitratos.
- Relacionados también con la explotación agrícola se encuentran los plaguicidas, de los que no existe constancia de que supongan un riesgo importante, pero que deben ser sometidos a especial vigilancia y control.
- La existencia de vertidos incontrolados de aguas fecales urbanas y la ausencia de redes de saneamiento, ocasionan contaminaciones microbiológicas en determinados sistemas de abastecimiento. Esta contaminación afecta principalmente a los sistemas de abastecimiento de las islas de La Palma y La Gomera, en las que sólo un 50% y 33% de las muestras analizadas cumplen con los requisitos microbiológicos. Estos porcentajes alcanzan el 89% para Tenerife y el 97% para El Hierro.
- La existencia de numerosas fuentes públicas y manantiales no controlados usados como fuentes de agua para el consumo de la población.
- La existencia de establecimientos públicos que, en ocasiones afectan a una población importante, y que poseen sistemas de abastecimiento propios no sometidos a vigilancia y control sanitario.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: sanidad ambiental: aguas residuales

Una parte significativa de las aguas residuales generales en la Comunidad Autónoma, son vertidas sin tratar. Aún cuando la mayoría de los Municipios disponen de redes de alcantarillado, no se está llevando a cabo un tratamiento adecuado de los efluentes, vertiéndose los mismos sin ningún tipo de tratamiento, o con un tratamiento primario, (desbaste, desarenado y desengrasado), al subsuelo (a través de pozos negros o fosas sépticas) o al mar.

Debe de hacerse constar que el vertido al mar a través de emisarios submarinos correctamente diseñados no supone un problema de contaminación, sino un problema de despilfarro de recursos esenciales para el equilibrio hidráulico insular.

En los trabajos realizados para la elaboración de los Planes Hidrológicos Insulares, se ha comprobado cómo muchas de las estaciones depuradoras de las islas, cuando existen, funcionan deficientemente o bien están paradas. La gestión de las estaciones depuradoras de aguas residuales dependen de los Municipios, con frecuencia faltos de medios económicos para explotarla al no querer repercutir el alto costo de depuración (en las depuradoras de tamaño pequeño-mediano puede oscilar entre 60-30 pts/m³) en los ciudadanos.

Otro aspecto del problema es la carencia de infraestructura necesaria para la reutilización de las aguas depuradas, aunque ya se encuentran en funcionamiento el trasvase de aguas procedentes de la EDAR de S/C de Tenerife hasta el sur de la isla (10.000 m³/día en una primera fase), así como el riego de parques y jardines de dicha ciudad (1.500 m³/día). Igualmente se está reutilizando el agua residual en el sur de Gran Canaria (8.000 m³/día). A corto-medio plazo estarán terminadas las infraestructuras precisas para reutilizar una parte importante de los caudales producidos en las depuradoras del archipiélago (35 H m³/año). La situación en las diferentes islas, basado en los datos facilitados por la Dirección General de Aguas, es la siguiente:

- Lanzarote cuenta con cuatro estaciones depuradoras (Haría, Arrecife, Tías y Playa Blanca), que cubren aproximadamente el 85% de la población de derecho y la práctica totalidad de la zona turística (apoyadas por alguna depuradora privada). A corto-medio plazo se ampliarán las EDARS de Haría y Playa Blanca y se hará una nueva en Arrecife.
- En Fuerteventura, existen otras cuatro depuradoras que cubren básicamente a los núcleos más importantes. El resto de las zonas costeras disponen de emisarios submarinos. La disposición de la población hace difícil conseguir el saneamiento de la totalidad de la misma.
- En la isla de Gran Canaria existen 22 EDARS, y se cuenta con una buena infraestructura de saneamiento. El problema más urgente en resolver es ultimar las redes de reutilización de agua depurada para evitar su pérdida.
- En La Palma hay cuatro EDARS (S/C de La Palma, Tazacorte, Los Llanos, San Andrés y Sauces), con las redes de saneamiento correspondientes. A parte de esto existen redes de saneamiento en Fuencaliente y Breña Baja.
- En La Gomera están finalizadas o en vías de finalización cinco depuradoras (Valle Gran Rey, Vallehermoso, Hermigua, San Sebastián y Playa Santiago) que tienen incorporada la infraestructura primaria de reutilización, siendo la isla en donde el problema está más resuelto

(sólo pequeños núcleos del interior de la isla no disponen de red de alcantarillado y Agulo debe conectarse a la EDAR de Hermigua).

- En el Hierro se está construyendo la red de saneamiento del Golfo, con vistas a reutilizar sus aguas. Valverde cuenta con red de alcantarillado y depuradora, pero no está puesta en marcha.
- En Tenerife se encuentran terminados o a punto de terminarse, las EDARS de S/C de Tenerife, Punta del Hidalgo, Valle Guerra, Los Silos, Buenavista, Guía de Isora y Güímar y en construcción la de Adeje-Arona y Puerto de la Cruz. Existen otras depuradoras, de pequeño tamaño que no se han puesto en servicio y que están técnicamente obsoletas, por lo que no deben tenerse en cuenta. El problema mas acuciante de la isla es la situación del Valle de La Orotava, que necesita una cuantiosa inversión en infraestructura, aunque tiene cobertura presupuestaria a partir de 1996.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

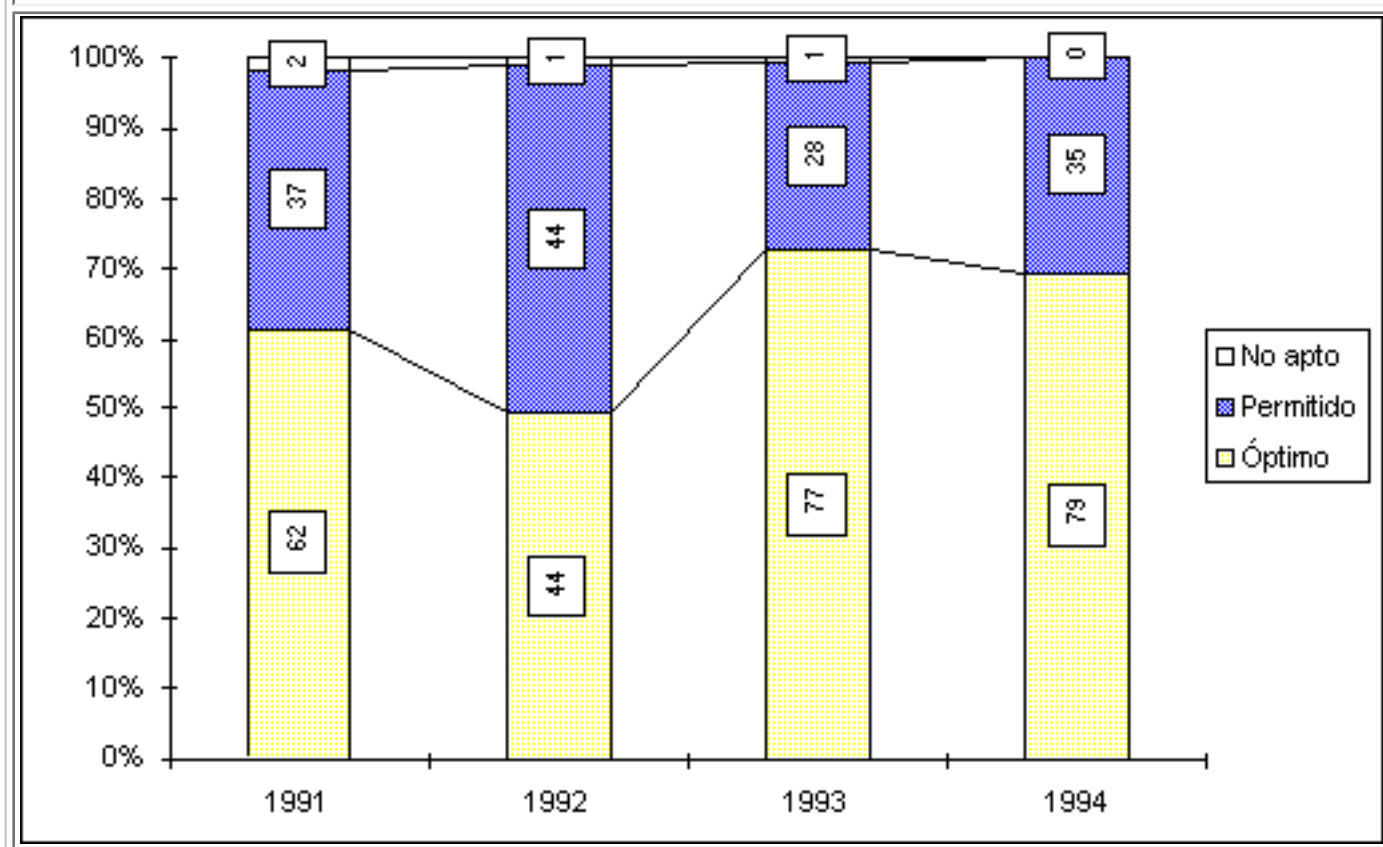
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Gráfico 257. Evolución en porcentajes y números absolutos del estado higiénico-sanitario de las playas en Canarias, 1991 a 1994.



La situación del archipiélago, abierto y sometido a corrientes, ayuda en general a alejar la contaminación de la costa. No obstante, existen problemas locales de contaminación del litoral. La contaminación de las aguas marinas se produce, fundamentalmente por vertidos de aguas residuales urbanas no depuradas, por pérdidas durante las operaciones de carga y descarga de combustibles y por los vertidos generados en la limpieza de las cisternas de los buques.

La Comunidad Canaria por su climatología, con una temperatura media de 20°C, motiva que sus playas sean utilizadas los 365 días del año. Dado que el turismo significa una fuente de ingresos importante para el archipiélago, se hace preciso que las playas canarias tengan las mejores condiciones para su uso. Las playas del Archipiélago son controladas regularmente por los servicios de Sanidad Ambiental.

En el año 1994 se controlaron 114 playas de Canarias, de las cuales 79 obtuvieron la calificación sanitaria "2", (el 69,3%), esta

Tabla LXIX. Distribución de las playas canarias según su clasificación sanitaria. Canarias 1991 a 1994.

puntuación les permite optar al galardón Bandera Azul de Europa, el cual lo obtuvieron 15 de estas playas. 35 playas obtuvieron la clasificación sanitaria "1", (el 30,7%). Por lo que el 100% de las playas canarias fueron consideradas

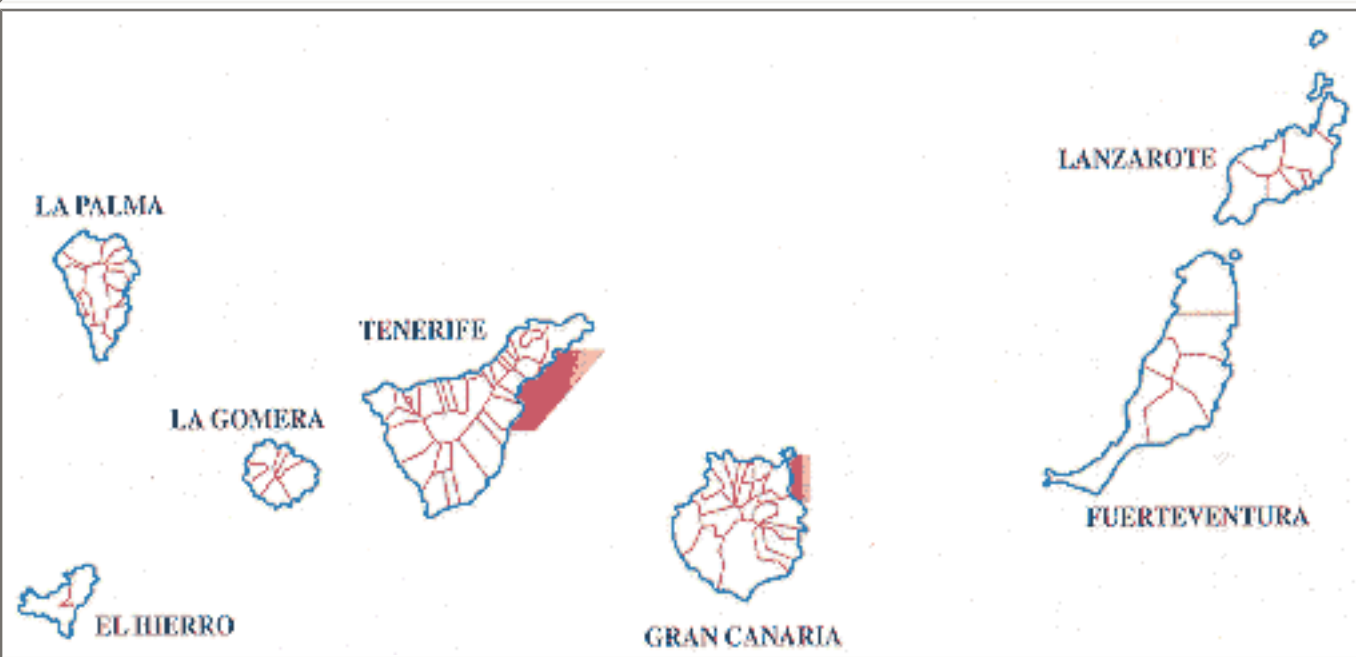
	1991			1992			1993			1994		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Gran Canaria	1,0	4,0	20,8	0,0	3,4	18,0	0,0	10,4	17,9	0,0	1,8	27,2
Tenerife	0,0	15,8	11,9	0,0	27,0	5,6	0,0	5,7	19,8	0,0	13,2	9,6
Lanzarote	1,0	12,9	8,9	1,1	15,7	2,2	0,9	7,5	16,0	0,0	13,2	11,4
Fuerteventura	0,0	3,0	9,9	0,0	2,2	12,4	0,0	1,9	11,3	0,0	1,8	12,3
Palma	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	1,8
Gomera	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	2,6
Hierro	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	2,6
Canarias	2,0	36,6	61,4	1,1	49,4	49,4	0,9	26,4	72,6	0,0	30,7	69,3

Definición de zonas: 0, baño no apto; 1, baño permitido; 2, zona de baño óptima.

adecuadas para el baño durante 1994. La bandera azul es un distintivo concedido por el Consejo de Europa, que distingue aquellas playas que alcanzan los niveles de calidad ambiental de la directiva 76/160/CEE, y buscan el equilibrio entre el uso del recurso natural y el respeto del entorno.

El control óptimo de este

Gráfico 258. Zonas de contaminación de las aguas de baño en Canarias. 1991. Grado de contaminación media con valores entre 20-100 col./ml. ó 0.2-0.4 mg/g.



Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

preciado recurso que mantiene la economía canaria sólo es posible a través de la coordinación entre las administraciones, la estrecha cooperación entre los sectores públicos y privado, así como mediante iniciativas conjuntas interempresariales dirigidas a promover un desarrollo turístico en armonía con el entorno.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

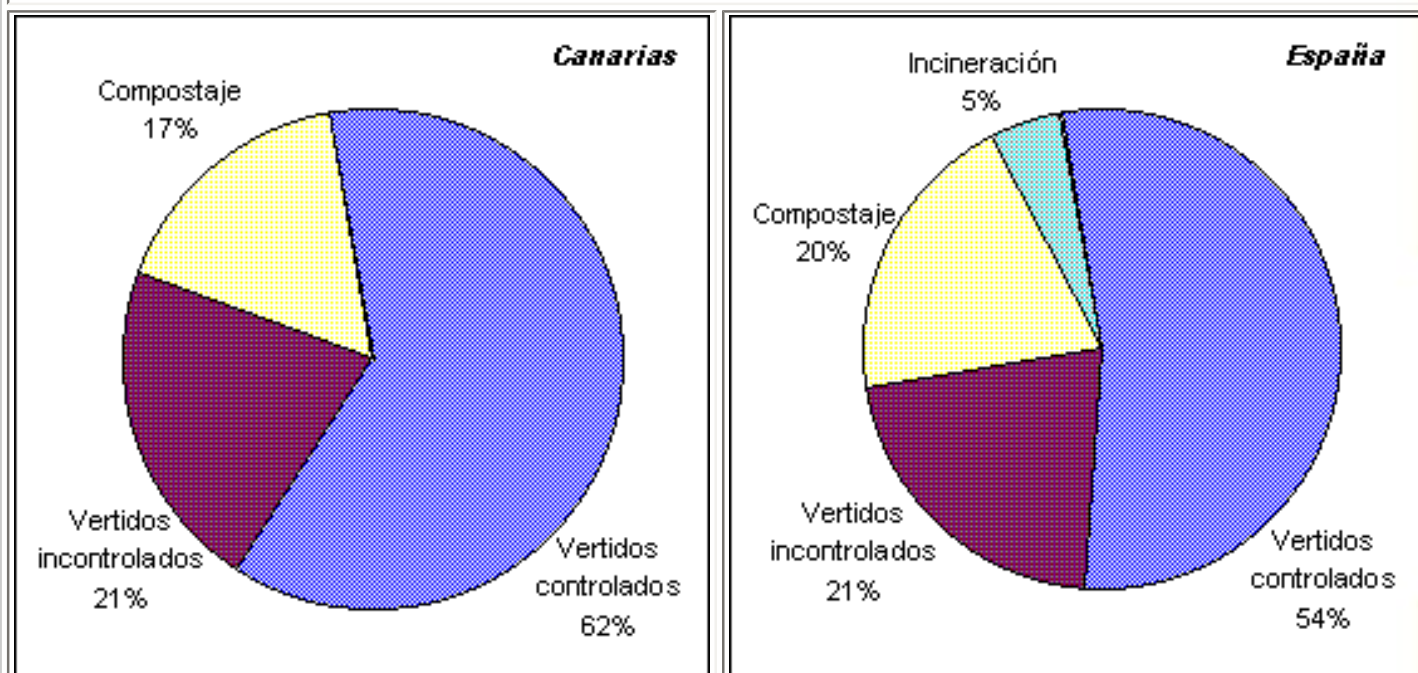
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife

Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: sanidad ambiental: residuos sólidos urbanos, industriales, tóxicos y peligrosos

Gráfico 259. Sistema de tratamiento de residuos sólidos urbanos. España y Canarias 1991.



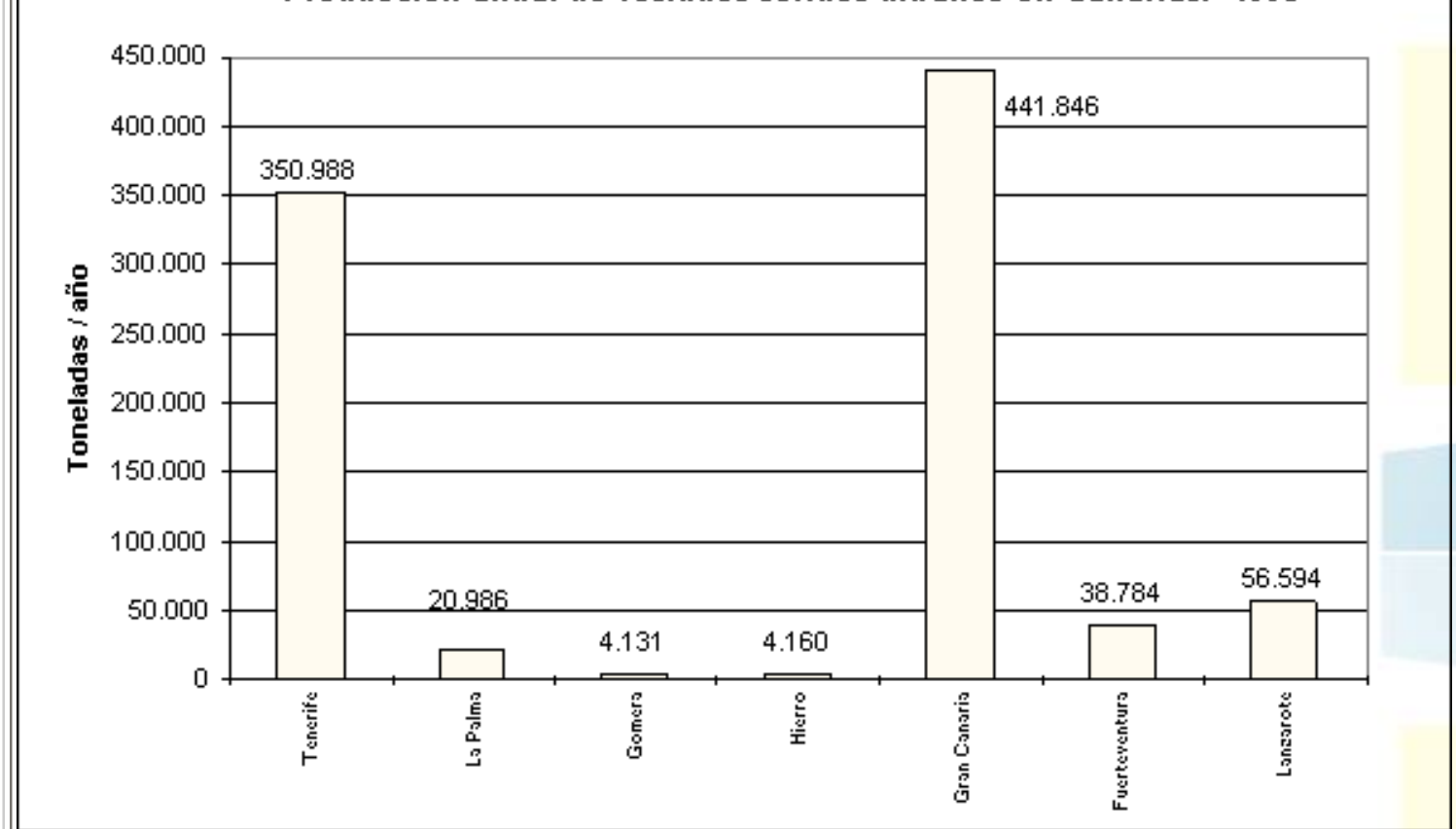
Fuente: Plan de Acción Medioambiental de Canarias.

Los residuos sólidos urbanos (RSU) constituyen un grave problema en Canarias debido al carácter insular del territorio. Los grandes volúmenes de residuos procedentes del transporte de productos a las islas, el carácter turístico de las mismas y los problemas de eliminación provocados por la falta de suelo para la ubicación de vertederos controlados o para la implantación de plantas incineradoras, constituyen los condicionantes más importantes de este problema.

La inadecuada eliminación de los residuos sólidos provoca la contaminación del suelo y afecta a la salud al convertirse en una importante fuente de contaminación de aguas superficiales y subterráneas. Así mismo la existencia de vertederos incontrolados o con cobertura defectuosa contribuye a la proliferación de insectos y roedores que actúan como vectores de enfermedades, a la propagación de malos olores, a aumentar el peligro de incendios y a perjudicar el aspecto estético del entorno. Datos oficiales correspondientes a 1991, indican una disminución de los vertidos incontrolados del 50% respecto al año anterior, aproximándose al valor medio de vertidos no controlados, a la media nacional (20%).

Gráfico 260. Producción anual de residuos sólidos urbanos en Canarias, 1993.

Producción anual de residuos sólidos urbanos en Canarias. 1993

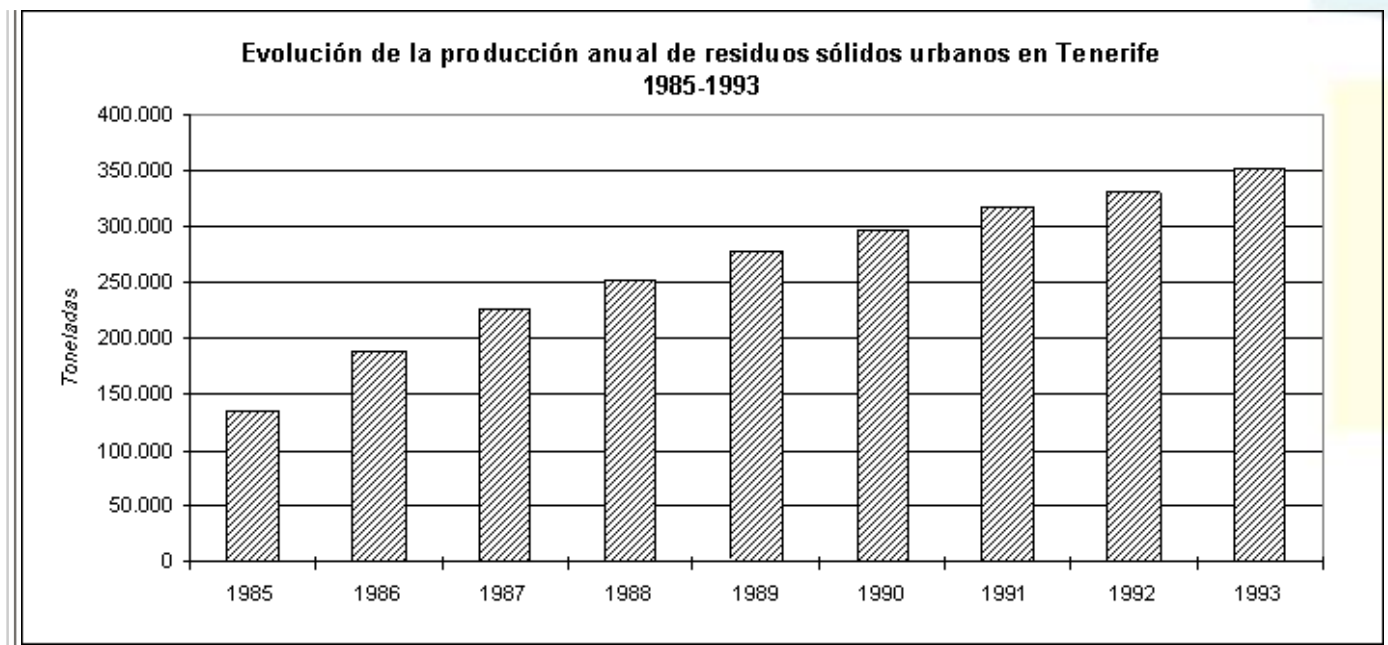


La producción de RSU de Canarias fue de 565.112 tm en 1992, lo que representa una media de 1.063gr/hab/día, frente a los 869 gr/hab/día de media nacional. No obstante, hay que indicar que este valor se obtiene considerando conjuntamente a la población de derecho y al turismo; siendo la producción de residuos de los turistas más elevada que la de la población local. Por otra parte, el carácter insular del territorio canario origina una mayor producción de residuos, al existir una mayor utilización de embalajes y envases desechables. Esto, además, encarece la recogida y tratamiento de los residuos en comparación con el territorio peninsular.

Por esta razón es necesario una gestión integral de todo el proceso que contemple el transporte, tratamiento eliminación, posible reciclaje y reutilización, así como la comercialización.

El problema presenta tres aspectos:

Gráfico 261. Evolución de la producción anual de residuos sólidos urbanos en Tenerife, 1985 a 1993.

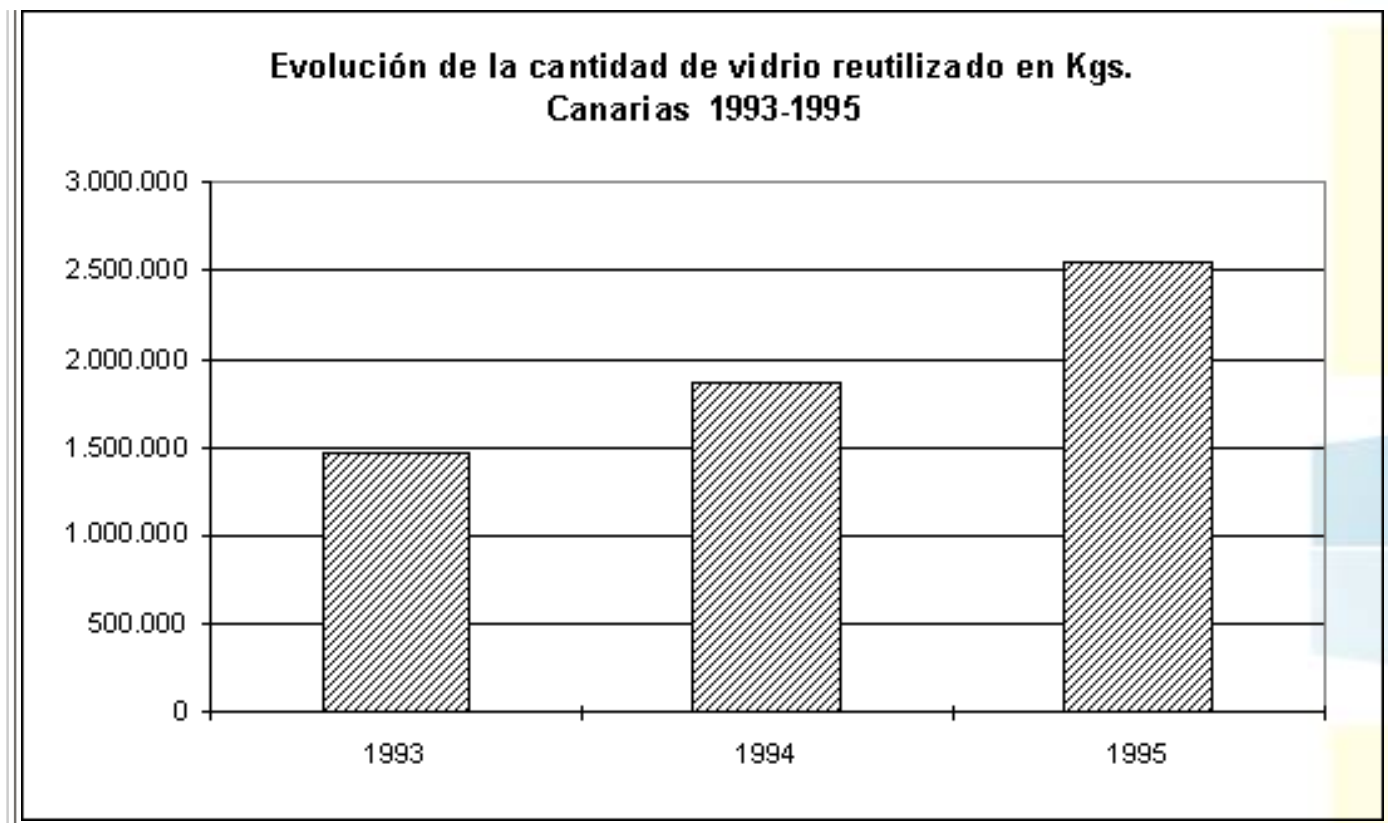


1.

Residuos sólidos urbanos: Los planes insulares de residuos sólidos urbanos han supuesto una atenuación de la proliferación de vertederos incontrolados en muchos lugares de las islas, si bien estos siguen representando un grave problema. En torno al 40% de los residuos sólidos urbanos producidos, son vertidos de forma incontrolada, provocando esta situación los problemas higiénicos y medioambientales antes referidos. Además la situación se ve agravada por una serie de aspectos que es necesario tener en cuenta:

- Los planes insulares de residuos sólidos (PIRS) se limitan prácticamente a determinar los volúmenes de residuos a tratar y establecer la ubicación y características del lugar que los acoja mejorando el reciclaje, sin ocuparse de la recuperación, ni del tratamiento separativo de los residuos especiales.
- No ha existido implantación de los sistemas de recogida selectiva de residuos (papel, vidrio, plástico...) por lo que el reciclaje y reutilización de residuos urbanos es mínimo y muy alejado de los objetivos comunitarios.

Gráfico 262. Evolución de la cantidad de vidrio reutilizado en kgs. Canarias, 1983 a 1985.



2. Residuos sólidos industriales: Al tratarse de una región con escasa actividad industrial, la contaminación por este tipo de actividad de suelos y acuíferos es relativamente baja. No obstante existen problemas debidos a los residuos tóxicos y peligrosos que no son gestionados adecuada y completamente, si bien la principal causa de esta situación es el propio retraso de España en la aplicación de la normativa vigente, al carecer de la infraestructura de tratamiento necesaria para ello. Actualmente la Consejería de Política Territorial ha puesto en marcha un Plan Integral de Residuos de Canarias, que permitirá conocer de un lado el inventario de industrias productoras de residuos tóxicos y peligroso en esta región, la cuantificación y tipología de los residuos industriales que se producen y el programa de gestión de los mismos.
3. Residuos sanitarios: Un ultimo problema asociado a la gestión de los residuos sólidos, lo constituye la gestión de los residuos sanitarios, entendiendo como tales todos aquellos generados en cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrollan actividades de atención a la salud. En Canarias el tratamiento efectuado a los residuos sanitarios queda limitado, si excluimos los residuos asimilables a urbanos, a las actividades de incineración efectuadas en los hornos de incineración instalados en los interiores de los hospitales Virgen del Pino y Nuestra Señora de la Candelaria, que han quedado obsoletos al no disponer de sistemas que permitan tratar de forma adecuada las masas de residuos cada vez mas heterogéneas, desconociéndose además los niveles de gases emitidos a la atmósfera. Los residuos hospitalarios que en 1991 representaban unos 11.376 Kg/día de los que un 6% eran residuos de alta contaminación que requieren tratamiento crematorio.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

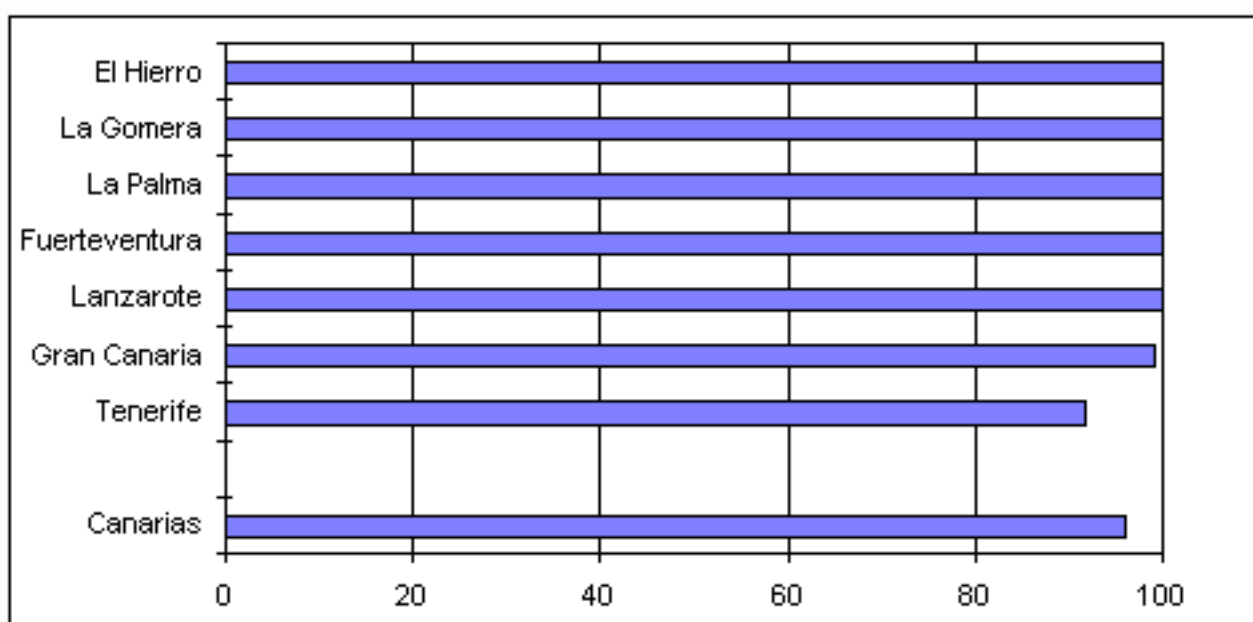
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: recursos sanitarios: atención primaria

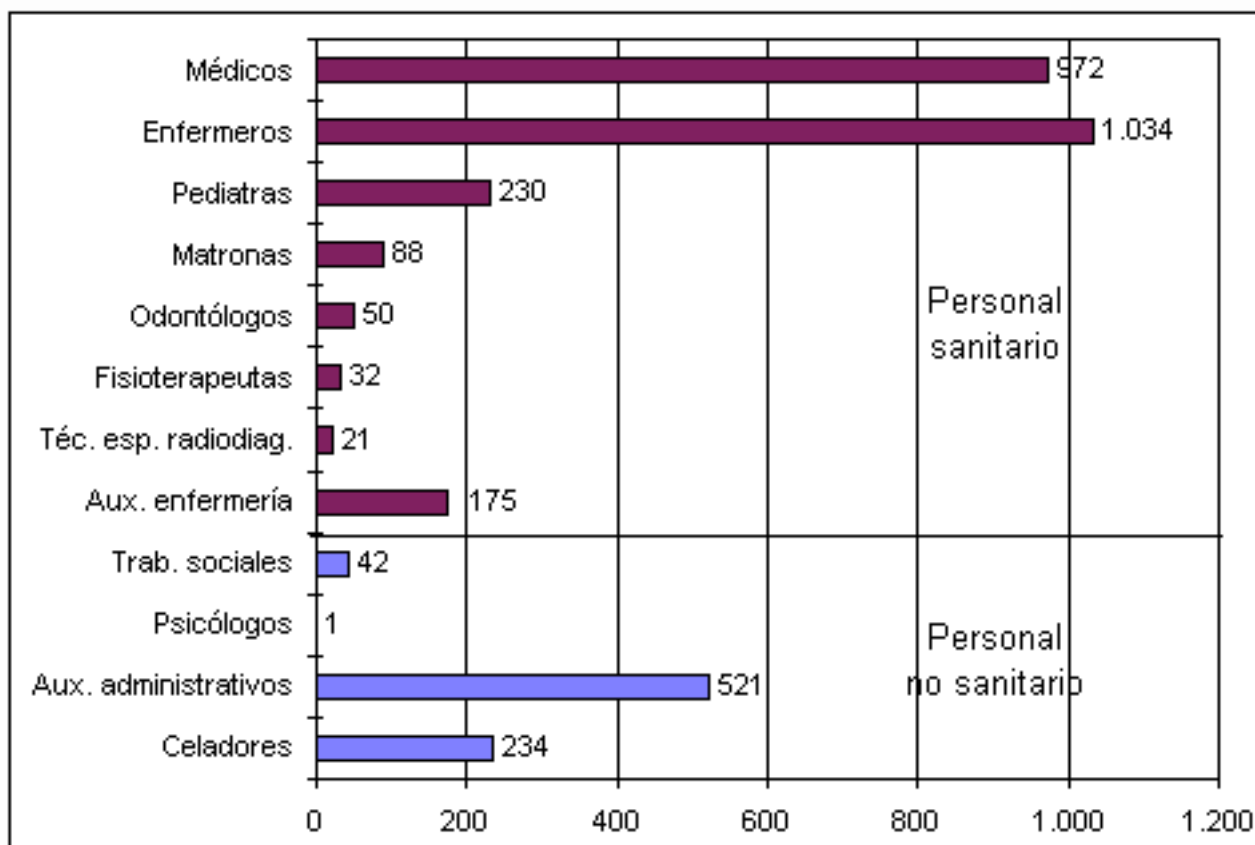
La Comunidad Autónoma de Canarias contaba, en el año 2000, con 101 Equipos de Atención Primaria (EAP) en funcionamiento, con los que se daba una cobertura al 96,1% de la población. Esta distribución variaba entre las Áreas de Salud, siendo del 100% en el caso de Lanzarote, Fuerteventura, El Hierro, La Palma y La Gomera, del 99,2% para Gran Canaria y del 91,8% para el Área de Salud de Tenerife. En las 4 Zonas Básicas de Salud de Canarias en las que aún no se han implantado los EAP, la asistencia sanitaria, en el primer nivel asistencial, está cubierta por el modelo tradicional o de cupo de dos horas y media de atención (Gráfico 1.H1).

Gráfico1.H1. Cobertura poblacional (%) por Equipos de Atención Primaria y Áreas de Salud. Canarias, 2000



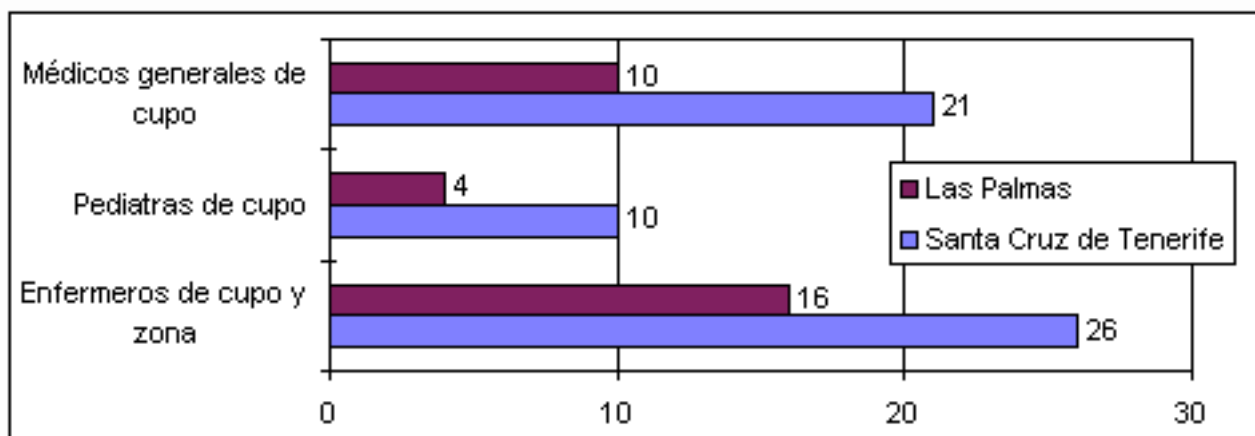
Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Gráfico 2.H1. Personal sanitario y no sanitario dependiente de Atención Primaria de Salud, por estamentos. Canarias, 2000



Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Gráfico 3.H1. Personal sanitario de modelo tradicional* en las Zonas Básicas de Salud no funcionantes, según provincias. Canarias, 2000

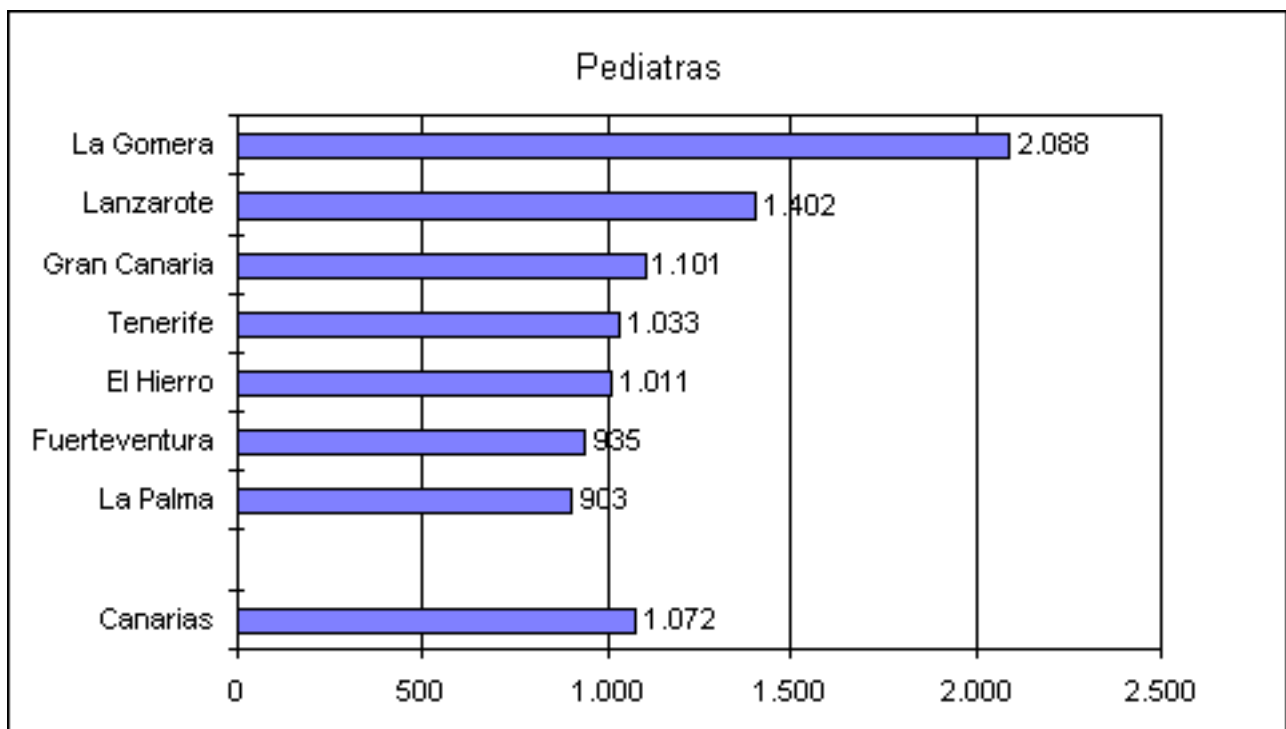
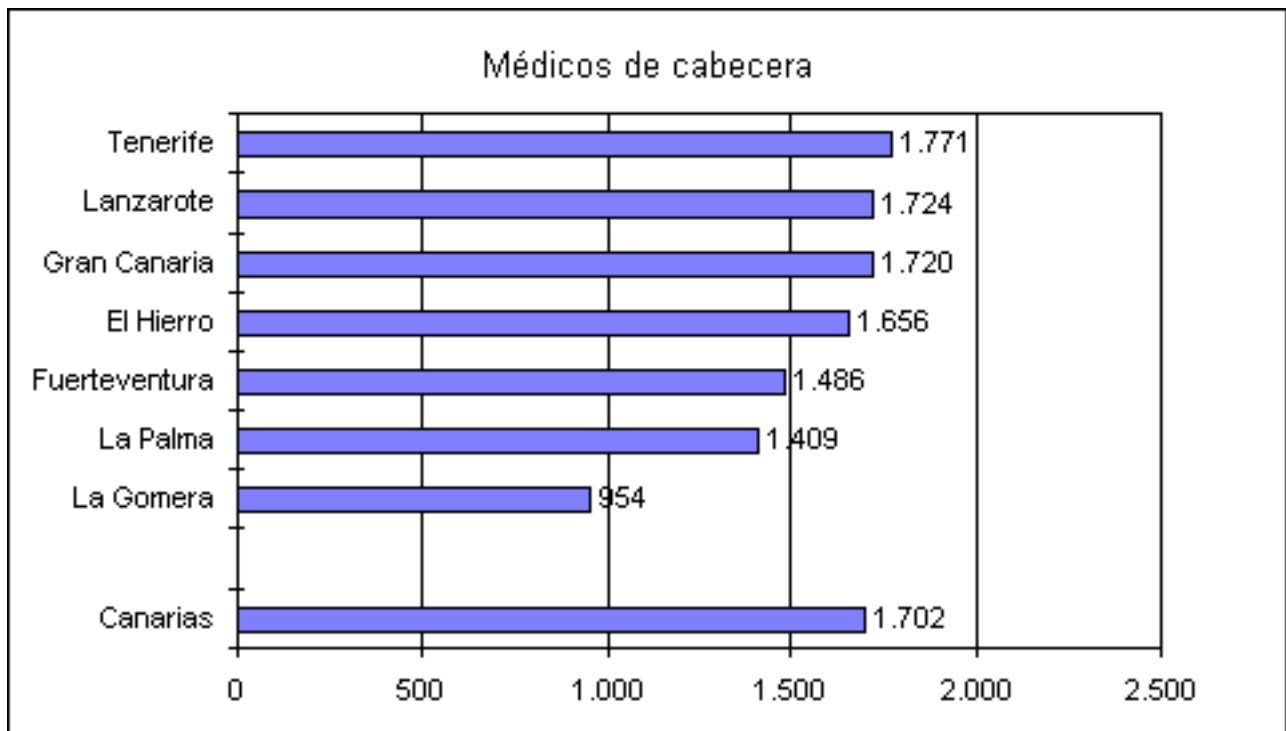


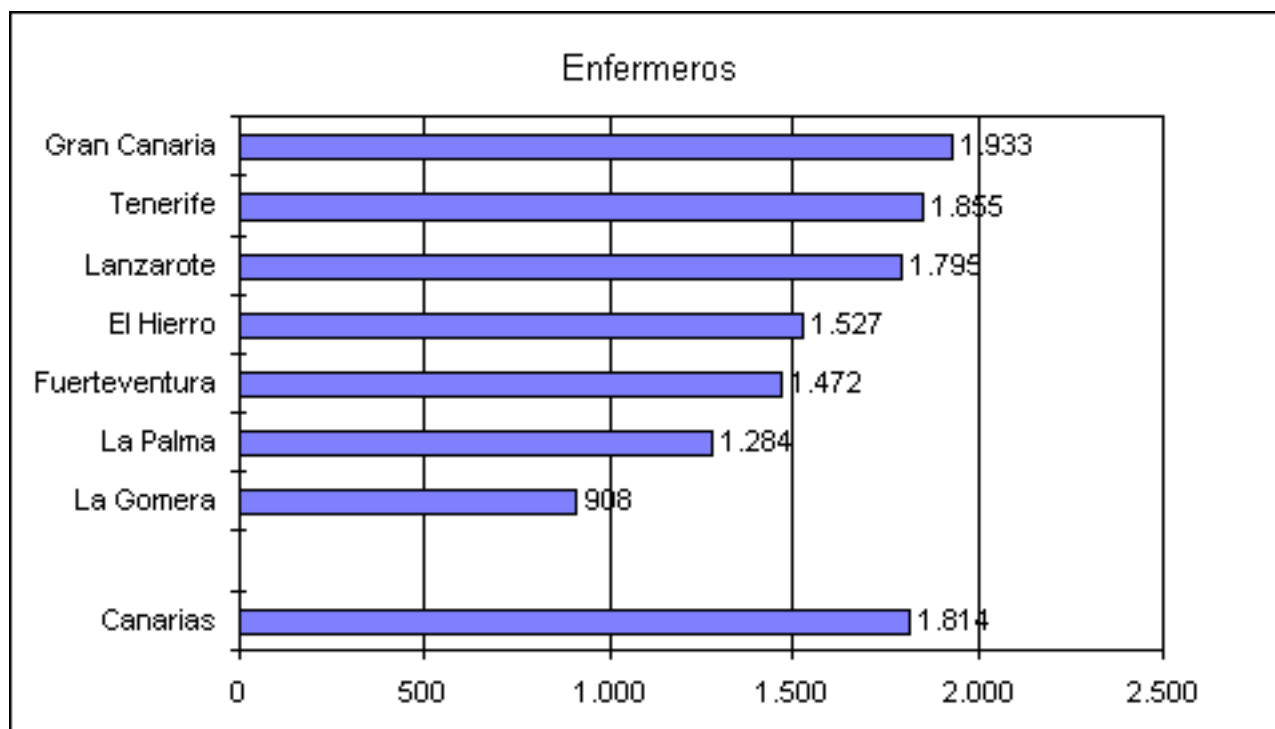
(*). No incluye el personal de cupo que todavía queda en algunas de las Zonas de Salud no funcionantes (aquellas Zonas en las que no se han abierto Centros de Salud).

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Gráfico 4.H1. Ratios de población adscrita por médico de cabecera, pediatra y enfermero en cada

Área de Salud. Canarias, 2000





Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

En la tabla I.H1 se recogen los ratios de personal en Equipos de Atención Primaria para toda Canarias. El ratio de fisioterapeutas es aproximado porque no atienden a toda la población adscrita, siendo atendida una parte de ella en centros privados concertados.

Tabla I.H1. Ratios globales de personal en Equipos de Atención Primaria. Canarias, 2000

Profesional	Canarias
Médicos (1)	1.766
Enfermeros (2)	3.185
Pediatras (3)	1.147
Odontólogos (2)	46.101
Fisioterapeutas (2)	51.863
Matronas (4)	6.231

(1) Población mayor 14 años; (2) Población total; (3) Población menor 14 años;
(4) Población femenina 15 a 49 años

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Otros recursos que configuran la estructura asistencial en el nivel de la Atención Primaria en la

Comunidad Autónoma son las Unidades de Apoyo: Unidades de Salud Mental (USM), Unidades de Fisioterapia (UF) y Unidades de Salud Bucodental (USBDB).

Salud bucodental

En relación a las Unidades de Salud Bucodental, éstas alcanzan en el año 2000 un total de 39 unidades repartidas de la siguiente forma: 18 en Gran Canaria, 13 en Tenerife, 2 en Lanzarote, La Palma y Fuerteventura y 1 en La Gomera y en El Hierro, constituidas por un total de 39 odontólogos, 10 enfermeros, 8 higienistas y 21 auxiliares de enfermería (Tabla II.H1).

Tabla II.H1. Distribución de los profesionales sanitarios de las Unidades de Salud Bucodental (USBDB) y población adscrita, según Áreas de Salud. Canarias, 2000

Área de Salud	Nº USBDB	Nº odont.	Nº enferm.	Nº higienist.	Nº aux. enferm.	Población adscrita		
						Total	0-14 años	>14 años
Gran Canaria	18	18	3	8	7	723.550	112.373	612.655
Tenerife	13	13	6	-	7	699.054	106.031	580.341
Lanzarote	2	2	-	-	2	88.005	12.025	75.980
La Palma	2	2	-	-	2	70.378	11.906	57.662
Fuerteventura	2	2	-	-	2	61.625	11.283	50.342
Gomera	1	1	1	-	-	14.591	1.949	12.602
Hierro	1	1*	-	-	1	7.881	1.108	6.773
Canarias	39	39	10	8	21	1.665.084	256.675	1.396.355

(*) Servicio concertado

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Las USBDB cubren la práctica totalidad de las Zonas de Salud de nuestra comunidad. En las Áreas de Salud de Gran Canaria, La Palma, Lanzarote, Gomera, Fuerteventura y Hierro dan cobertura al 100% de las zonas de salud. En el caso de la isla de Tenerife abarcan casi el 92% de las zonas, 34 de las 37 existentes (Tabla III.H1).

Tabla III.H1. Cobertura de las Unidades de Salud Bucodental (USBDB), según Áreas de Salud. Canarias, 2000

Área de Salud	Nº USBDB	Zonas de Salud cubiertas (%)	Sillones odontológicos
---------------	----------	------------------------------	------------------------

Gran Canaria	18	41 (100%)	19
Tenerife	13	34 (91.9%)	16
La Palma	2	9 (100%)	2
Lanzarote	2	7 (100%)	2
Fuerteventura	2	4 (100%)	2
La Gomera	1	5 (100%)	1
El Hierro	1*	2 (100%)	1
Canarias	38	102 (97,2%)	43

(*) Servicio concertado

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

La población de 6 a 14 años es la principal beneficiaria del Programa de Salud Bucodental de Atención Primaria. En relación a la población de derecho de este grupo de edad en Canarias, el promedio de niños por USBD en el año 2000 es de 5.154.

Tabla IV.H1. Ratios de cobertura de la población de 6 a 14 años por las Unidades de Salud Bucodental (USBD), según Áreas de Salud. Canarias, 2000

Área de Salud	Población de derecho de 6 a 14 años	Nº USBD	Ratio
Gran Canaria	91.086	18	5.061
Tenerife	82.481	13	6.345
La Palma	9.168	2	4.584
Lanzarote	8.670	2	4.335
Fuerteventura	6.084	2	3.042
La Gomera	1.773	1	1.773
El Hierro	862	1*	862
Canarias	200.144	38	5.154

(*) Servicio concertado

Fuentes: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996 [1]

En la Tabla V.H1 se detalla la relación de los profesionales que desarrollan el Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria, así como la población adscrita a cada una de las USBD. La labor de dichos profesionales se centra en actividades de prevención, educación sanitaria y asistencial. Está dirigida por un lado, como ya se comentó, a la población infantil con el objetivo de disminuir la prevalencia de caries, maloclusiones y problemas periodontales en escolares y por otro, a la población adulta donde destaca la importancia de la prevención y diagnóstico precoz del cáncer oral, así como la vigilancia de la salud bucodental en las mujeres embarazadas y en las personas mayores.

Otro recurso aún existente en Atención Primaria son los odontólogos de cupo, que sólo desarrollan actividad asistencial, consistente en extracciones y tratamientos médicos. En el año 2000 habían siete en el Área de Salud de Gran Canaria y cuatro en la de Tenerife.

Tabla V.H1. Distribución de los profesionales sanitarios de las Unidades de Salud Bucodental (USB D) y población adscrita, según Áreas de Salud y USB D. Canarias, 2000

USB D	Nº odont.	Nº enferm.	Nº higienist.	Nº aux. enfer.	Población adscrita		
					Total	0-14 años	>14 años
Gran Canaria							
Escaleritas	1	-	1	-	84.189	11.974	72.215
San José	1	-	-	1	74.188	10.076	64.112
Puerto	1	-	-	1	70.339	9.224	61.115
Canalejas	1	-	1	-	55.376	5.998	49.378
Agüimes	1	1	-	-	44.328	7.038	37.290
Santa Brígida	1	-	-	1	39.982	5.149	34.833
Gáldar	1	1	-	-	38.126	5.421	32.705
Arucas	1	-	1	-	30.844	4.774	26.070
Barrio Atlántico	1	-	-	1	29.829	4.691	25.138
Tamaraceite	1	-	1	-	26.392	4.774	21.618
Teror	1	1	-	-	25.540	3.055	22.485
Jinamar	1	-	1	-	25.334	5.000	20.334

La Aldea	1	-	-	1**	7.601	1.094	6.507
Vecindario****	2	-	2	-	56.491	9.507	46.894
San Gregorio****	1	-	1	-	48.016	8.319	39.697
Remudas****	1	-	-	1	25.694	3.890	21.804
Maspalomas	1	-	-	1	44.633	7.124	37.509

Fuerteventura

Zona Sur***	1	-	-	1	23.448	3.584	19.864
Zona Norte***	1	-	-	1	40.920	7.540	33.380

Lanzarote

Área de Salud	2	-	-	2	23.421	3.903	19.518
---------------	---	---	---	---	--------	-------	--------

Tenerife

Laguna-Geneto	1	1	-	-	102.312	14.809	87.503
Puerto de la Cruz	1	1	-	-	66.253	9.707	56.546
Barranco Grande	1	1	-	-	51.311	8.792	42.519
Tacoronte	1	-	-	1	49.667	7.707	41.960
Güimar	1	1	-	-	46.542	7.150	39.392
Barrio Salud-Los Gladiolos	1	1	-	-	44.407	5.865	38.542
Granadilla	1	-	-	1	40.740	7.628	33.112
Guancha-Realejos	1	1	-	-	39.567	6.188	33.379
Icod	1	-	-	1	38.578	5.652	32.926
Ofra	1	-	-	1	59.058	8.059	50.999
Guía Isora	1	-	-	1	35.547	5.993	29.554
Arona-Cristianos	1	-	-	1	35.418	5.969	29.449
La Cuesta-Anaga	1	-	-	1	34.620	5.061	29.559

La Palma

S/C de la Palma	1	-	-	1	40.147	5.430	34.717
Los Llanos de Aridane	1	-	-	1	31.760	4.499	27.261

La Gomera

Área de Salud	1	1	-	-	15.437	2.088	13.349
---------------	---	---	---	---	--------	-------	--------

El Hierro

Área de Salud	1*	-	-	1	7.633	1.011	6.622
---------------	----	---	---	---	-------	-------	-------

(*) Servicio concertado

(**) Es a tiempo parcial. Está en la plantilla del EAP, no en la de la USBD

(***) La población es de febrero de 2001

(****) La población es de marzo de 2001

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

• Fisioterapia

En relación a las prestaciones de fisioterapia en Atención Primaria de Salud, actualmente, se cuenta con 32 fisioterapeutas distribuidos en 14 Unidades de Fisioterapia en funcionamiento, repartidas de la siguiente manera: 6 en Gran Canaria, 6 en Tenerife, 1 en La Palma y 1 en La Gomera. Además del personal recogido en la Tabla VI.H1, en el Área de Salud de Gran Canaria existen 4 fisioterapeutas y 1 en Tenerife, que realizan tareas específicas fuera de los centros asistenciales del Servicio Canario de Salud. En la Tabla VI.H1 se expone la población de derecho y adscrita de las Zonas Básicas de Salud cubiertas por cada una de las Unidades de Fisioterapia. Hay que aclarar, sin embargo, que no en todos los casos se atiende a toda la población, sino a una parte de ella, siendo atendido el resto de la población en centros privados concertados.

Tabla VI.H1. Distribución de los profesionales sanitarios de las Unidades de Fisioterapia y población adscrita, según Áreas de Salud. Canarias, 2000

			Población	
Unidad Fisioterapia	Área de Salud	Nº Fisioterapeutas	Derecho	Adscrita
Vecindario	GC	2	89.583	92.512
Remudas	GC	1	55.625	55.274
Arucas	GC	1	53.259	51.653
Maspalomas	GC	1	39.063	41.379
Gáldar	GC	1	40.580	38.520
Teror	GC	1	15.608	12.490
Laguna-Geneto	Tfe	3	78.816	99.378
Arona	Tfe	3	63.919	76.618
Tacoronte	Tfe	2	63.645	62.683
Puerto de la Cruz	Tfe	3	57.141	59.655
Icod	Tfe	4	51.250	47.921
Granadilla	Tfe	2	50.463	53.942
San Sebastián de la Gomera	Gom	1	17.008	14.591
Los Llanos de Aridane	Pal	2	38.317	30.965
Total		27	714.277	737.581

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Ratios de personal en Equipos de Atención Primaria

Tabla VII.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de Atención Primaria, según población adscrita.
Área de Salud de Tenerife, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
Anaga	11.117	9.617	1.500	7	1.374	2	750	6	1.853
Añaza	8.187	6.437	1.750	6	1.073	2	875	6	1.365
Arona-Los Cristianos	19.501	16.425	3.076	10	1.643	2	1.538	9	2.167
Arona-Costa Fraile	12.816	10.262	2.554	6	1.710	2	1.277	5	2.563
Arona-Vilafior	15.917	13.024	2.893	7	1.861	3	964	12	1.326
Barranco Grande	19.963	16.413	3.550	11	1.492	3	1.183	11	1.815
Barrio de la Salud	22.811	19.900	2.911	11	1.809	4	728	12	1.901
Adeje	15.925	13.129	2.796	7	1.876	2	1.398	6	2.654
Arico	4.158	3.670	488	2	1.835	1	488	3	1.386
Candelaria	12.615	10.655	1.960	6	1.776	1	1.960	7	1.802
Granadilla	27.924	22.850	5.074	13	1.758	4	1.269	15	1.862
Guía de Isora	15.192	12.629	2.563	8	1.579	2	1.282	10	1.519
Güímar	21.582	18.630	2.952	11	1.694	3	984	14	1.542
Icod de los Vinos	29.635	25.064	4.571	15	1.671	4	1.143	20	1.482
La Matanza de Acentejo	6.049	5.019	1.030	3	1.673	1	1.030	4	1.512
La Victoria de Acentejo	8.158	7.027	1.131	4	1.757	1	1.131	3	2.719
Santa Úrsula	9.148	7.682	1.466	5	1.536	1	1.466	6	1.525
Santiago del Teide	4.420	3.786	634	3	1.262	1	634	4	1.105
Tacoronte	26.312	22.232	4.080	11	2.021	4	1.020	15	1.754
Tejina-Tegueste	23.427	20.005	3.422	12	1.667	4	856	14	1.673

La Cuesta- Barrio La Candelaria	23.503	19.942	3.561	11	1.813	3	1.187	14	1.679
Laguna-Finca España	12.258	11.017	1.241	6	1.836	2	621	7	1.751
Las Mercedes	24.443	20.540	3.903	12	1.712	3	1.301	13	1.880
Los Gladiolos- Somosierra	21.596	18.642	2.954	12	1.554	4	739	12	1.800
Los Realejos	30.255	25.345	4.910	14	1.810	4	1.228	14	2.161
Los Silos- Buenavista	8.943	7.862	1.081	6	1.310	1	1.081	7	1.278
Ofra-Delicias	23.465	20.108	3.357	13	1.547	4	839	13	1.805
Ofra- Miramar	14.215	12.117	2.098	8	1.515	2	1.049	9	1.579
Orotava- Dehesa	23.644	20.326	3.318	8	2.541	3	1.106	8	2.956
Orotava-San Antonio	12.075	9.911	2.164	10	991	2	1.082	8	1.509
Puerto de la Cruz-Casco Botánico	19.459	17.119	2.340	2	8.560	0	0	1	19.459
Puerto de la Cruz-La Vera	11.075	9.190	1.885	7	1.313	2	943	8	1.384
Rosario- Geneto- Gracia	42.184	35.941	6.243	17	2.114	5	1.249	19	2.220
San Juan de la Rambla-La Guancha	9.312	8.034	1.278	7	1.148	2	639	8	1.164
Taco-San Matías de la Laguna	31.348	26.106	5.242	14	1.865	4	1.311	16	1.959
Toscal- Centro Ruiz de Padrón	21.378	18.774	2.604	9	2.086	3	868	9	2.375
Total	644.010	545.430	98.580	315	1.732	91	1.083	348	1.851

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Tabla VIII.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de Atención Primaria, según

población adscrita.
Área de Salud de Gran Canaria, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
Agaete	4.578	3.959	619	3	1.320	1	619	4	1.145
Agüimes	15.495	12.931	2.564	10	1.293	2	1.282	10	1.550
Alcaravaneras	30.639	27.491	3.148	14	1.964	4	787	13	2.357
Artenara	848	750	98	2	375	0	0	3	283
Arucas	30.844	26.070	4.774	14	1.862	4	1.194	15	2.056
Barrio Atlántico	16.208	13.140	3.068	8	1.643	3	1.023	7	2.315
Caideros-Montaña A.	928	879	49	2	440	0	0	2	464
Canalejas	24.737	21.887	2.850	11	1.990	3	950	11	2.249
Cono Sur	21.304	17.883	3.421	10	1.788	3	1.140	12	1.775
Cuevas Torres	13.622	11.999	1.623	6	2.000	2	812	7	1.946
Escaleritas	27.980	24.294	3.683	14	1.735	4	921	14	1.999
Firgas	5.728	4.906	822	4	1.227	1	822	4	1.432
Gáldar	20.850	17.567	3.283	11	1.597	3	1.094	11	1.895
Guanarteme	43.580	37.676	5.904	19	1.983	5	1.181	21	2.075
Ingenio	26.015	21.787	4.228	12	1.816	4	1.057	13	2.001
Jinamar	25.334	20.334	5.000	11	1.849	4	1.250	13	1.949
Maspalomas	28.018	23.041	4.977	12	1.920	4	1.244	13	2.155
Miller Bajo	34.863	29.485	5.378	16	1.843	4	1.345	15	2.324
Mogán	13.492	11.182	2.310	8	1.398	2	1.155	10	1.349
Moya	6.602	6.038	863	4	1.510	1	863	5	1.320
Puerto	26.759	23.439	3.320	13	1.803	4	830	12	2.230
Las Remudas	10.229	8.319	1.610	4	2.080	1	1.610	5	2.046
Santa Brígida	15.080	13.028	2.052	7	1.861	2	1.026	8	1.885
San Gregorio	28.992	24.126	4.866	14	1.723	4	1.217	15	1.933
Santa M ^a Guía	11.770	10.300	1.470	6	1.717	1	1.470	7	1.681
San Mateo	6.520	5.698	822	5	1.140	1	822	6	1.087
San Nicolás de T.	7.601	6.507	1.094	5	1.301	1	1.094	5	1.520
San Roque	10.022	8.891	1.131	4	2.223	1	1.131	4	2.506

Schamann	26.346	23.436	2.910	13	1.803	3	970	11	2.395
San José	28.475	24.703	3.772	13	1.900	3	1.257	14	2.034
Tafira	16.378	14.301	2.077	8	1.788	2	1.039	6	2.730
Tamaraceite	26.392	21.618	4.774	13	1.663	4	1.194	14	1.885
Tejeda	2.004	1.806	198	3	602	0	0	1	2.004
Teror	9.244	8.047	1.197	5	1.609	1	1.197	6	1.541
Tirajana	2.818	2.572	246	4	643	0	0	3	939
Triana	14.387	12.635	1.752	6	2.106	2	876	6	2.398
Valleseco	3.118	2.743	375	4	686	0	0	4	780
Valsequillo	6.403	5.252	1.151	4	1.313	1	1.151	4	1.601
Vecindario	47.315	38.101	9.214	20	1.905	7	1.316	23	2.057
El Calero	15.598	12.938	2.660	2	6.469	0	0	1	15.598
Total	707.116	601.759	105.353	344	1.749	92	1.145	358	1.975

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

**Tabla IX.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de
Atención Primaria, según población adscrita.
Área de Salud de Lanzarote, 2000**

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
Haría	3.378	3.000	378	3	1.000	0	0	4	845
San Bartolomé	10.054	8.922	1.132	6	1.487	1	1.132	6	1.676
Santa Coloma	32.161	26.845	5.316	13	2.065	4	1.329	15	2.144
Teguise	6.421	5.436	985	5	1.087	1	985	5	1.284
Tías	14.057	12.029	2.028	6	2.005	1	2.028	7	2.008
Valterra	23.421	19.518	3.903	10	1.952	3	1.301	12	1.952
Yaiza	3.822	3.540	282	3	1.180	0	0	3	1.274
Total	93.314	79.290	14.024	46	1.724	10	1.402	52	1.795

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Tabla X.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de

Atención Primaria, según población adscrita. Área de Salud de Fuerteventura, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
La Oliva	8.522	7.152	1.370	5	1.430	2	685	5	1.704
Península Jandía	6.963	6.051	912	4	1.513	1	912	4	1.741
Puerto Rosario	25.653	21.440	4.213	13	1.649	4	1.053	16	1.603
Tuineje-Pajara	11.841	9.924	1.917	8	1.241	2	959	9	1.316
Total	52.979	44.567	8.412	30	1.486	9	935	34	1.558

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Tabla XI.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de Atención Primaria, según población adscrita. Área de Salud de La Palma, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
El Paso	5.643	4.904	739	3	1.635	1	739	3	1.881
Garafía	1.289	1.186	103	1	1.186	0	0	2	645
Las Breñas	7.569	6.483	1.086	5	1.297	1	1.086	6	1.262
Los Llanos de Aridane	17.333	14.615	2.718	10	1.462	3	906	14	1.238
Mazo	5.128	4.474	654	4	1.119	0	0	4	1.282
San Andrés y Sauces	6.396	5.766	630	4	1.442	1	630	5	1.279
Tazacorte	4.016	3.472	544	3	1.157	1	544	4	1.004
Tijarafe	3.479	3.084	395	2	1.542	0	0	3	1.160
S/C de la Palma	21.054	17.994	3.060	12	1.500	3	1.020	14	1.504
Total	71.907	61.978	9.929	44	1.409	10	993	55	1.307

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Tabla XII.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de Atención Primaria, según población adscrita.
Área de Salud de La Gomera, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
Mulagua	2.651	2.313	338	4	578	0	0	4	663
San Sebastian de la Gomera	6.428	5.363	1.065	4	1.341	1	1.065	6	1.071
Valle Gran Rey	2.478	2.153	325	1	2.153	0	0	2	1.239
Vallehermoso	2.357	2.135	222	3	712	0	0	3	786
Alajeró	1.523	1.385	138	2	693	0	0	2	762
Total	15.437	13.349	2.088	14	954	1	2.088	17	908

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Tabla XIII.H1. Ratios de personal sanitario en Equipos de Atención Primaria, según población adscrita.
Área de Salud de El Hierro, 2000

Centro	Pob. Total	>14 años	0-14 años	Médicos	Ratio	Pediatras	Ratio	ATS/DUE	Ratio
Valverde	5.088	4.437	651	3	1.479	1	651	3	1.696
Valle del Golfo	2.545	2.185	360	2	1.093	0	0	2	1.273
Total	7.633	6.622	1.011	5	1.324	1	1.011	5	1.527

Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

Bibliografía

- Instituto Canario de Estadística (ISTAC).** Encuesta de Población. Canarias 1996. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1998.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Análisis del estado de salud y de los recursos disponibles

El **Análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles** es el documento que analiza la evolución en Canarias en cuanto al estado de salud de la población y a la situación de los recursos socio-sanitarios.

Metodología. (última revisión 13.III.01)

I. Características generales.

1. [Características generales.](#) (última revisión 8.VII.99)
2. Demografía.
 - [Estructura de la población.](#) (última revisión 13.XI.00)
 - [Comportamiento de la fecundidad.](#) (última revisión 30.VI.99)
 - [Proyecciones de la población.](#) (última revisión 13.XI.00)
3. Socioeconomía.
 - [Indicadores socioeconómicos.](#)
 - [Características de la vivienda.](#) (última revisión 1.VI.00)

II. Situación de salud.

1. Mortalidad.
 - [Mortalidad proporcional.](#) (última revisión 7.IX.99)
 - [Tendencias de la mortalidad.](#)
 - [Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable.](#)
 - [Años potenciales de vida perdidos.](#)
 - [Variaciones en la esperanza de vida.](#) (última revisión 17.XI.00)
 - [Mortalidad infantil.](#)
2. Morbilidad.
 - [Enfermedades cardiovasculares.](#) (última revisión 25.XI.01)
 - [Cáncer.](#)(última revisión 16.X.01)
 - [Diabetes mellitus.](#) (última revisión 21.IX.00)
 - [Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.](#) (última revisión 17.II.00)
 - [Personas mayores.](#) (última revisión 3.XII.99)
 - [Accidentes de tráfico.](#)
 - [Salud bucodental.](#) (última revisión 14.IV.00)
 - [Tuberculosis.](#)
 - [Salud mental.](#) (última revisión 19.X.99)
 - [Suicidio.](#) (última revisión 13.X.99)

- [Hepatitis vírica.](#)
 - [Salud laboral.](#)
 - [Toxiinfección alimentaria.](#) (última revisión 1.IX.99)
 - [Deficiencias y discapacidades.](#) (última revisión 22.V.00)
 - [Insuficiencia renal crónica permanente.](#) (última revisión 31.III.00)
 - [Trasplantes de órganos y tejidos.](#) (última revisión 30.VI.99)
 - [Infecciones nosocomiales.](#) (última revisión 22.III.00)
 - [Enfermedades de declaración obligatoria.](#) (última revisión 27.III.00)
 - [Morbilidad asistida en atención primaria.](#)
 - [Morbilidad asistida en hospitales.](#) (última revisión 8.VII.99)
3. Hábitos de vida y conductas de riesgo.
- [Tabaco.](#) (última revisión 13.III.01)
 - [Alcohol.](#)
 - [Drogas ilegales.](#)
 - [Nutrición.](#)
 - [Ejercicio físico.](#) (última revisión 13.III.01)
 - [Interrupciones voluntarias del embarazo.](#) (última revisión 8.VII.99)
4. [Autovaloración de la salud por los usuarios.](#) (última revisión 8.VII.99)

III. Servicios de salud.

1. Recursos sanitarios.
- [Atención primaria.](#) (última revisión 14.VI.01)
 - [Recursos hospitalarios estructurales.](#) (última revisión 3.XII.99)
 - [Dotación de recursos hospitalarios.](#) (última revisión 12.IV.00)
 - [Recursos de salud mental.](#) (última revisión 3.XII.99)
 - [Recursos en atención a la drogodependencia.](#)
2. Recursos sociosanitarios.
- [Centros y servicios sociales.](#)
 - [Recursos sociosanitarios para personas mayores.](#)
3. [Alta tecnología médica.](#) (última revisión 8.X.99)
4. [Utilización de medicamentos.](#)
5. [Gasto sanitario.](#) (última revisión 22.V.00)
6. [Satisfacción con los servicios sanitarios.](#)
7. [Sanidad ambiental.](#)
- [Contaminación atmosférica.](#)
 - [Aguas de consumo.](#)
 - [Aguas residuales.](#)
 - [Aguas recreativas y costeras.](#)
 - [Residuos sólidos urbanos, industriales, tóxicos y peligrosos.](#)

ANEXOS

- Lista reducida de causas de muerte y correspondencia con lista detallada (9ªR.CIE).
 - [Población estándar europea](#). (última revisión 13.XI.00)
 - Profesionales participantes en este documento.
 - Bibliografía.
 - Equipo de dirección y coordinación del documento.
-

El resto de documentos que componen la serie del [Plan de Salud](#) son:

- [Bases para la formulación del Plan de Salud](#).
 - [Priorización de problemas de Salud](#).
 - [Plan de Salud 1997 - 2001](#).
 - [Criterios de evaluación del Plan de Salud](#).
 - [Fuentes de información del Plan de Salud](#).
-

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: recursos sociosanitarios: centros y servicios sociales

En la actualidad (1995) Canarias cuenta con 1.047 centros y servicios sociales, lo que supone un incremento del 41% desde 1985 a 1995, (tomando como base 100 los 307 centros y servicios de 1985).

Considerando los centros y servicios según la población a la que están destinados o "ámbitos de actuación" (tablas XLVII y XLVIII, gráfico 220), comprobamos que el aumento de cada uno de ellos durante el período analizado ha sido notorio con excepción del apartado "menores y familias" que ha aumentado un 13,9%.

Este incremento ha sido proporcionalmente mayor en las islas periféricas que en las capitalinas siendo el más destacado el de la isla de El Hierro a lo largo de los diez años considerados (gráfico 221).

Tabla XLVII. Centros y Servicios Sociales por ámbito de actuación y área sanitaria, Canarias 1985.

Ámbito de actuación	Lanzar.	Fuertev	Gran	Tenerif	La	La	El Hierro	C.A.C.
	Canaria	Canaria	Canaria	e	Gomera	Palma		
Minusválidos	0	1	33	34	1	5	0	74
Personas mayores	3	1	35	24	0	5	1	69
Drocodependencias	0	0	3	4	0	1	0	8
Mujer	0	0	1	1	0	0	0	2
Menores y familia	2	1	56	41	4	4	0	108
Población desfavorecida	0	1	8	2	0	0	0	11
Servicios generales	3	1	12	1	1	1	0	19
Otros casos	0	1	10	5	0	0	0	16
Todas las áreas	8	6	158	112	6	16	1	307

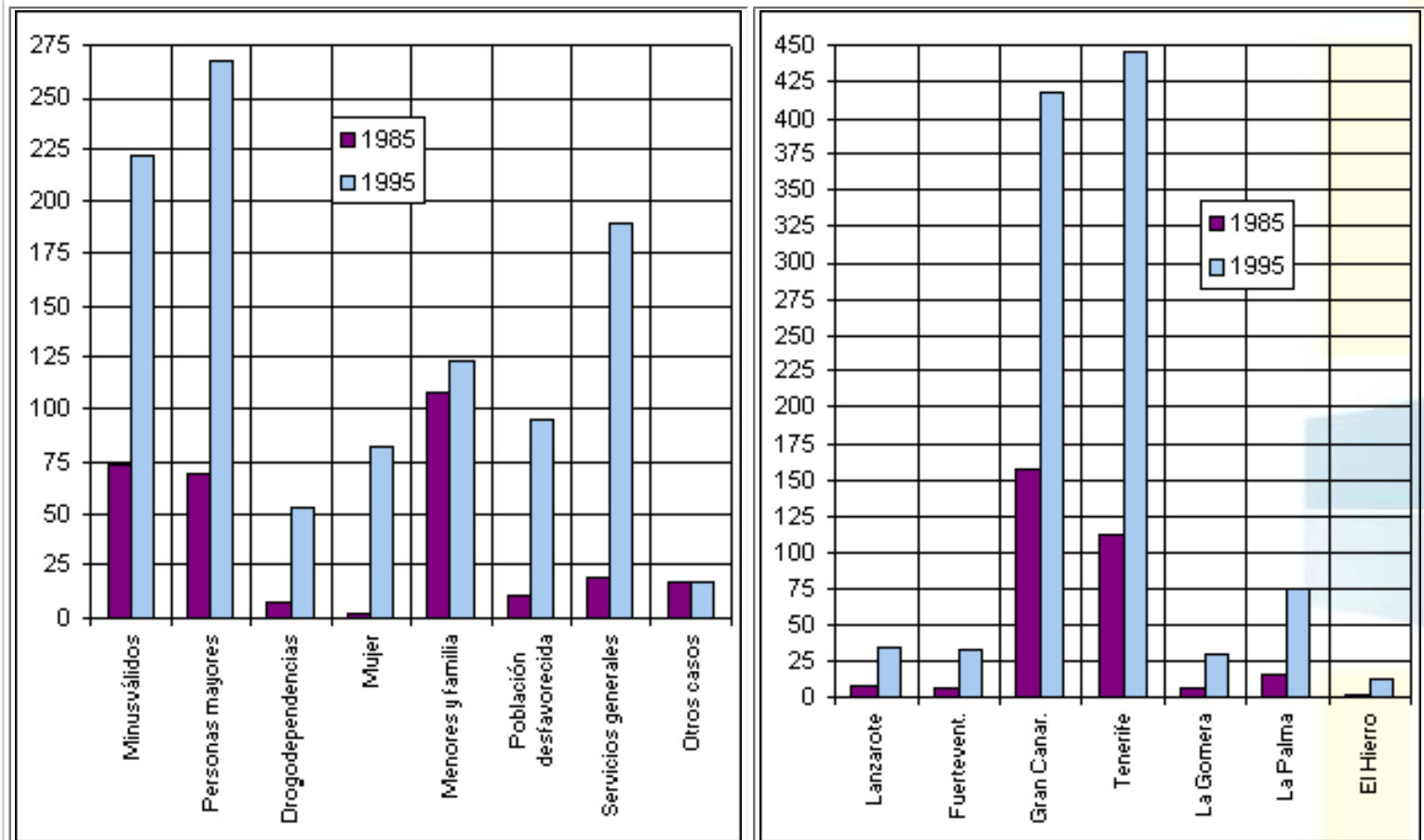
Tabla XLVIII. Centros y Servicios Sociales por ámbito de actuación y área sanitaria, Canarias 1995.

Ámbito de actuación	Lanzar.	Fuertev	Gran	Tenerif	La	La	El	C.A.C.
	Canaria	Canaria	Canaria	e	Gomera	Palma	Hierro	
Minusválidos	6	6	90	102	4	13	1	222
Personas mayores	8	9	115	108	7	15	5	267
Drocodependencias	5	2	29	14	0	3	0	53
Mujer	1	3	33	40	2	3	0	82
Menores y familia	4	3	61	48	3	4	0	123
Población desfavorecida	0	0	26	52	3	13	1	95
Servicios generales	11	10	58	72	11	22	5	189
Otros casos	0	0	5	10	0	1	0	16
Todas las áreas	35	33	417	446	30	74	12	1.047

Fuente: Base de datos de la Guía de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Gráfico 220. N° de centros y servicios sociales por ámbito de actuación. Canarias 1985-1995.

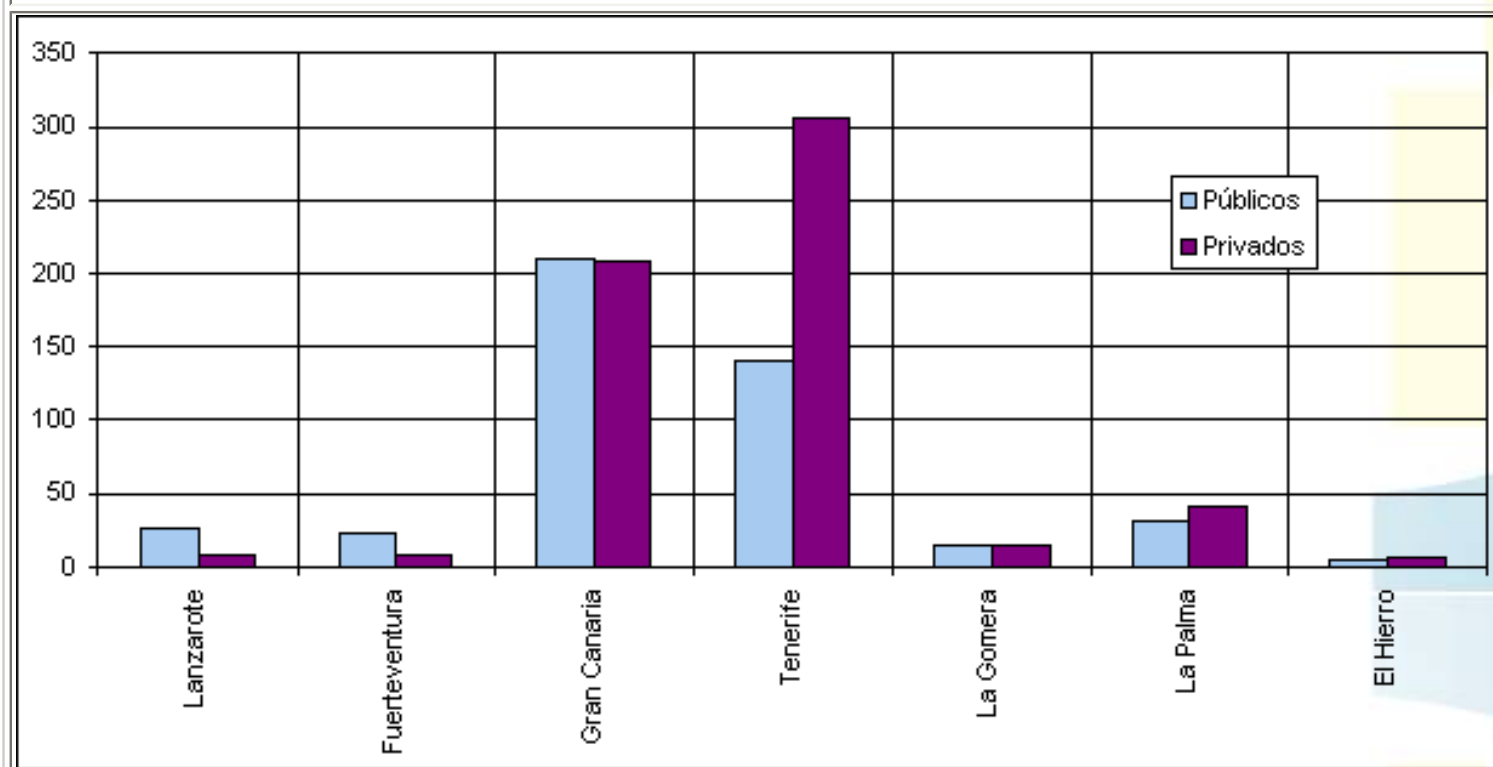
Gráfico 221. N° de Centros y Servicios Sociales por áreas sanitarias. Canarias 1985-1995.



Diferenciando los centros y servicios según tipo (gráfico 223), comprobamos que un 34,3% son centros de día; un 16% son centros residenciales y un 49,7% son centros incluidos en el epígrafe "Otros servicios", siendo estos últimos centros con labor fundamentalmente de información, valoración, asesoramiento y orientación.

A los 1.047 centros y servicios de Canarias corresponden 15.592 plazas (tabla XLIX), repartidas mayoritariamente entre los Centros de día (55,6% del total) y los centros residenciales (40,3%)

Gráfico 222. Número de Centros de Servicios Sociales, según titularidad y área sanitaria, 1995.



Si analizamos el número de plazas según la titularidad privada o pública de los centros y servicios comprobamos que si bien la mayoría de centros son de titularidad privada (tabla L) no ocurre lo mismo con las plazas, ya que el 60.6% son de titularidad pública, correspondiendo un 40.02% a los Centros de día y un 20.55% a los Centros residenciales, prácticamente igualados estos últimos con los del sector privado (19.75%) (tabla LI).

Gráfico 223. Distribución de Centros de Servicios Sociales según ámbito y tipo de centro, 1995 (porcentajes y números absolutos).

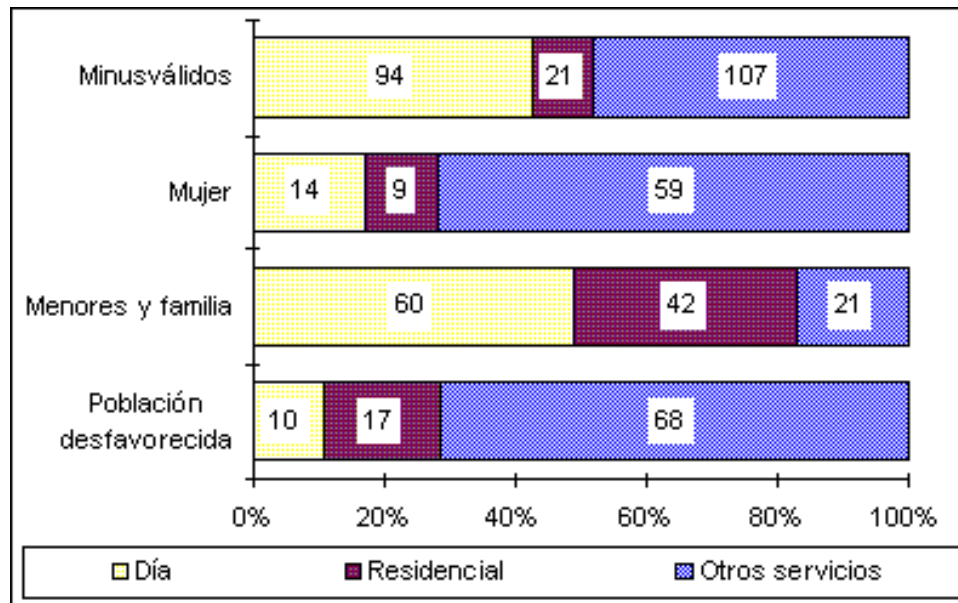


Tabla XLIX. Centros Servicios Sociales por ámbito y tipo de centro, 1995.

Número de plazas	Día	Residencial	Otros servicios	Canarias 1995
Ámbito de actuación				
Minusválidos	3.390	999	100	4.489
Personas mayores	120	3.301	0	3.421
Drogodependencias	0	236	0	236
Mujer	0	123	0	123
Menores y familia	5.077	1.158	70	6.305
Población desfavorecida	60	432	315	807
Servicios generales	0	0	12	12
Otros casos	15	34	150	199
Todas las áreas	8.662	6.283	647	15.592

Fuente: Base de datos de la Guía de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

Tabla L. Centros y Servicios Sociales en números absolutos y porcentajes, según ámbito de actuación y titularidad. Canarias, 1995.

Ámbito de actuación	Públicos	%	Privados	%	Total	%
Minusválidos	3.022	19,38	1.272	8,16	4.294	27,54
Personas mayores	1.230	7,89	610	3,91	1.840	11,80
Drogodependencias	2.979	19,11	2.058	13,20	5.037	32,31
Mujer	1.347	8,64	1.386	8,89	2.733	17,53
Menores y familia	270	1,73	628	4,03	898	5,76
Población desfavorecida	596	3,82	157	1,01	753	4,83
Servicios generales	7	0,04	30	0,19	37	0,24
Otros casos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Todos los centros	9.451	60,61	6.141	39,39	15.592	100,00

Tabla LI. Plazas en Centros de Servicios Sociales en números absolutos y porcentajes, según ámbito de actuación y titularidad. Canarias 1995.

Ámbito de actuación	Públicos	%	Privados	%	Total	%
Minusválidos	199	19,01	188	17,96	387	36,96
Personas mayores	41	3,92	49	4,68	90	8,60
Drogodependencias	72	6,88	101	9,65	173	16,52
Mujer	28	2,67	106	10,12	134	12,80
Menores y familia	34	3,25	72	6,88	106	10,12
Población desfavorecida	4	0,38	11	1,05	15	1,43
Servicios generales	73	6,97	69	6,58	142	13,56
Otros casos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Todos los centros	451	43,08	596	56,92	1.047	100,00

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta

38004, Santa Cruz de Tenerife

Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

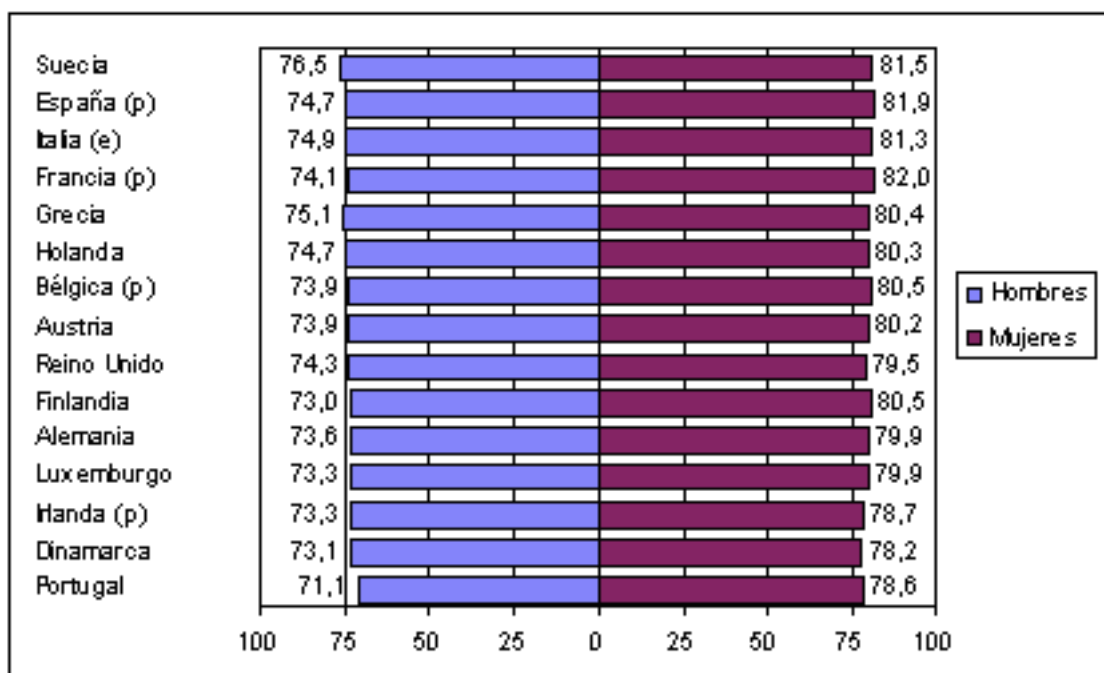
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: mortalidad: variaciones de la esperanza de vida

El aumento de la esperanza de vida producido en España nos sitúa en uno de los primeros puestos en el conjunto de los países europeos (Gráfico 1.D5).

**Gráfico 1.D5. Esperanza de vida al nacer (en años)
según género. Unión Europea, 1996**



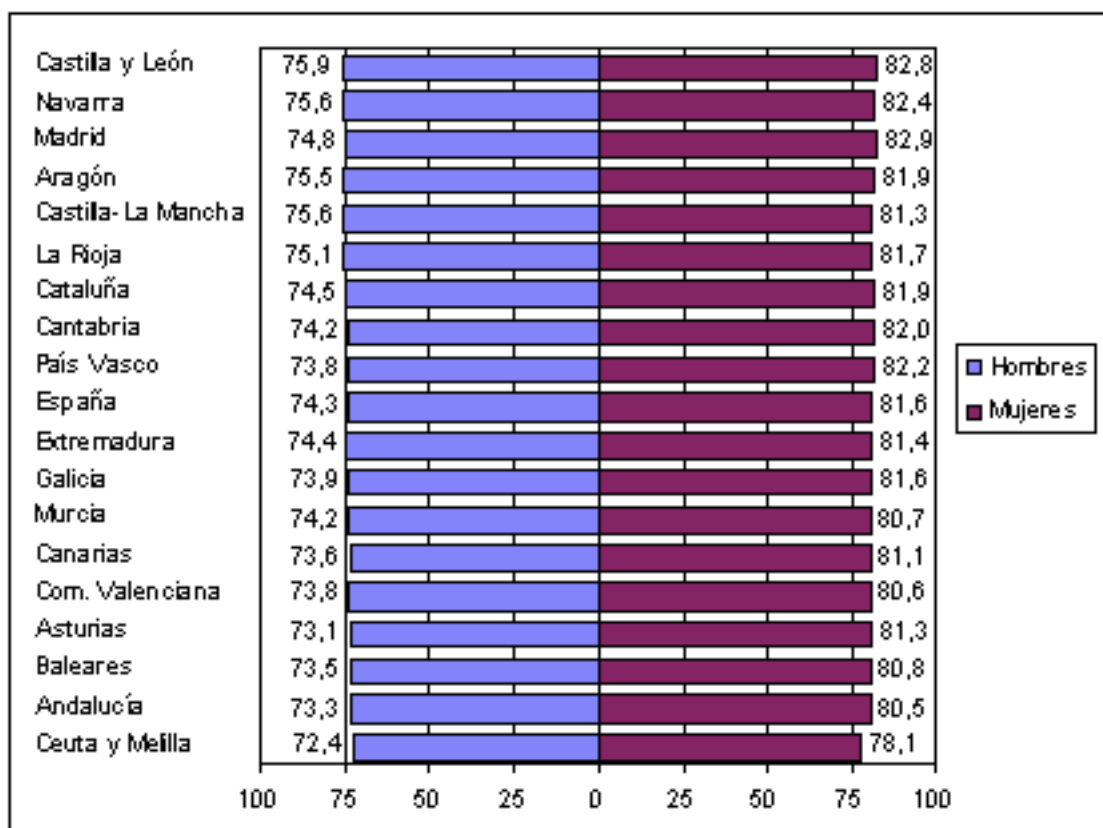
(p) Cifra provisional

(e) Estimación Eurostat

Fuente: INE: España en Cifras 1999 [1]

Como se observa en la Tabla I.D5, la esperanza de vida al nacer en Canarias continúa su evolución ascendente, estableciéndose en unos niveles cercanos a la media de la nación (Gráfico 2.D5). No obstante, el modelo de mortalidad canario difiere sensiblemente del español, aún cuando se observen algunos rasgos comunes como puede ser la creciente sobremortalidad juvenil masculina, menos marcada, sin embargo, en Canarias que en España [2].

Gráfico 2.D5. Esperanza de vida al nacer (en años) según género y comunidades autónomas. España, 1994-1995



Fuente: INE: España en Cifras 1999 [1]

En la Tabla I.D5 se aprecian variaciones notables de esperanzas de vida al nacer entre las distintas Áreas de Salud, que deben interpretarse más como influencia del tamaño y estructura de la población sobre los niveles de mortalidad, que como representación de diferencias reales en las condiciones socio-sanitarias [2].

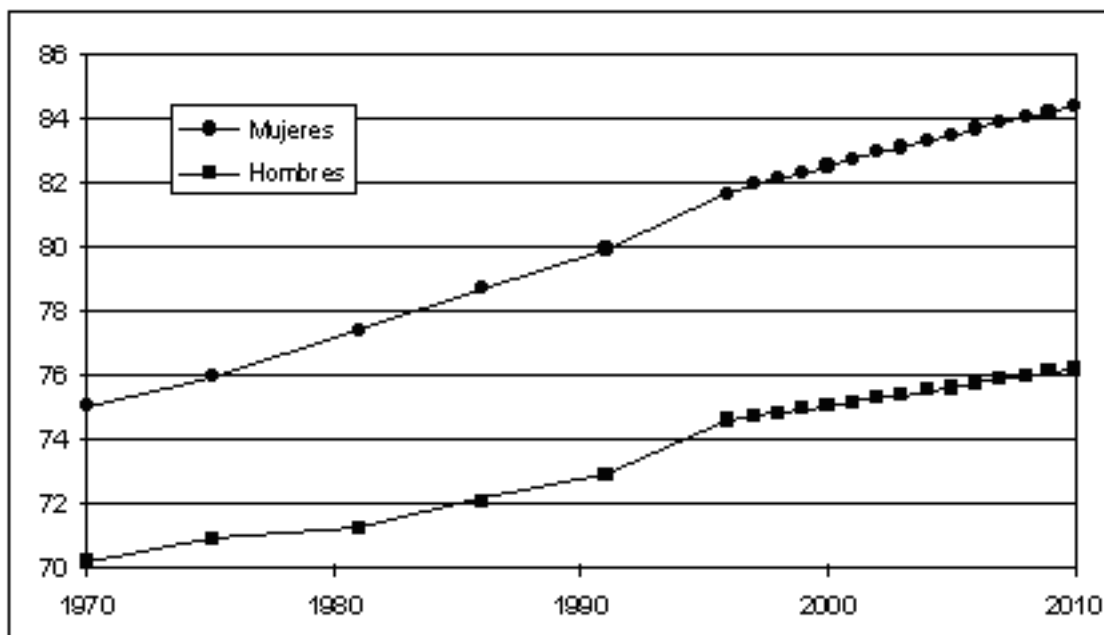
Tabla I.D5. Evolución de la esperanza de vida al nacer (en años) según género y ámbito geográfico. Canarias, 1990-1991 y 1995-1996

	1990-1991		1995-1996	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Canarias	72,85	79,81	74,53	81,55
Las Palmas	71,97	79,24	74,5	81,49
Lanzarote	72,5	81,26	76,96	83,82
Fuerteventura	74,31	83,46	76,26	82,78
Gran Canaria	71,85	78,91	74,13	81,23
Santa Cruz de Tenerife	73,76	80,34	74,57	81,59
Tenerife	73,36	79,72	73,83	81,16
La Gomera	77,37	85,25	78,52	85,78
La Palma	75,13	83,13	78,72	83,07
El Hierro	82,53	85,93	81,77	87,68

Fuente: -ISTAC: Proyecciones de población. Canarias 1996-2011 [2]

Las proyecciones para finales de este siglo y principios del XXI reflejan un continuo ascenso de la esperanza de vida al nacer en Canarias (Gráfico 3.D5). Esto significa pasar de 81,55 años para las mujeres y 74,53 años para los hombres en 1996, a 84,34 años para las mujeres y 76,18 años para los hombres en el año 2010, es decir, un incremento de 2,79 y 1,65 años respectivamente, en los próximos quince años [2].

Gráfico 3.D5. Proyección de la esperanza de vida al nacer (en años) según género. Canarias, 1970 a 2010



Fuente: -ISTAC: Proyecciones de población. Canarias 1996-2011 [2]

Bibliografía

1. **Instituto Nacional de Estadística (INE)**. España en Cifras 1999. Madrid, 1999. Ministerio de Economía y Hacienda. ISBN: 84-260-3455-1.
2. **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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751



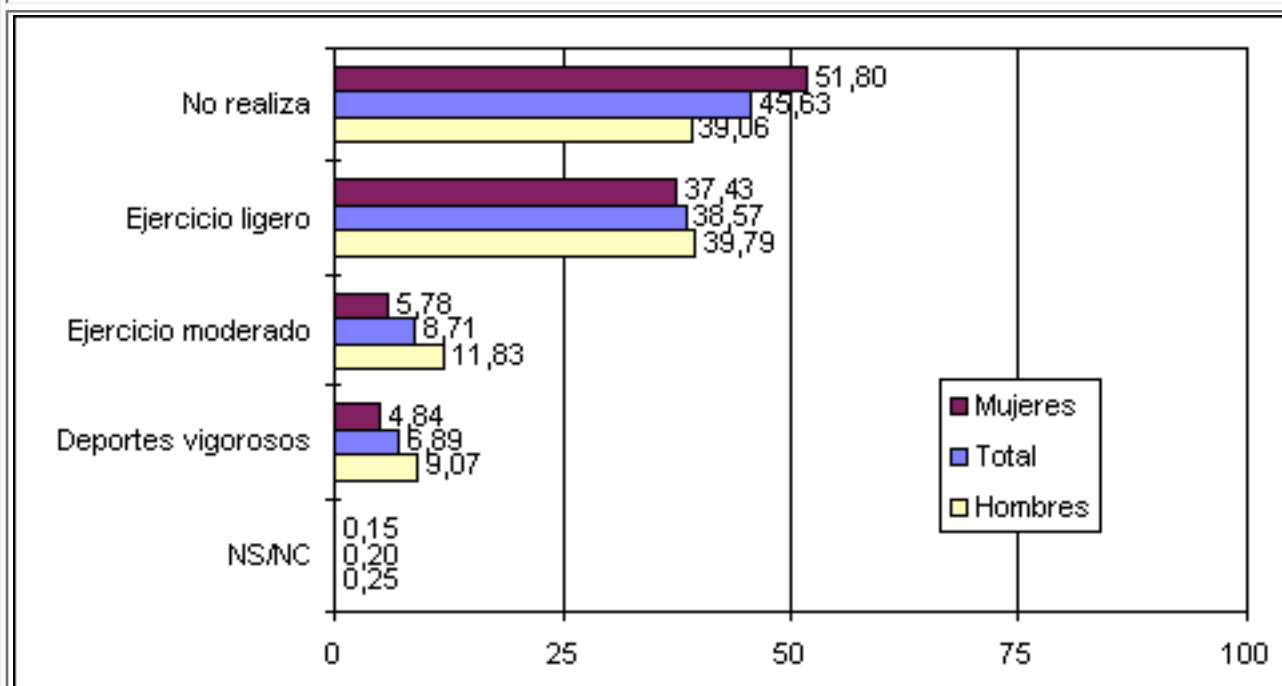
Situación de salud: hábitos de vida y conductas de riesgo: ejercicio físico

Numerosos estudios han demostrado los efectos negativos de la inactividad física sobre la salud y los beneficiosos efectos que la práctica regular del ejercicio físico representa para el bienestar físico, mental y social de la población. El mantenimiento de una buena forma física se hace cada vez más difícil dado que el sedentarismo viene propiciado por la creciente disponibilidad de medios de transporte públicos y privados, la tendencia creciente a la recreación pasiva durante el tiempo de ocio y a la reducción de la actividad física en el medio laboral. La práctica del ejercicio físico es fundamental para el fomento de la salud y para la prevención de ciertas enfermedades como la cardiopatía isquémica, la hipertensión, la osteoporosis, la diabetes mellitus, la depresión, y la obesidad. Las personas que realizan ejercicio físico de forma regular presentan tasas globales de mortalidad más bajas que las personas inactivas, debido a menores tasas de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares y por cáncer.

Tipo de actividad física en el tiempo libre

En la Encuesta Nacional de Salud de 1997 [1], se recoge que el porcentaje más elevado de la población española mayor de 16 años no realiza ejercicio físico en su tiempo libre o sólo realiza alguna actividad física o deportiva ocasional (Gráfico 1.F5). La diferencia en los resultados entre la población canaria y la española en su conjunto, según la información recogida en la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [2], se explican por la diferente metodología empleada (Gráfico 3.F5).

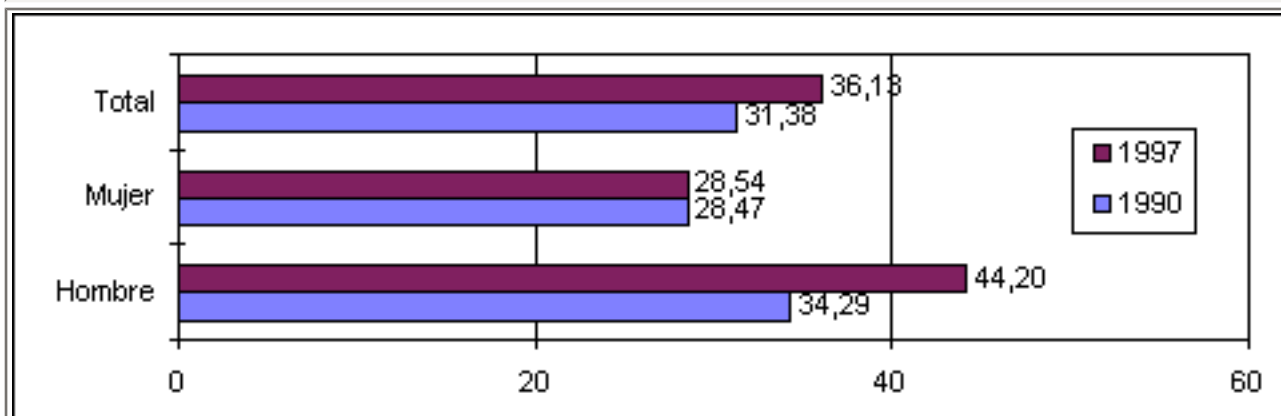
Gráfico 1.F5. Distribución (%) de la población de 16 años y más, por el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre. España, 1997



No realiza: el tiempo libre lo ocupa casi completamente sedentario (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
 Ejercicio ligero: alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)
 Ejercicio moderado: actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
 Deportes vigorosos: entrenamiento físico varias veces a la semana
 Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: explot. específica de la Encuesta Nacional de Salud, 1997 [1]

Utilizando como base la información recogida en la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, el 44,16% de la población de más de 15 años realizaba ejercicio físico durante, al menos 30 minutos, diariamente ó 2 ó 3 veces en semana, lo que nos indica que en el momento de elaborarse el Plan de Salud de Canarias 1997-2001, este porcentaje se encontraba ya por encima del 10% a alcanzar según el objetivo 5 de dicho Plan. Este resultado deberá ser contrastado, no obstante, en la próxima Encuesta de Salud.

Gráfico 2.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más que realiza actividad física en el tiempo libre, según género. Canarias, 1990* y 1997



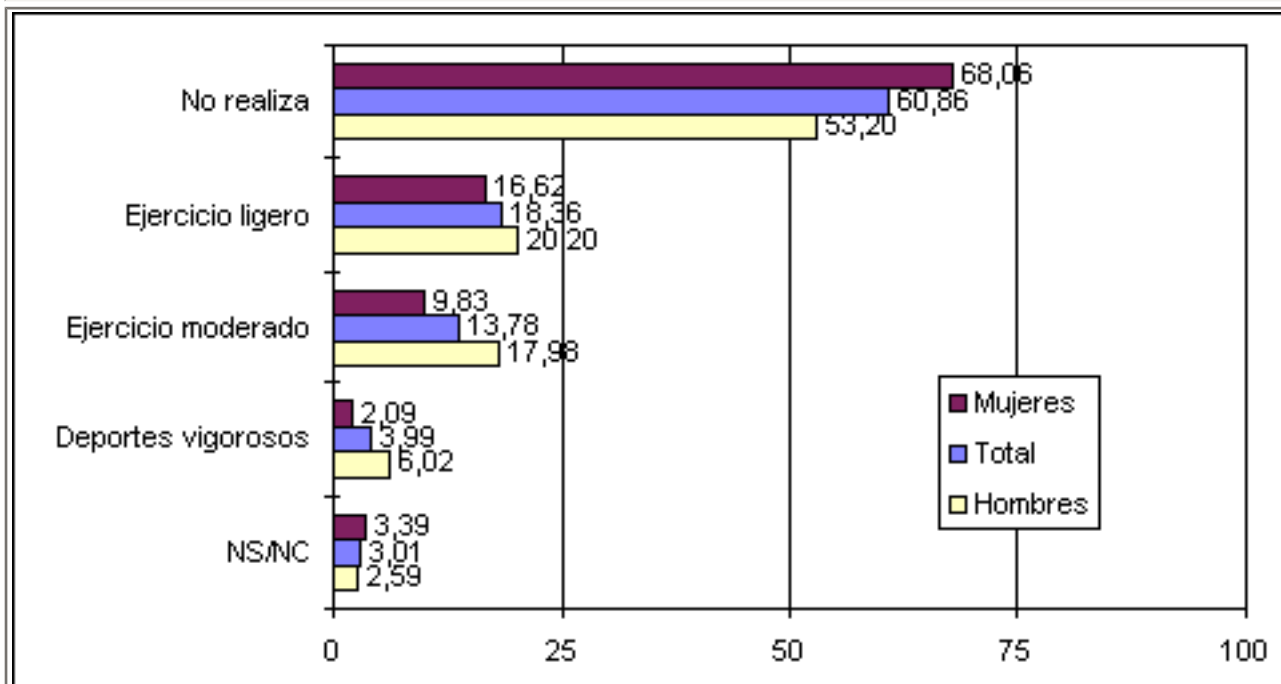
(*) Los valores de 1990 incluyen población de 0 a 14 años

Fuentes: - Encuesta de Salud de Canarias, 1990 [3]

- Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [2], la población canaria mayor de 15 años en su tiempo libre o no realiza ningún ejercicio o actividad física o el que hace es ligero (Gráfico 3.F5). En ese mismo gráfico se puede comprobar que la diferencia de los porcentajes entre ambas categorías es bastante importante, al contrario que en el conjunto de la población española (Gráfico 1.F5).

Gráfico 3.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre, según género. Canarias, 1997



No realiza: lectura, televisión y actividades que no requieren actividad física

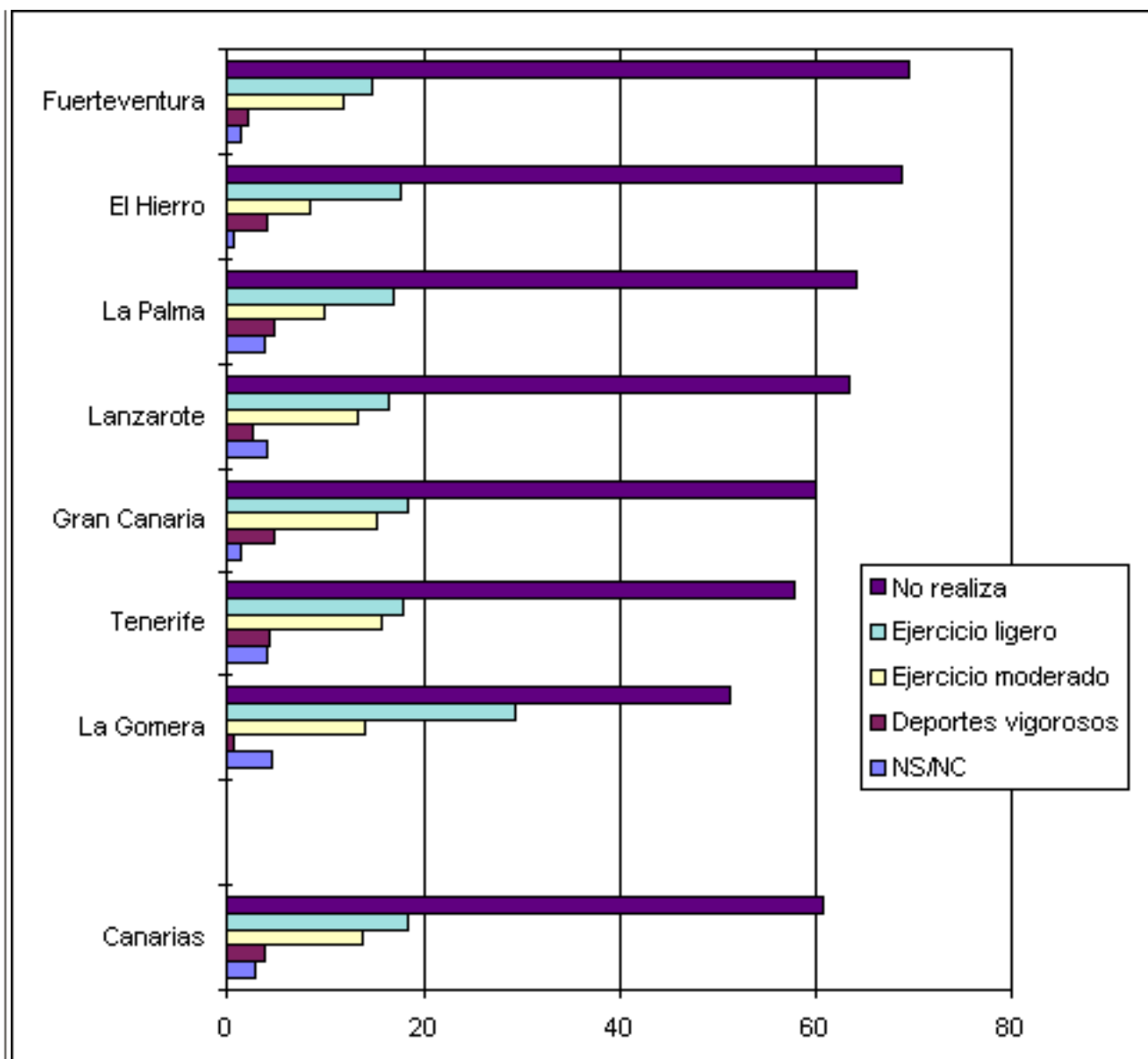
Ejercicio ligero: andar, ir en bicicleta, pescar, jardinería al menos cuatro veces por semana

Ejercicio moderado: correr, nadar, hacer gimnasia, juegos de pelota o deportes vigorosos regularmente

Deportes vigorosos: entrenamiento deportivo varias veces a la semana de deportes vigorosos

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Gráfico 4.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre, según Área de Salud. Canarias, 1997



No realiza: lectura, televisión y actividades que no requieren actividad física

Ejercicio ligero: andar, ir en bicicleta, pescar, jardinería al menos cuatro veces por semana

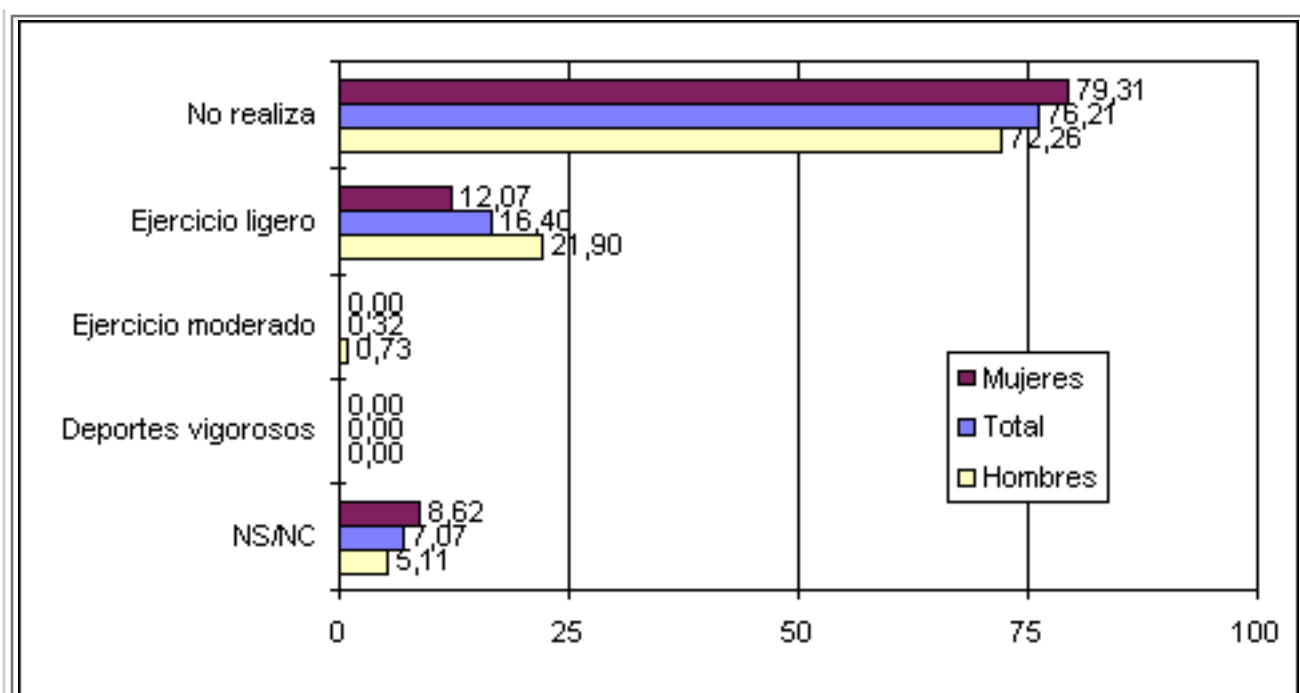
Ejercicio moderado: correr, nadar, hacer gimnasia, juegos de pelota o deportes vigorosos regularmente

Deportes vigorosos: entrenamiento deportivo varias veces a la semana de deportes vigorosos

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

La mayoría de la población canaria mayor de 65 años [2], no realizaba actividad física o sólo actividad ligera en 1997 (Gráfico 5.F5). El 24,1% de la población mayor de 65 años realizaba actividad física diariamente ó 2 ó 3 veces por semana, como mínimo, al menos 30 minutos. No disponemos de información más reciente para evaluar si se ha cumplido o no el objetivo 94 del Plan de Salud de Canarias 1997-2001, según el cual, antes del 2001 la administración municipal y el Gobierno de Canarias aumentarán al menos al 40% el número de personas mayores que hacen ejercicio físico regularmente.

Gráfico 5.F5. Distribución (%) de la población de 65 años y más, por el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre, según género. Canarias, 1997



No realiza: lectura, televisión y actividades que no requieren actividad física

Ejercicio ligero: andar, ir en bicicleta, pescar, jardinería al menos cuatro veces por semana

Ejercicio moderado: correr, nadar, hacer gimnasia, juegos de pelota o deportes vigorosos regularmente

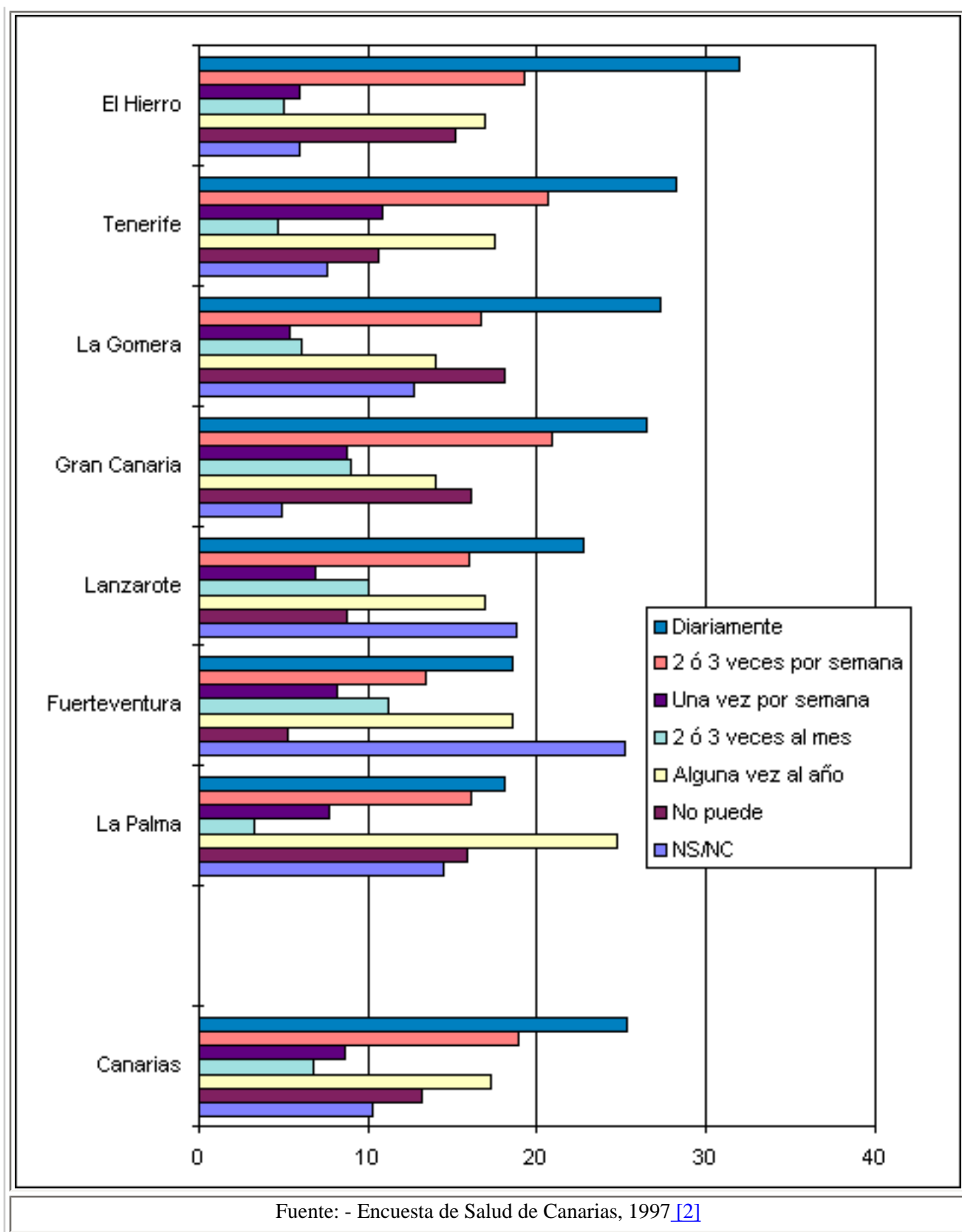
Deportes vigorosos: entrenamiento deportivo varias veces a la semana de deportes vigorosos

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Frecuencia de la actividad física

En relación a la frecuencia de la actividad física [2], un 25,31% de la población encuestada realiza ejercicio físico diariamente (23,59% de mujeres y 27,15% de hombres), un 18,85% lleva a cabo actividad física 2 ó 3 veces por semana (17,23% de mujeres y 20,57% de hombres), un 8,62% (8,70% de mujeres y 8,53% de hombres) hace ejercicio físico una vez en semana, un 6,73% (6,27% de mujeres y 7,23% de hombres) realiza actividad física 2 ó 3 veces al mes, y un 17,19% (19,32% de mujeres y 14,92% de hombres) tiene actividad física, al menos, alguna vez al año. En esta distribución hay un 13,11% de personas que no realiza actividad física por incapacidad o enfermedad. En el Gráfico 6.F5 se refleja, con más detalle, esta distribución por Áreas de Salud.

Gráfico 6.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por la frecuencia de la actividad física, según Área de Salud. Canarias, 1997

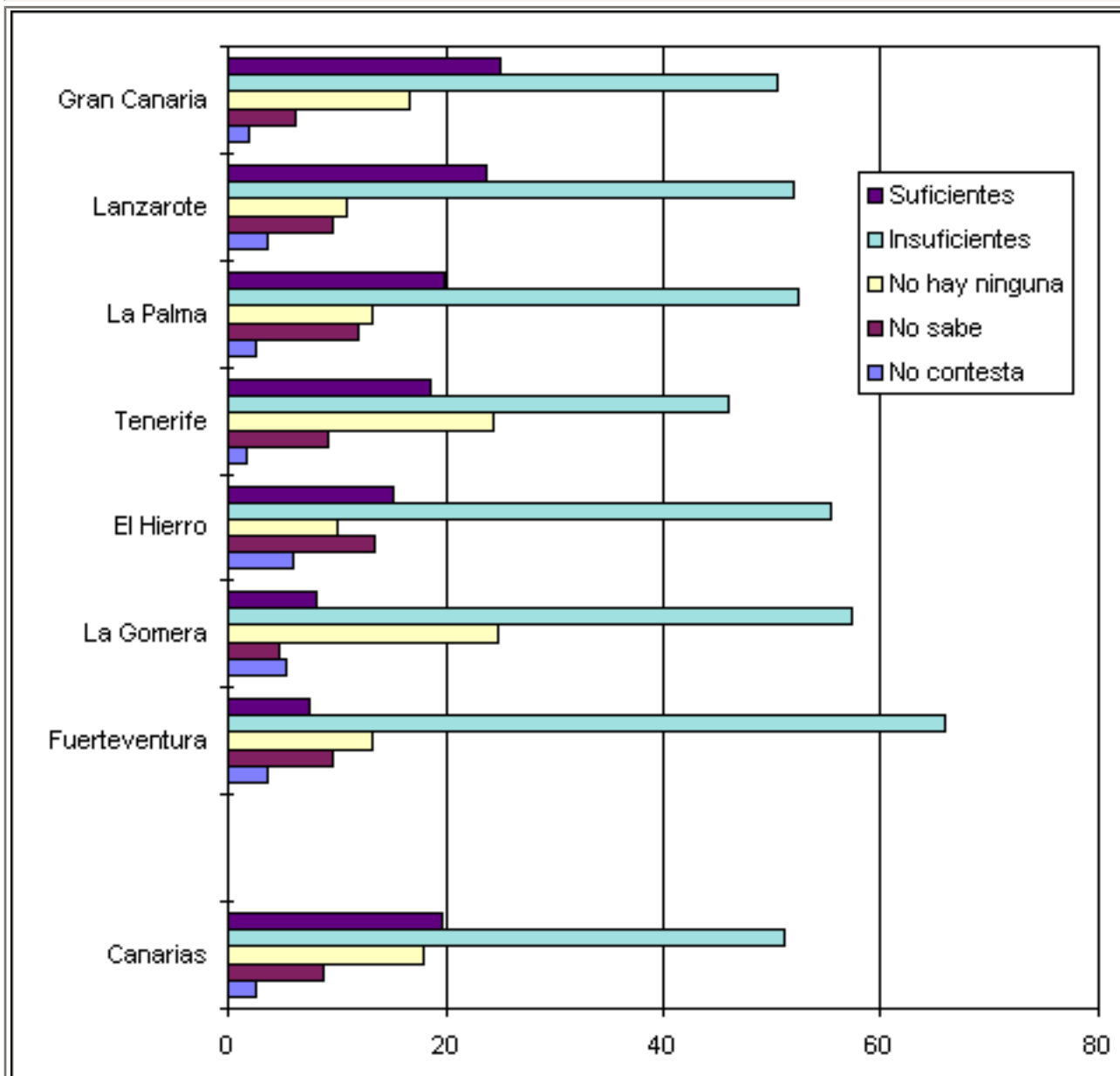


Adecuación de las instalaciones deportivas

Con frecuencia, es el estado de las instalaciones deportivas del barrio o ciudad el que impide un desarrollo de actividad física. Así, el 51,30% de los encuestados y encuestadas opina que las instalaciones son insuficientes (49,61% de mujeres y 53,10% de hombres), el 17,82% informa que

en su barrio o ciudad no hay ninguna instalación deportiva (18,10% de mujeres y 17,52% de hombres), el 8,66% no lo saben o no tienen información (11,31% de mujeres y 5,84% de hombres) y el 19,57% opina que son suficientes (17,49% de mujeres y 21,78% de hombres) [2]. La información desglosada por Áreas de Salud se recoge en el Gráfico 7.F5.

Gráfico 7.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por la valoración de las instalaciones deportivas de su zona, según Área de Salud. Canarias, 1997



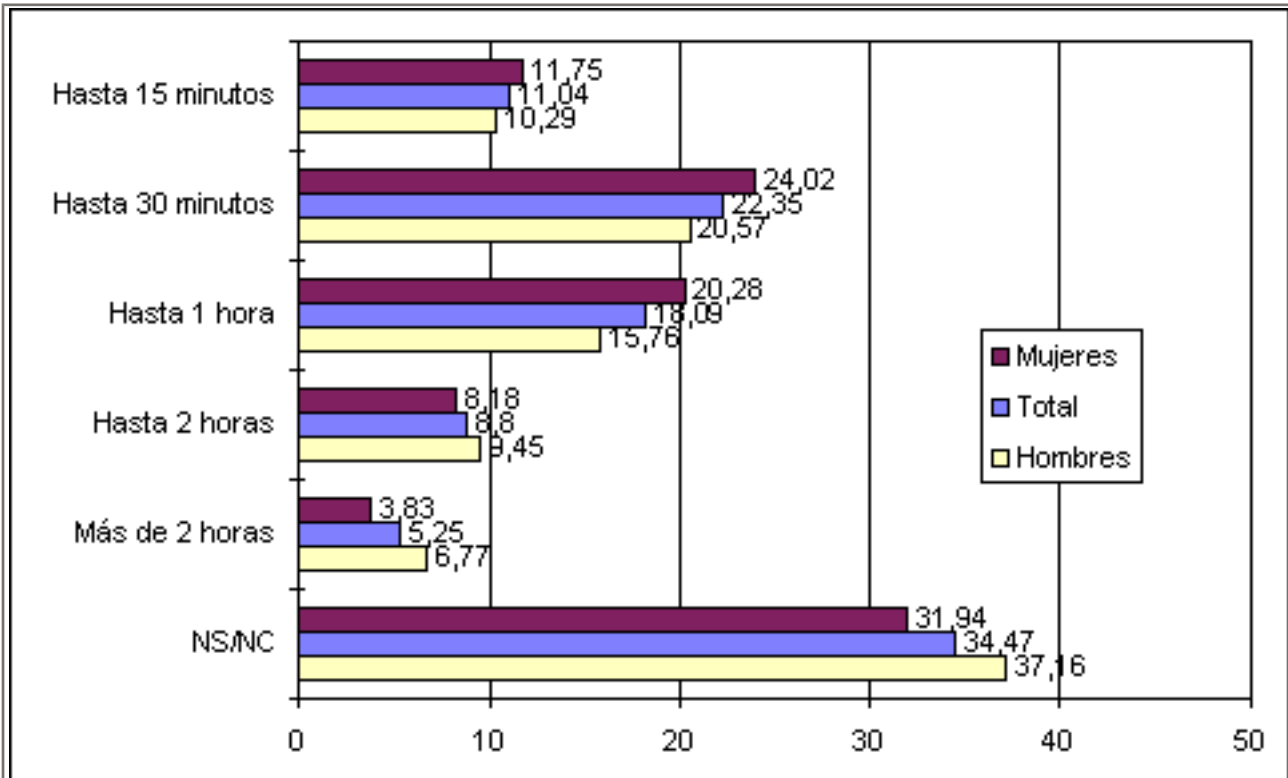
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Tiempo dedicado a caminar

El mayor porcentaje de población encuestada [2] camina diariamente hasta 30 minutos ó 1 hora (Gráfico 8.F5), comprobándose que en cuatro Áreas de Salud, la mayoría de los habitantes caminan

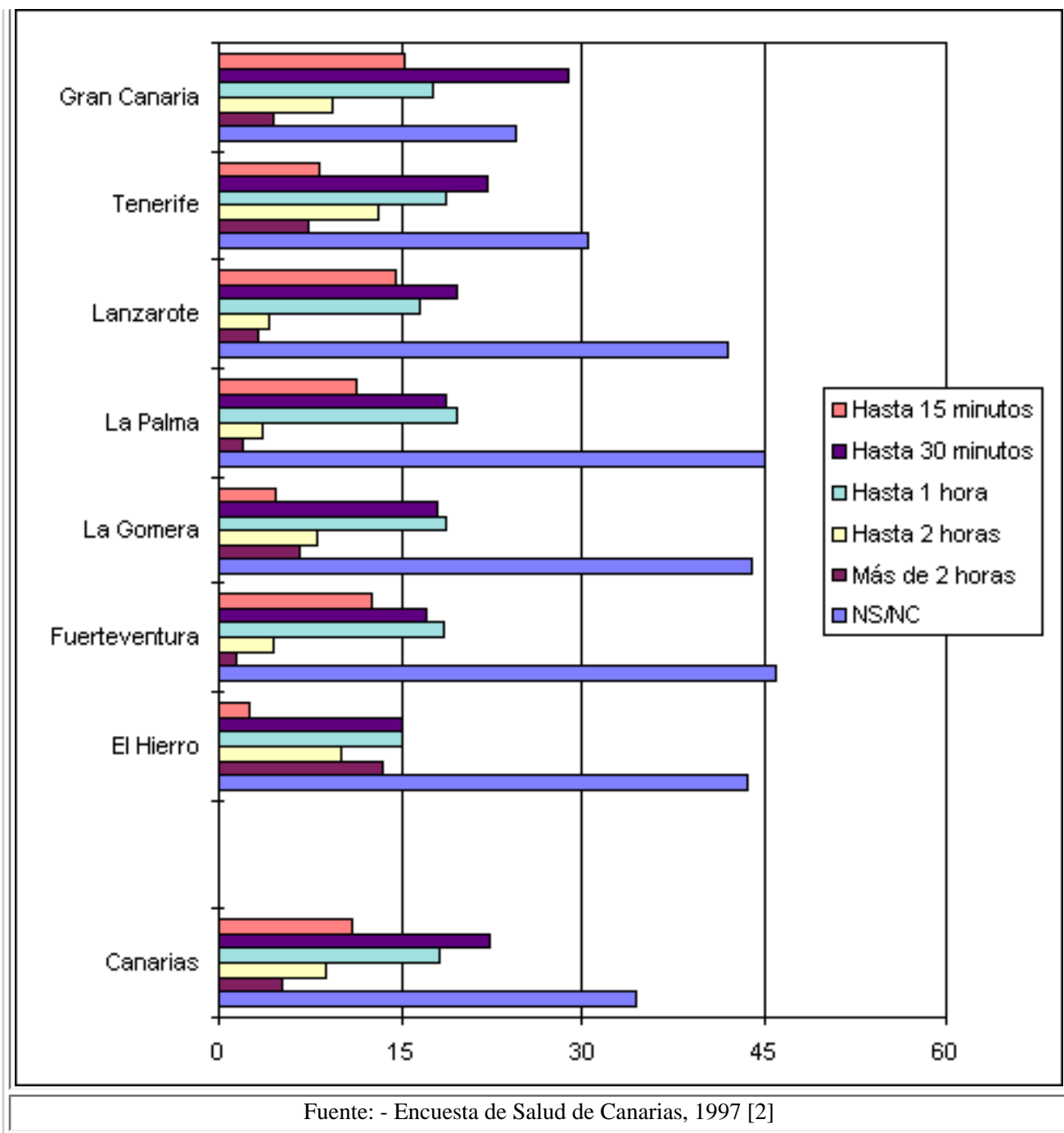
más de una hora al día (Gráfico 9.F5).

Gráfico 8.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el tiempo que camina al día, según género. Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

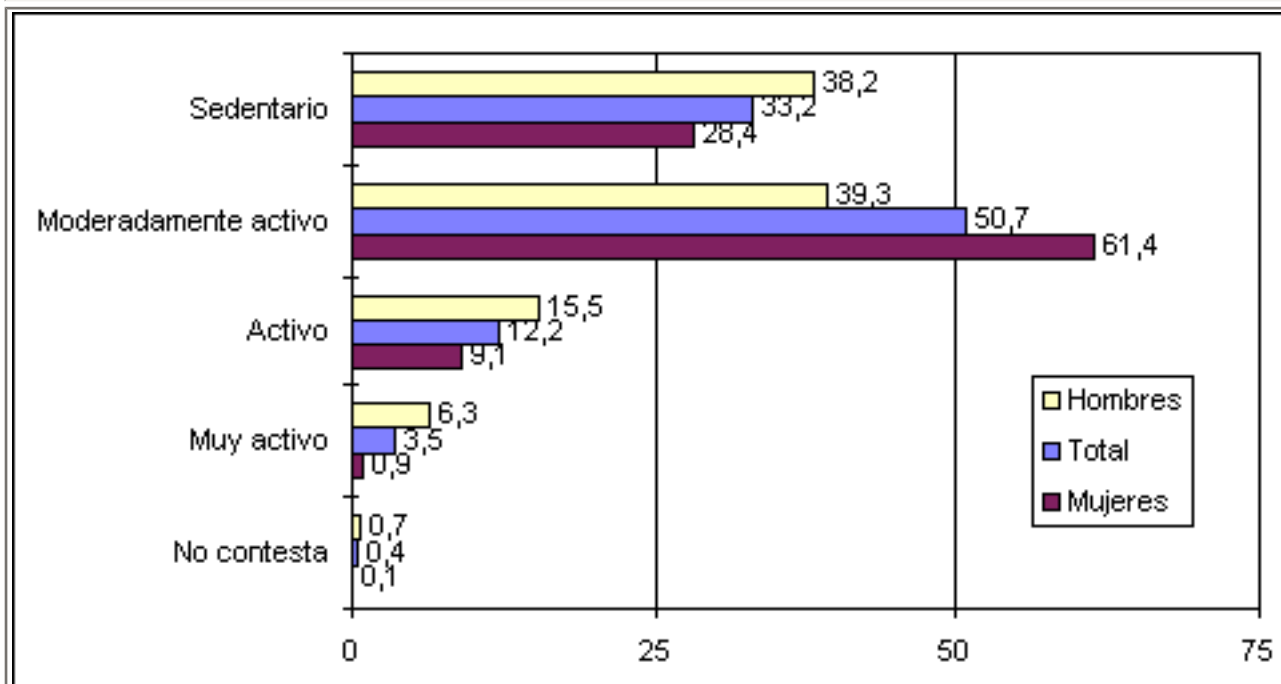
Gráfico 9.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el tiempo que camina al día, según Área de Salud. Canarias, 1997



Tipo de actividad física en el trabajo, estudio u hogar

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [2], y con respecto al ejercicio físico realizado en el trabajo, estudio o labores del hogar, el mayor porcentaje de población tiene actividad sedentaria o moderadamente activa (35,10% y 33,98% respectivamente) (Gráfico 11.F5). A nivel nacional, sin embargo, y teniendo en cuenta las diferencias metodológicas entre una y otra encuesta, la mayoría de la población (50,7%) tiene una actividad moderada en su trabajo (Gráfico 10.F5). La situación varía al analizarlo por Áreas de Salud, comprobándose como, al contrario de la tendencia general, la mayoría de la población realiza una actividad moderada en las islas de La Gomera, Fuerteventura, El Hierro y Gran Canaria (Gráfico 12.F5).

Gráfico 10.F5. Distribución (%) de la población de 16 años y más, por el tipo de actividad física realizada en el trabajo o actividad habitual. España, 1997



Sedentario: sentado la mayor parte de la jornada

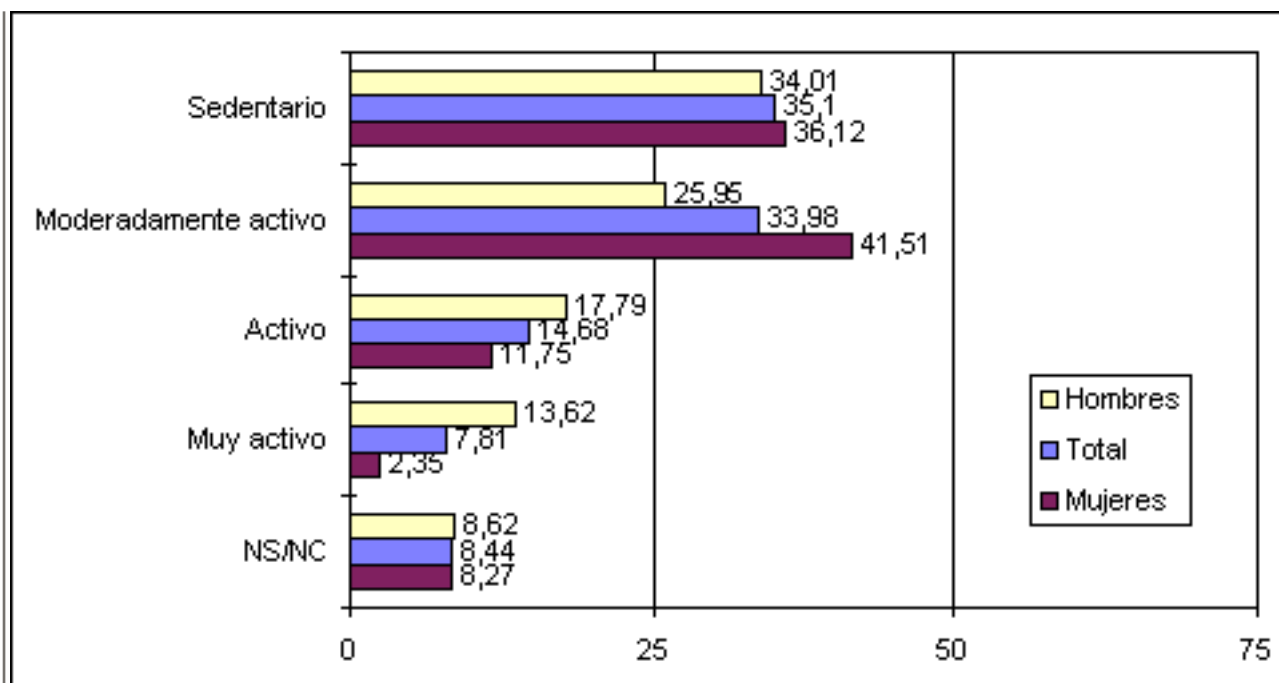
Moderadamente activo: de pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos

Activo: caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes

Muy activo: trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Encuesta Nacional de Salud, 1997 [\[1\]](#)

Gráfico 11.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el tipo de actividad realizada en el trabajo, estudio u hogar; según género. Canarias, 1997



Sedentario: estoy habitualmente sentado durante todo el día y me desplazo en pocas ocasiones

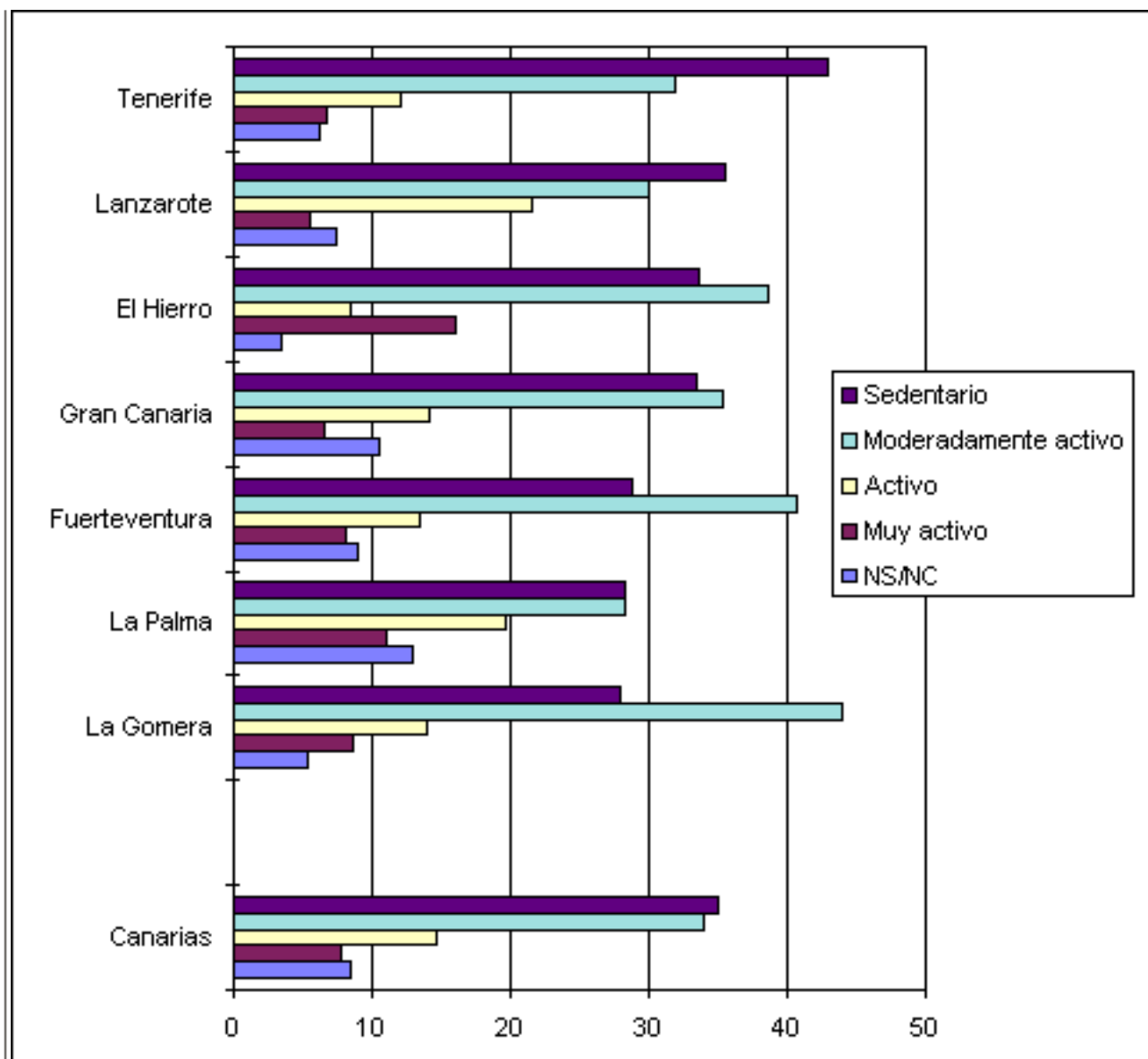
Moderadamente activo: trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos

Activo: transporto cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente

Muy activo: tengo un trabajo duro y/o transporto cargas muy pesadas

Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Gráfico 12.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más por el tipo de actividad física realizada en el trabajo, estudio u hogar; según Área de Salud. Canarias, 1997



Sedentario: estoy habitualmente sentado durante todo el día y me desplazo en pocas ocasiones
 Moderadamente activo: trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos
 Activo: transporte cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente
 Muy activo: tengo un trabajo duro y/o transporto cargas muy pesadas
 Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Horas de sueño

En cuanto al número de horas que duerme habitualmente al día tanto en nuestra comunidad autónoma (Gráficos 14.F5 y 15.F5) como en el conjunto de España (Gráfico 13.F5), la mayoría de los encuestados y encuestadas duerme un mínimo de 8 horas.

Gráfico 13.F5. Distribución (%) de la población de 16 años y más, por el número de horas de sueño, según género. España, 1997

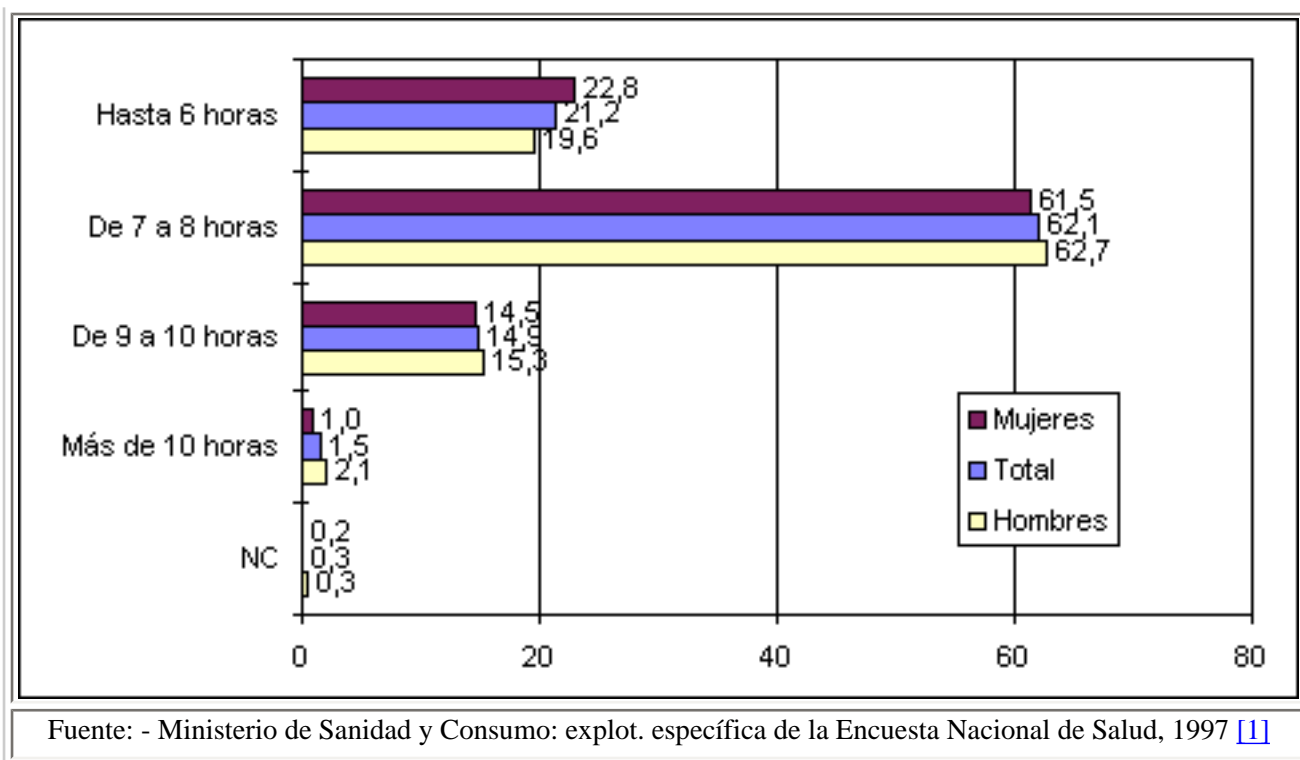


Gráfico 14.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el número de horas que duerme habitualmente al día, según género. Canarias, 1997

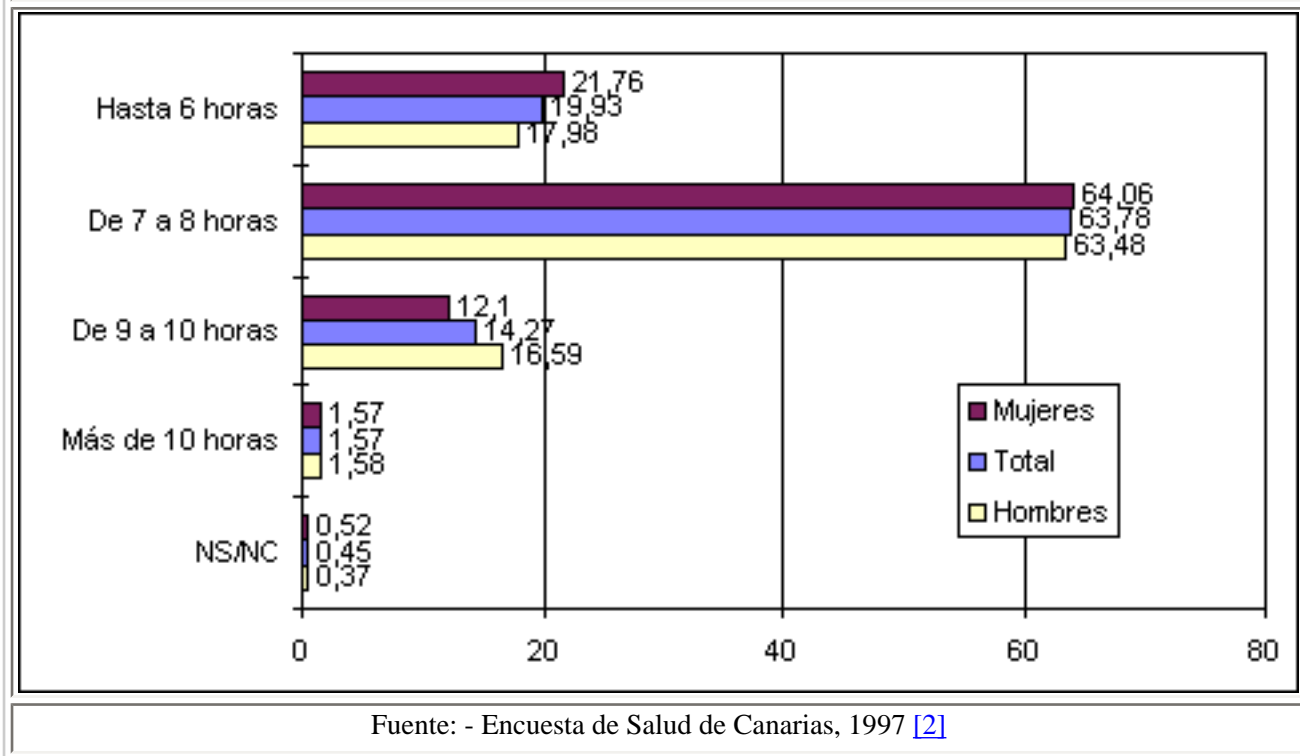
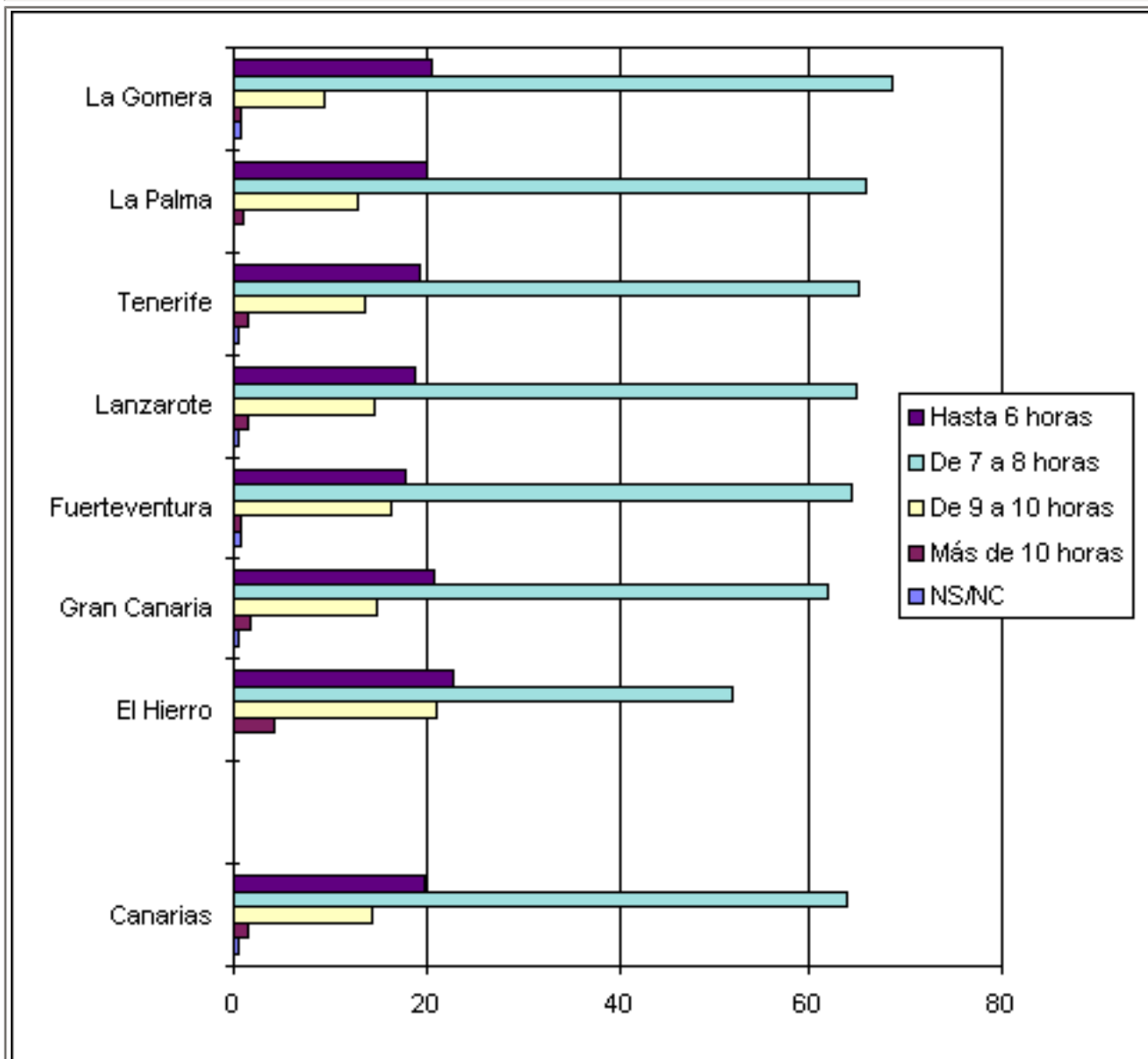


Gráfico 15.F5. Distribución (%) de la población de 15 años y más, por el número de horas que duerme habitualmente al día, según Área de Salud. Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997 [2]

Bibliografía

1. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Encuesta Nacional de Salud, 1997. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid, 1999. ISBN: 84-7670-520-4.
2. **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.
3. **Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias.** Encuesta de Salud, 1990.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



TEMAS:

- [Dotación instalada y en funcionamiento.](#)
- [Distribución de camas instaladas según dependencia funcional.](#)
- [Índices de camas instaladas por 1.000 habitantes según dependencia funcional.](#)
- [Camas hospitalarias en funcionamiento según especialidad e índices por 1.000 habitantes.](#)
- [Especialidades regionales.](#)
- [Camas hospitalarias concertadas.](#)

DOTACIÓN INSTALADA Y EN FUNCIONAMIENTO

Las Tablas I.H3 y II.H3 recogen la dotación instalada y en funcionamiento de los hospitales de las islas, públicos y privados respectivamente, para el año 1996. Las disparidades más importantes entre la dotación instalada y la que estaba en funcionamiento en 1996 se producen en relación a los quirófanos y camas instaladas del sector público con una diferencia de 29 quirófanos y 324 camas, respectivamente (Tabla I.H3).

Tabla I.H3. Dotación instalada y en funcionamiento de los hospitales públicos de Canarias, por Áreas de Salud, según su dependencia funcional, 1996

Áreas de Salud	Incubadoras		Quirófanos		Partos		Salas Rx		Camas	
	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.
Gran Canaria*	41	41	49	40	8	8	29	29	2.039	1.862
Fuerteventura	4	4	3	3	2	2	4	4	105	102
Lanzarote	4	4	6	5	2	2	5	5	242	240
Tenerife	28	28	39	21	8	7	38	38	2.381	2.253
La Gomera	0	0	1	1	2	2	1	1	45	33
El Hierro	1	1	1	1	1	1	1	1	16	16
La Palma	8	6	5	4	2	1	2	2	272	270
Total	86	84	104	75	25	23	80	80	5.100	4.776

* No se incluyen los datos del Hospital Militar del Rey por ser información que exclusivamente maneja el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), 1996

Tabla II.H3. Dotación instalada y en funcionamiento de los hospitales privados de Canarias, por Áreas de Salud, según su dependencia funcional, 1996

Áreas de Salud	Incubadoras		Quirófanos		Partitorios		Salas Rx		Camas	
	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.	Inst	Func.
Gran Canaria	7	2	31	30	4	3	20	20	1.259	1.173
Fuerteventura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanzarote	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tenerife	15	12	34	30	10	10	35	35	1.507	1.437
La Gomera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
El Hierro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Palma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	22	14	65	60	14	13	55	55	2.766	2.610

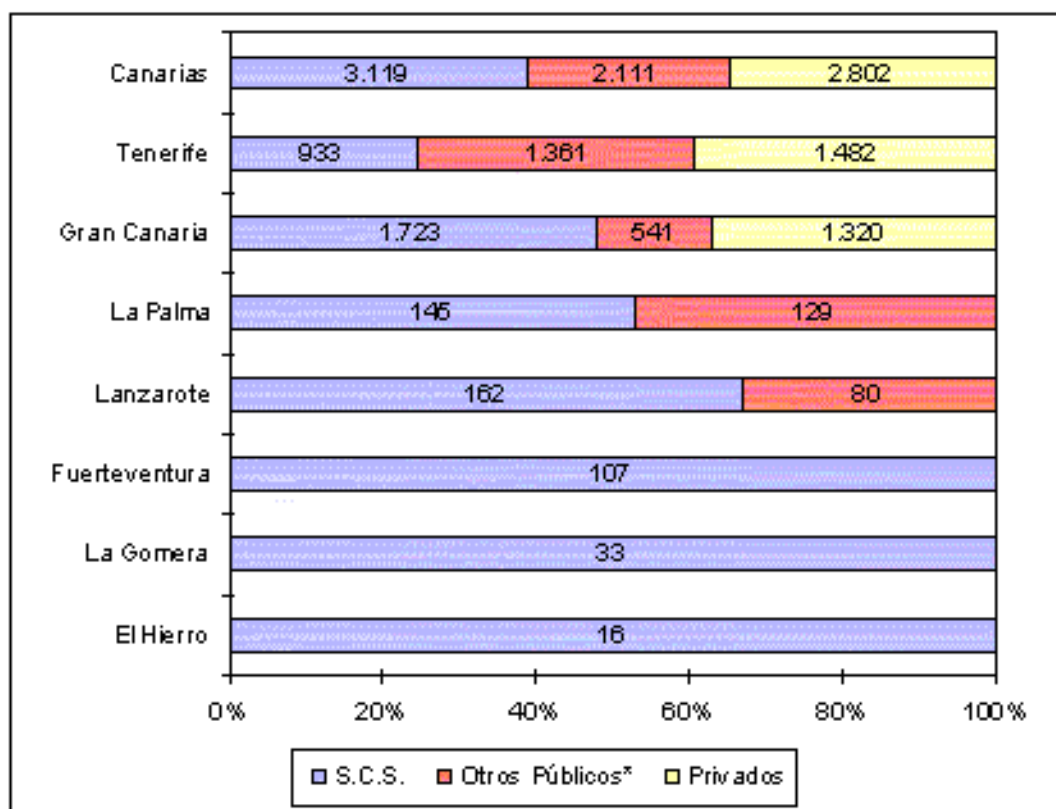
Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), 1996

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS INSTALADAS SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL

Las 8.032 camas hospitalarias instaladas que tiene Canarias a la fecha de 31 de diciembre de 1998, se distribuyen en 2.802 privadas y 5.230 públicas, lo que representa un 34,9% y un 65,1%, respectivamente del total de camas (Gráfico 1.H3).

Se produce un decremento en el número de camas instaladas de Gran Canaria con dependencia funcional del Cabildo, que se corresponde con un incremento idéntico en el número de camas correspondientes al Servicio Canario de Salud. Ello es debido a que el Hospital de San Roque de Guía y algunos servicios del Hospital Psiquiátrico Insular pasan a formar parte del Complejo Hospitalario El Pino/Sabinal, del Servicio Canario de Salud.

Gráfico 1.H3. Camas hospitalarias instaladas según dependencia funcional, por Áreas de Salud, 1998

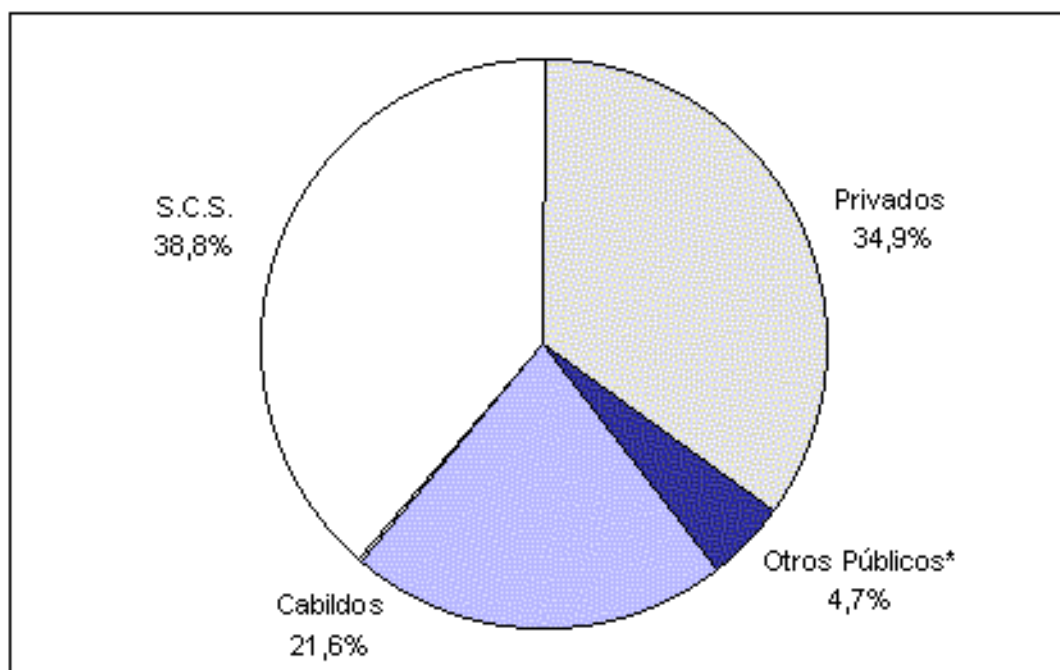


* Incluidas las 320 camas del Hospital Militar del Rey correspondientes al año 1996

Fuente: -Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)

Tal como exponíamos en epígrafes anteriores, el número más elevado de camas se sitúa en las islas de Tenerife y Gran Canaria por ser las más pobladas, localizándose además en ellas la totalidad de camas privadas, siendo cubierta la asistencia sanitaria en las islas no capitalinas por camas hospitalarias públicas dependientes funcional y patrimonialmente de los Cabildos Insulares y del Servicio Canario de Salud. En el Gráfico 2.H3 se expone el porcentaje de camas hospitalarias instaladas del Archipiélago, según su dependencia funcional, verificándose que los porcentajes más elevados son los del Servicio Canario de Salud, seguido del sector privado y Cabildos (sector público). Hay que tener presente, sin embargo, que muchas de las camas del sector privado se sitúan en clínicas pequeñas y que dentro del porcentaje de camas de Cabildos se encuentran las de larga estancia en las que, en muchos casos, se ingresan personas mayores con problemas de tipo socio-sanitario.

Gráfico 2.H3. Camas hospitalarias instaladas por dependencia funcional. Canarias, 1998

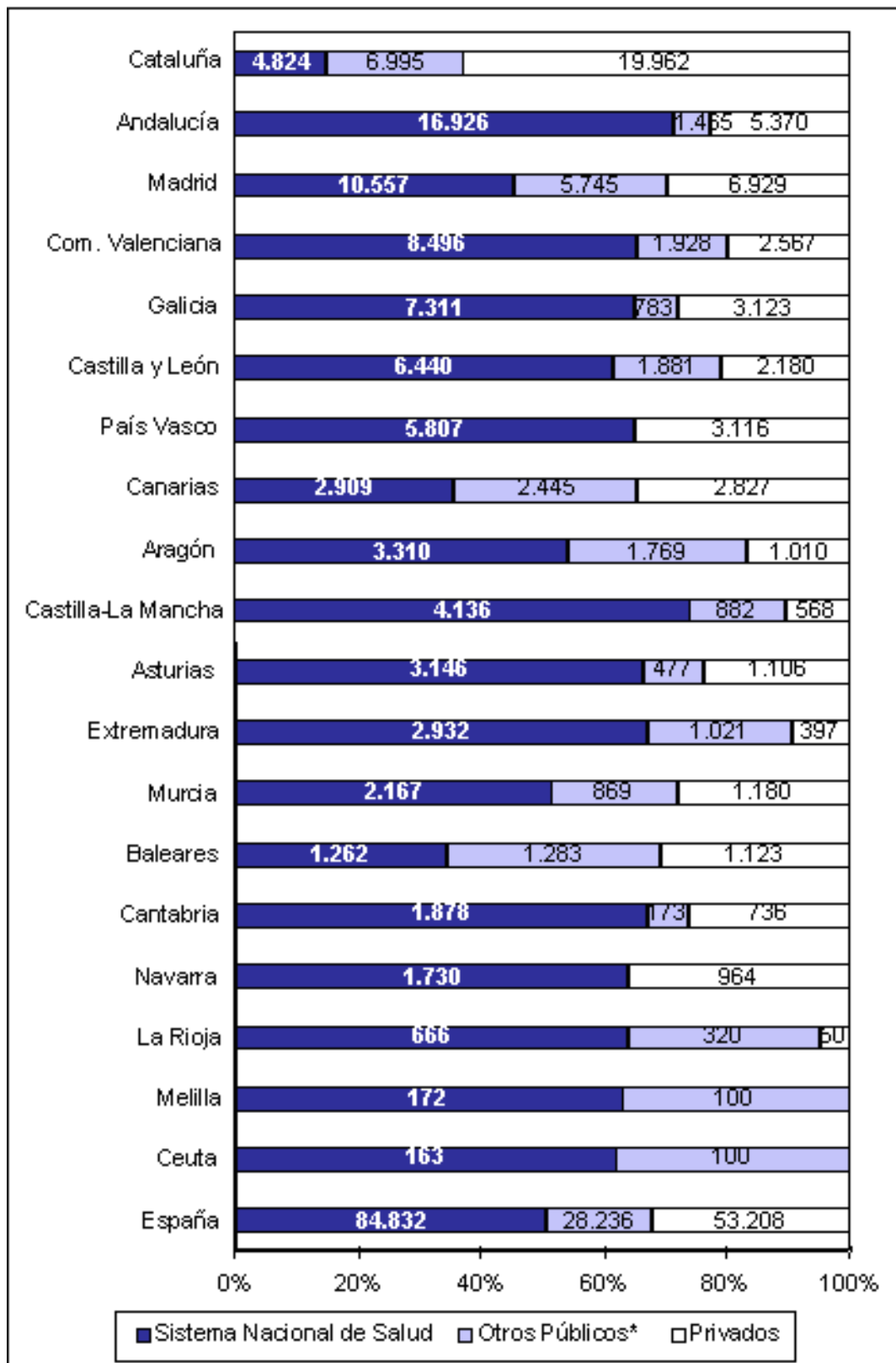


* Incluidas las 320 camas del Hospital Militar del Rey correspondientes al año 1996

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)

En relación al resto de comunidades autónomas, Canarias ocupa el octavo lugar con respecto al número absoluto de camas hospitalarias instaladas, según información del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Instituto Nacional de Estadística. Sin embargo, este dato por sí mismo no nos da suficiente información porque no se relaciona con la población a atender. Por ello se calcula el indicador "camas por habitantes" que se analiza en el siguiente apartado.

Gráfico 3.H3. Distribución de las camas hospitalarias instaladas por comunidades autónomas, según su dependencia funcional, 1997



* Incluidas las camas del Ministerio de Defensa

ÍNDICES DE CAMAS INSTALADAS POR 1.000 HABITANTES SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Como comprobamos en la Tabla III.H3, el índice de camas por 1.000 habitantes del año 1998 para el total del Archipiélago es de 4,93‰ (5,00‰ considerando la población de derecho de 1996), siendo para 1997 de 5,09‰ según la información manejada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística (Tabla IV.H3).

Tabla III.H3. Índices de camas hospitalarias instaladas, según dependencia funcional por 10³ habitantes de derecho de cada Área de Salud y provincias para las islas capitalinas, 1998

Áreas de Salud	S.C.S.	Otros Públicos*	Total Públicos	Total Privados	Total
Provincia de Las Palmas	2,03	0,64	2,66	1,55	4,22
Gran Canaria	2,41	0,76	3,16	1,84	5,01
Fuerteventura	2,18	0,00	2,18	0,00	2,18
Lanzarote	1,91	0,94	2,85	0,00	2,85
Provincia de Santa Cruz de Tenerife	1,20	1,74	2,94	1,90	4,84
Tenerife	1,38	2,01	3,39	2,19	5,57
La Gomera	1,97	0,00	1,97	0,00	1,97
El Hierro	2,08	0,00	2,08	0,00	2,08
La Palma	1,85	1,65	3,50	0,00	3,50
Canarias	1,91	1,30	3,21	1,72	4,93

* Incluidas las 320 camas del Hospital Militar del Rey correspondientes al año 1996

Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)

- INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal a 1 de enero de 1998; **Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

Analizando los datos de forma pormenorizada, constatamos una diferencia entre los índices insulares del Servicio Canario de Salud y otros públicos en las islas de Gran Canaria (2,41‰ y 0,76‰) y Tenerife (1,38‰ y 2,01‰).

Continuando con el análisis de los índices del citado cuadro y considerando como denominador la población de derecho de cada una de las islas, observamos que los más elevados son los de Tenerife y Gran Canaria (5,57‰ y 5,01‰ respectivamente) y que aún siguen siendo los más elevados al incluir la población de sus correspondientes provincias (4,84‰ y 4,22‰). Sin embargo, los índices más altos de los hospitales del Servicio Canario de Salud son los de las islas de Gran Canaria (2,41‰), Fuerteventura (2,18‰), El Hierro (2,08‰) y La Gomera (1,97‰), siendo las islas de Tenerife (1,38‰), La Palma (1,85‰) y Lanzarote (1,91‰) las de más bajos índices, que descienden aún más en éstas últimas al considerar los provinciales (2,03‰ y 1,20‰). Este hecho se explica en base a las transferencias de recursos sanitarios que se han producido desde el Cabildo de Gran Canaria al Servicio Canario de Salud.

Conviene comentar, una vez más, que las camas del Servicio Canario de Salud son camas destinadas a procesos agudos, no siendo éste el caso de gran parte del resto de hospitales públicos (Cabildos) que se dedican a atender procesos de media y larga estancia. Al analizar el conjunto de índices de camas hospitalarias públicas incluyendo estas últimas comprobamos que son las islas de Tenerife y La Palma las que tienen los más altos (3,39‰ y 3,50‰) junto con los de Gran Canaria (3,16‰) y Lanzarote (2,85‰). Los índices del sector privado no muestran grandes diferencias entre las dos islas que cuentan con este tipo de recursos, Gran Canaria (1,84‰) y Tenerife (2,19‰).

Tabla IV.H3. Índices de camas hospitalarias por 10³ habitantes por comunidades autónomas, según la entidad jurídica de quien dependen los hospitales, 1997

Comunidades autónomas	Sistema Nacional de Salud	Otros Públicos	Privados	Total
Canabria	3,56	0,33	1,40	5,28
Cataluña	0,79	1,15	3,28	5,22
Navarra	3,32	-	1,85	5,18
Aragón	2,79	1,49	0,85	5,13
Canarias	1,81	1,52	1,76	5,09
Baleares	1,66	1,69	1,48	4,82
Madrid	2,10	1,14	1,38	4,63
Melilla	2,89	1,68	-	4,57
Asturias	2,89	0,44	1,02	4,35
País Vasco	2,77	-	1,49	4,25
España	2,14	0,71	1,34	4,19
Castilla y León	2,57	0,75	0,87	4,19
Galicia	2,67	0,29	1,14	4,09
Extremadura	2,74	0,95	0,37	4,06
La Rioja	2,51	1,21	0,19	3,91
Murcia	1,97	0,79	1,08	3,84
Ceuta	2,37	1,45	-	3,82
Andalucía	2,34	0,20	0,74	3,28
Castilla-La Mancha	2,42	0,52	0,33	3,26
Com. Valenciana	2,12	0,48	0,64	3,24

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1997

INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996

Realizando comparaciones entre los datos reflejados en este último cuadro, observamos que Canarias se sitúa 0,90 puntos por encima del promedio estatal (4,19‰), estando el del Servicio Canario de Salud 0,33 puntos por debajo de su correspondiente nacional y superando el de otros del sector público y privados en 0,81 y 0,42 puntos, respectivamente. Es decir, que en cuanto a camas del Sistema Nacional de Salud por habitantes, Canarias está por debajo de la media estatal (el año de comparación es 1997) situándose, sin embargo, por encima del promedio del Estado en el resto de camas del sector público (Cabildos, Corporaciones Locales y Ministerio de Defensa) y privado. Sin embargo, el índice de camas públicas (Sistema Nacional de Salud y otros del sector público) por 1.000 habitantes en Canarias está 0,48 puntos por encima de su correspondiente nacional.

CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO SEGÚN ESPECIALIDAD E ÍNDICES POR 1.000 HABITANTES.

Tabla V.H3. Camas hospitalarias en funcionamiento (públicas y privadas), según especialidad e índices por 10³ habitantes de derecho, por Áreas de Salud. Canarias, 1996

Áreas de Salud	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro	Canarias
----------------	-----------	---------------	--------------	----------	-----------	----------	-----------	----------

Áreas de Salud	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro	Canarias
Especialidades	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices	Camas e índices
Medicina y con. médicas	68 1.10	27 0.81	763 1.32	1.012 1.87	11 0.77	30 0.44	8 1.14	1.919 1.47
Cirugía y esp. quirúrgicas	36 0.58	22 0.66	534 0.93	657 1.21	6 0.42	50 0.74	4 0.57	1.309 1.00
Traumatología y Ortopedia	22 0.28	9 0.21	158 0.22	340 0.51	8 0.47	10 0.12	0	547 0.34
Obstetricia y Ginecología	32 1.06	28 1.77	217 0.75	230 0.83	5 0.70	30 0.87	3 0.86	545 0.83
Obstetricia	16 0.71	18 1.46	137 0.68	129 0.69	4 0.96	20 0.96	2 1.03	326 0.73
Ginecología	16 0.53	10 0.63	78 0.27	101 0.36	1 0.14	10 0.29	1 0.29	217 0.33
Pediatría	18 1.14	16 1.64	190 1.39	205 1.66	3 1.14	12 0.88	1 0.77	445 1.47
Med. Pediátrica	-	-	115 0.84	115 0.93	-	12 0.88	1 0.77	243 0.80
Cir. Pediátrica	-	-	30 0.22	28 0.23	-	0	0	58 0.19
Neonatología	-	-	45 5.68	62 8.40	-	0	0	107 5.97
Rehabilitación	0	0	94 0.13	86 0.13	0	0	0	180 0.11
Med. Intensiva	4 0.05	0	87 0.12	116 0.17	0	5 0.06	0	212 0.13
U.C.I.	4 0.05	0	55 0.08	88 0.13	0	5 0.06	0	152 0.09
U. Coronarios	0	0	22 0.03	12 0.02	0	0	0	34 0.02
U. Intensivos Neonatales	0	0	10 1.26	9 1.22	0	0	0	19 1.06
U Quemados	0	0	0	3 0.005	0	0	0	3 0.002
Lanza Estancia	48 8.09	0	566 8.05	595 8.22	0	127 10.05	0	1.336 7.93
Psiquiatría	8 0.10	0	376 0.53	291 0.44	0	6 0.07	0	681 0.42
U. Azudos	-	0	55 0.08	70 0.11	0	6 0.07	0	131 0.08
U. Lanza Estancia	-	0	266 0.37	220 0.33	0	0	0	486 0.30
Otras	4 0.05	0	50 0.07	59 0.09	0	0	0	113 0.07
Total	240 3,10	102 2,38	3.035 4,25	3.690 5,54	33 1,94	230 3,31	15 1,80	7.386 4,60

- Datos no facilitados por los Centros Hospitalarios

Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1996 (datos provisionales)

- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, año 1996

- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

Lo primero que observamos en la Tabla V.H3 es que son las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria las que tienen prácticamente todas las especialidades, puesto que en ellas se localizan los hospitales de

referencia. El resto de las Áreas tiene sólo camas de las especialidades básicas en correspondencia con los hospitales generales o comarcales que poseen.

Con respecto a la media de Canarias en camas de medicina interna y especialidades médicas, es el Área de Salud de Tenerife la que tiene el índice más elevado con 1,87‰, seguida de Gran Canaria, 1,32‰, siendo el más bajo el de La Palma, 0,44‰. Esta situación se repite en cirugía general y especialidades quirúrgicas ya que los índices más altos los poseen las mismas Áreas (Tenerife, 1,21‰ y Gran Canaria 0,93‰), siendo en esta especialidad la isla de La Gomera, con 0,42‰ la que ocupa el último lugar. En el caso de las especialidades pediátricas, comprobamos que medicina pediátrica no está presente en todas las islas, teniendo los más bajos índices El Hierro con 0,77‰ y Gran Canaria con 0,84‰ y los más altos, Tenerife con 0,93‰ y La Palma con 0,88‰. Cirugía pediátrica, al ser una especialidad regional, sólo se encuentra en las islas de Tenerife y Gran Canaria, no observándose grandes oscilaciones entre sus índices insulares (0,23‰ y 0,22‰) o provinciales (0,20‰ y 0,18‰), e intensivos neonatales con un índice de 1,22‰ en Tenerife y un 1,26‰ en Gran Canaria, que se transforman en 1,08‰ y 1,04‰ para ambas provincias, al considerar los nacidos en ellas durante 1996. Este hecho se explica por ser ambas especialidades regionales. Por último, sólo figuran camas de neonatología en Gran Canaria y Tenerife, con un índice mayor para esta última. En ginecología y obstetricia, los índices más elevados se encuentran en las islas periféricas. Esto podría deberse a que determinadas especialidades consideradas como básicas se encuentran bastante equilibradas en estas islas con respecto a la media de Canarias, por desarrollarse en hospitales básicos o comarcales. Camas de psiquiatría sólo figuran en los hospitales de Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote y La Palma, quedando tres de las islas sin esta cobertura. Las camas de larga estancia se analizan con más detenimiento en los capítulos dedicados a recursos sociosanitarios (véase pág.). Las camas de cuidados intensivos se ubican en los hospitales de Tenerife, Gran Canaria, La Palma y

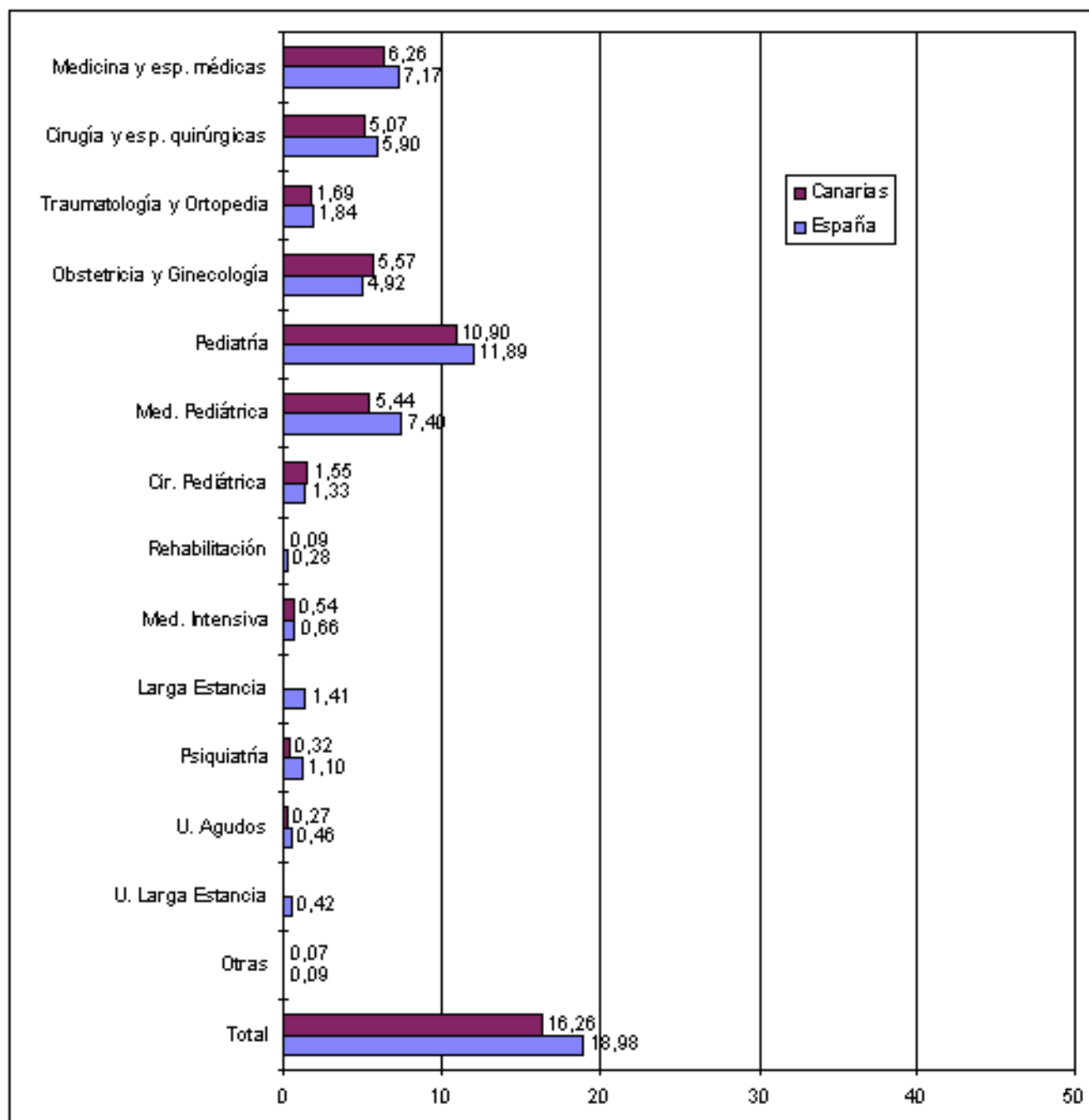
Lanzarote, siendo los índices de estas dos últimas islas los más elevados.

Los índices de camas de los hospitales públicos de referencia se analizaron tomando como población la de la provincia respectiva, por lo que no volvemos a considerarlo en este caso.

En los Gráficos 4.H3, 5.H3 y 6.H3 se exponen los índices de camas en funcionamiento según especialidad para los sectores públicos y privados por cada 10.000 habitantes, así como sus referentes estatales. Los índices de camas del Sistema Nacional de Salud (en nuestro caso, Servicio Canario de Salud), nos muestran un déficit de todas las especialidades con respecto a la media del país con excepción de obstetricia y ginecología y cirugía pediátrica. Sin embargo, no debemos olvidar que los recursos públicos del Servicio Canario de Salud son complementados con los pertenecientes a los Cabildos Insulares. Por ello, al analizar los índices de otros hospitales públicos comprobamos que todos son más elevados que la media del país, destacando entre todos los recursos de larga estancia (45,78 por 104). Estos mismos recursos son los que más se desvían por exceso, con respecto a su media estatal en el caso de los hospitales privados (21,73 puntos por encima). El resto de índices de camas de este último sector se encuentra por encima del promedio, con excepción de obstetricia y ginecología, pediatría y psiquiatría.

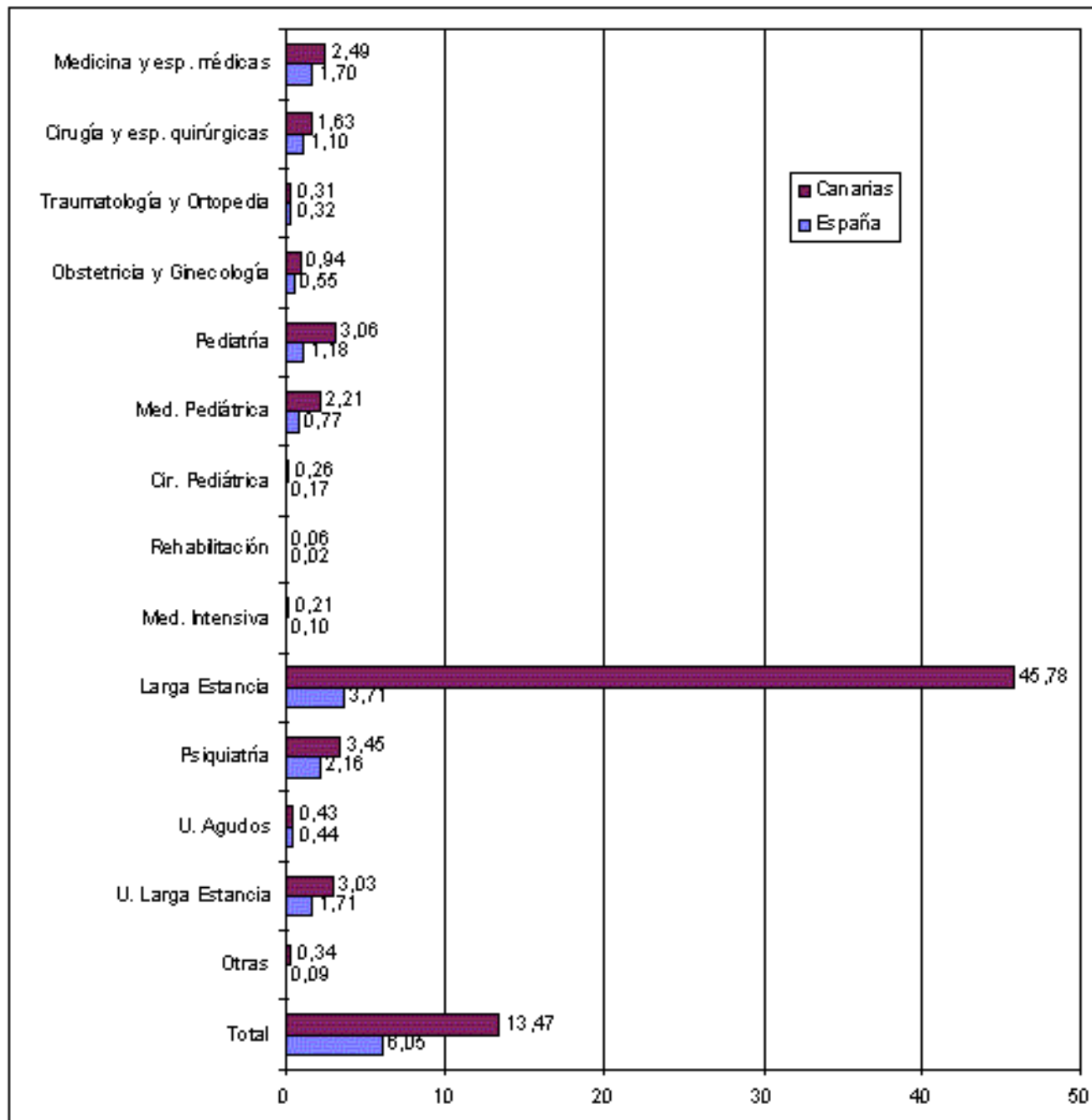
Las grandes diferencias en los índices de camas de crónicos observadas en los sectores que tienen estos recursos se explican porque muchas de estas camas cubren una necesidad más social que asistencial.

Gráfico 4.H3. Índices de camas en funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (1995) y del Servicio Canario de Salud (1996), según especialidad por 10⁴ habitantes



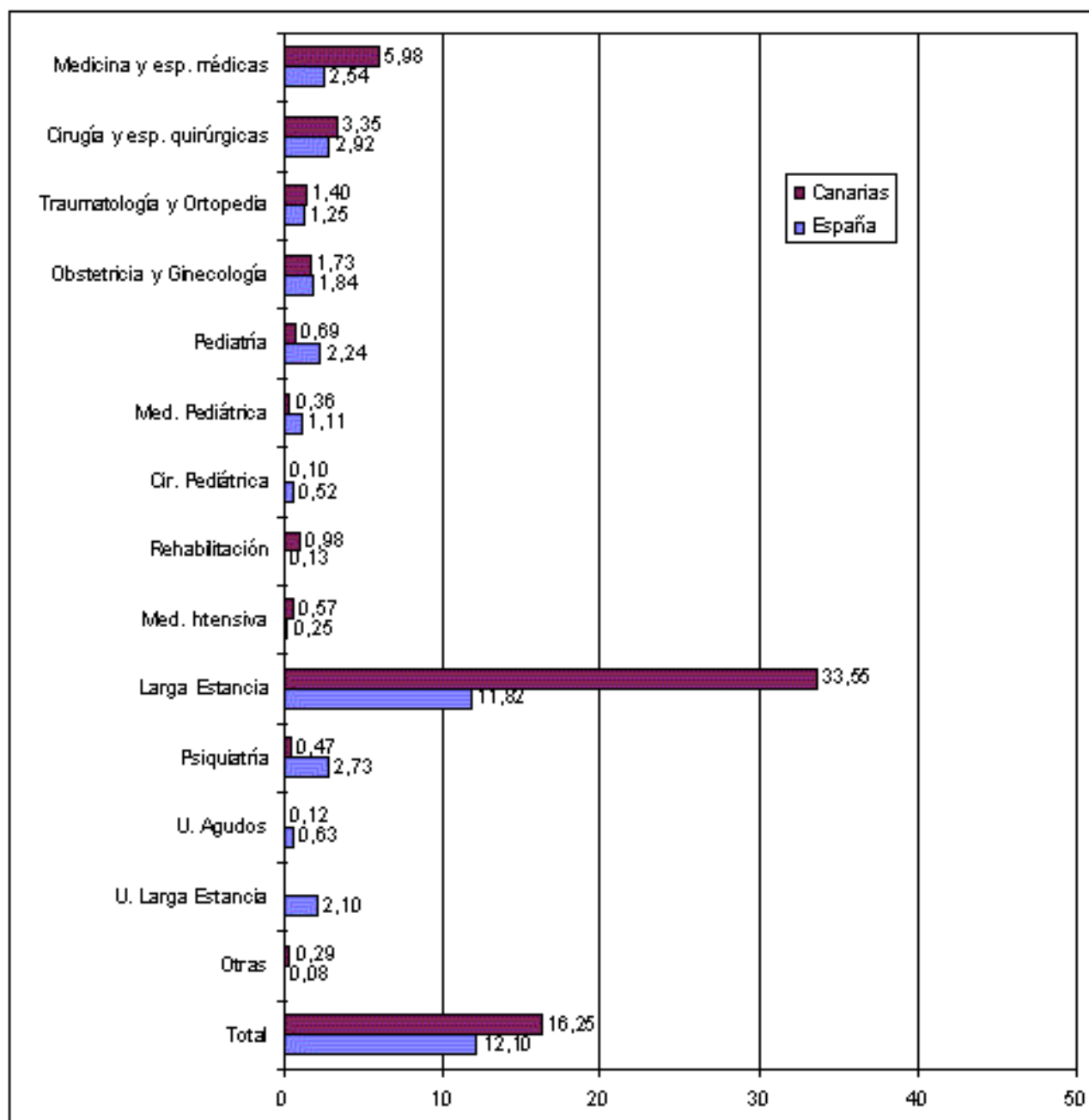
Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1995
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, año 1996
 - INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias

Gráfico 5.H3. Índices de camas en funcionamiento en Hospitales Públicos no pertenecientes al S.N.S. (1995) ni al S.C.S. (1996), según especialidad por 10⁴ habitantes



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1995
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, año 1996
 - INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación de lPadrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

Gráfico 6.H3. Índices de camas en funcionamiento en Hospitales privados, según especialidad por 10⁴ habitantes. España (1995) y Canarias (1996)



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1995
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, año 1996
 - INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias

ESPECIALIDADES REGIONALES

Son aquellas que por sus características tecnológicas y de especialización del personal se ofertan para cubrir la demanda de una población superior a un millón de habitantes como criterio de eficiencia. En la Tabla VI.H3 se expone el análisis de las camas en funcionamiento para especialidades regionales y sus

índices en relación a la población a la que están destinadas comparándolos con los estándares nacionales disponibles.

En los servicios sanitarios públicos la eficiencia tiene que buscar el equilibrio con la equidad y este equilibrio es especialmente difícil de lograr en un territorio geográficamente fragmentado, alejado y en el que la distribución de la población es heterogénea (87% de la población reside en 2 de las 7 islas). Por esta razón los servicios de alta especialización estudiados se duplican, e incluso casi llegan a triplicarse, como en el caso de cirugía maxilofacial y centros de transfusión. Aunque la población de derecho de Canarias recogida en la renovación del Padrón Municipal de 1998 es de más de millón y medio de habitantes, desde el punto de vista de la planificación no se justifica esta duplicación en algunas de las especialidades y, menos aún, si consideramos que en la puesta en marcha de algunos servicios no se han seguido criterios de equidad, como es el caso de cirugía pediátrica, con dos servicios en Santa Cruz de Tenerife y uno en Las Palmas.

Tabla VI.H3. Servicios y camas en funcionamiento e índices por millón de habitantes de los servicios de alta especialización de los hospitales públicos de Canarias, 1999

Especialidad	camas en 1999	camas/millón de hab.	servicio-unidad/1.630.015 hab. de derecho	criterios Min. Sanidad y Consumo	diferencia
Cirugía Cardíaca*				1 servicio/1-1,5 millón de hab.	
Canarias	25	15,96	2	1,1	0,9
Las Palmas	10	6,22	1	0,6	0,4
Santa Cruz de Tenerife	15	9,34	1	0,5	0,5
Cirugía Maxilofacial				1 servicio/1,5 millón de hab.	
Canarias	40	24,90	4	1,1	2,9
Las Palmas	16	9,96	2	0,6	1,4
Santa Cruz de Tenerife	24	14,94	2	0,5	1,5
Neurocirugía**				1 servicio/750.000 hab.	
Canarias	92	57,27	4	2,2	1,8
Las Palmas	39	24,28	2	1,1	0,9
Santa Cruz de Tenerife	53	32,99	2	1,0	1,0
Cirugía Pediátrica				1 unidad/millón de hab.	
Canarias	48	29,88	3	1,6	1,4
Las Palmas	27	16,81	1	0,8	0,2
Santa Cruz de Tenerife	21	13,07	2	0,8	1,2
Centros de Transfusión				1 centro/1-1,5 millón de hab.	
Canarias	42	26,14	4	1,1	2,9
Las Palmas	16	9,96	2	0,6	1,4
Santa Cruz de Tenerife	26	16,18	2	0,5	1,5

* Incluye cirugía cardíaca infantil, cuyos requerimientos son 1 servicio/6 millones de hab.

** Incluye unidad de radiocirugía, cuyos requerimientos son 1 unidad/4-8 millones de hab.

Fuentes: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
 - Ministerio de Sanidad y Consumo: Criterios de ordenación de recursos 1996
 - INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal

CAMAS HOSPITALARIAS CONCERTADAS

Las camas concertadas, utilizadas por el Servicio Canario de Salud, con los centros hospitalarios no pertenecientes a su red asistencial son 3.563, según datos para el 31 de diciembre de 1996, estableciéndose dichos conciertos con 28 centros sanitarios de las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife (Tablas VII.H3 y VIII.H3) en su mayoría privados (64,3% del total de centros concertados). En cuanto a la asistencia prestada por dichas camas, 2.389 (el 67,1%) se concertan para atender procesos médicos o quirúrgicos de carácter agudo, asistiéndose en las 1.174 restantes (32,9%) a enfermos cuya patología requiere hospitalizaciones de media y larga estancia.

Tabla VII.H3. Hospitales y camas de agudos concertadas e índices por 10³ habitantes, por Áreas de Salud y dependencia funcional. Canarias, 1996

Depend. función.	Cabildos			Otros Públicos*			Privados			Total		
	Áreas de Salud	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas
Gran Canaria	3	56	0,08	0	0	0,00	9	672	0,94	12	728	1,02
Lanzarote	1	32	0,41	0	0	0,00	0	0	0,00	1	32	0,41
Tenerife	5	715	1,07	1	54	0,08	9	860	1,29	15	1.629	2,45
Total	9	803	0,55	1	54	0,04	18	1.532	1,05	28	2.389	1,64

* No se incluye el Hospital Militar del Rey

Fuentes: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

Tabla VIII.H3. Hospitales y camas de larga estancia concertadas e índices por 10³ habitantes, por Áreas de Salud y dependencia funcional. Canarias, 1996

Depend. funcion.	Cabildos			Otros Públicos*			Privados			Total			
	Áreas de Salud	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas	Índice	Hosp.	Camas	Índice
Gran Canaria	3	198		0	0		9	368		12	566		
<65			0,31			0,00			0,57				0,88
65-85			3,09			0,00			5,74				8,82
>85			32,20			0,00			59,85				92,05
Lanzarote	1	48		0	0		0	0		1	48		
<65			0,67			0,00			0,00				0,67
65-85			8,98			0,00			0,00				8,98
>85			81,63			0,00			0,00				81,63
Tenerife	5	392		1	6		9	162		15	560		
<65			0,66			0,01			0,27				0,94
65-85			5,95			0,09			2,46				8,50
>85			60,91			0,93			25,17				87,01
Total	9	638		1	6		18	530		28	1.174		
<65			0,49			0,00			0,41				0,90
65-85			4,71			0,04			3,91				8,67
>85			48,43			0,46			40,23				89,12

* No se incluye el Hospital Militar del Rey

Fuentes: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

En la Tabla IX.H3 comprobamos que del total de las 4.913 camas instaladas de los centros hospitalarios de Canarias a 31 de diciembre de 1998, excluidos los del Servicio Canario de Salud, se han establecido conciertos en el año 1998 con un 79,91% de las mismas (3.926 camas en números absolutos), siendo el porcentaje más elevado el de la isla de Lanzarote con un 100% y el menor el de La Palma (0%). El número de camas concertadas ha disminuido con respecto a otros años al no renovarse el concierto con el Centro Médico-Quirúrgico de Tenerife (se desconcertó en septiembre de 1993), con el Hospital de Nuestra Señora de los Dolores de La Palma (se desconcertó en marzo de 1994) y con el Centro de Recuperación y Rehabilitación MUPAG de Gran Canaria (en reformas desde 1993).

Servicio del Plan de Salud e Investigación

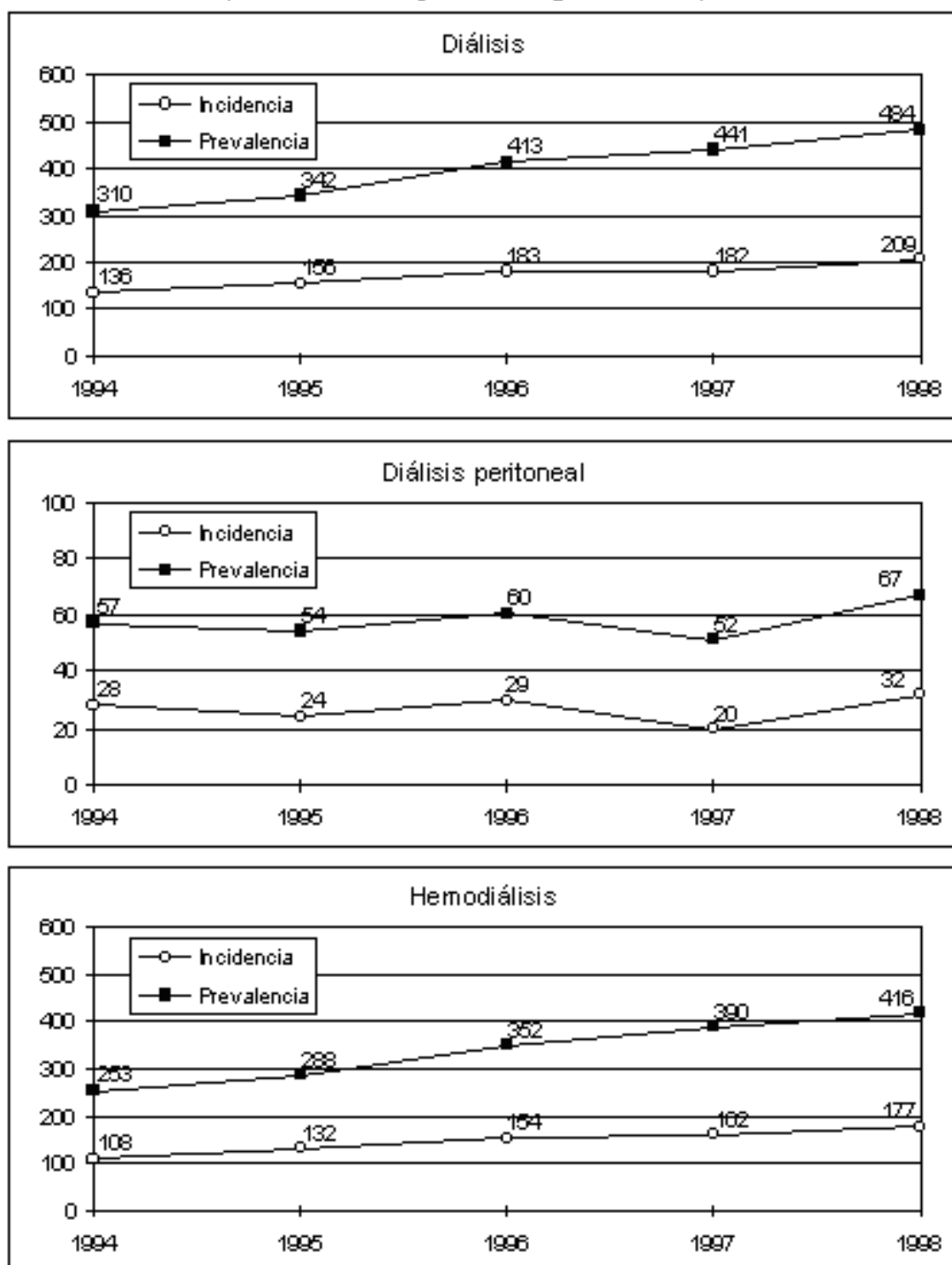
Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: insuficiencia renal crónica permanente

La insuficiencia renal crónica avanzada susceptible de recibir tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante renal) presenta una tendencia ascendente en Canarias. El número de pacientes en el Registro de Enfermos Renales de Canarias alcanza la cifra de 1.007 en 1998, incluyendo pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, a la que se suman 634 pacientes con trasplante funcionante. No obstante, el incremento de entrada en diálisis se ha estabilizado en 1997 y 1998, con mínimos cambios en términos de incidencia por millón de habitantes (Gráfico 1.E15).

Gráfico 1.E15. Evolución de la incidencia y prevalencia (tasas por millón de habitantes) de enfermos en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal). Canarias, 1994 a 1998



Fuentes: - Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998
- ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

Fuentes: - Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 - Elaboración propia

Distribución geográfica

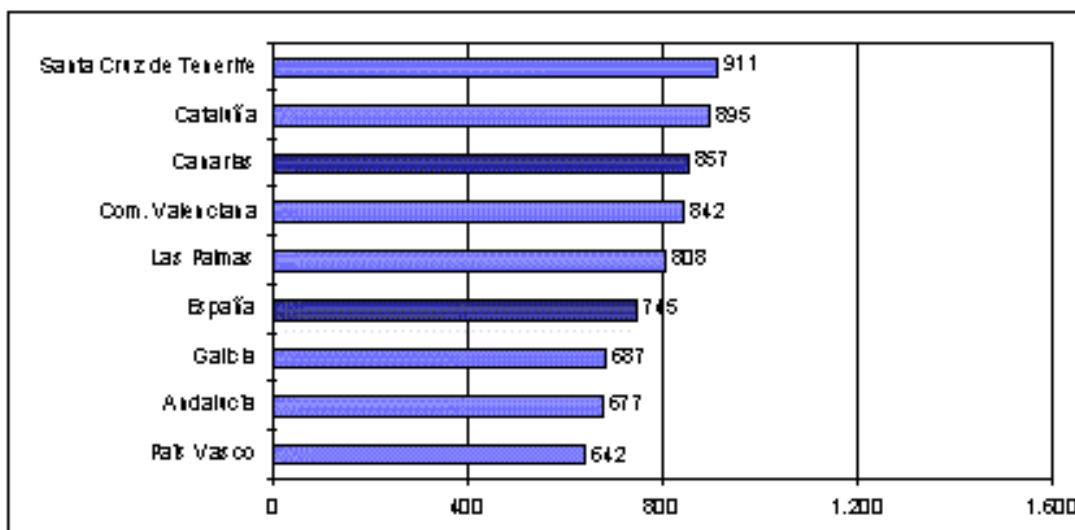
Tanto la incidencia como la prevalencia de insuficiencia renal son claramente superiores para las islas más occidentales (Tabla I.E15 y Gráfico 2.E15).

Tabla I.E15. Incidencia y prevalencia (números absolutos y tasas por millón de habitantes) de enfermos en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal). Canarias y provincias, 1994 a 1998

Incidencias	1994		1995		1996		1997		1998	
	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa
Canarias	219	116	218	116	294	121	291	122	315	128
Santa Cruz de Tenerife	112	171	148	121	169	219	171	221	198	246
Las Palmas	27	184	118	112	125	158	122	146	145	174
Prevalencias	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa	Com.	Tasa
Canarias	492	118	549	142	661	141	789	144	977	124
Santa Cruz de Tenerife	219	115	279	161	449	124	497	127	581	141
Las Palmas	219	227	278	124	116	178	125	188	188	182

Fuente: - Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias, 1996
 - Elaboración propia

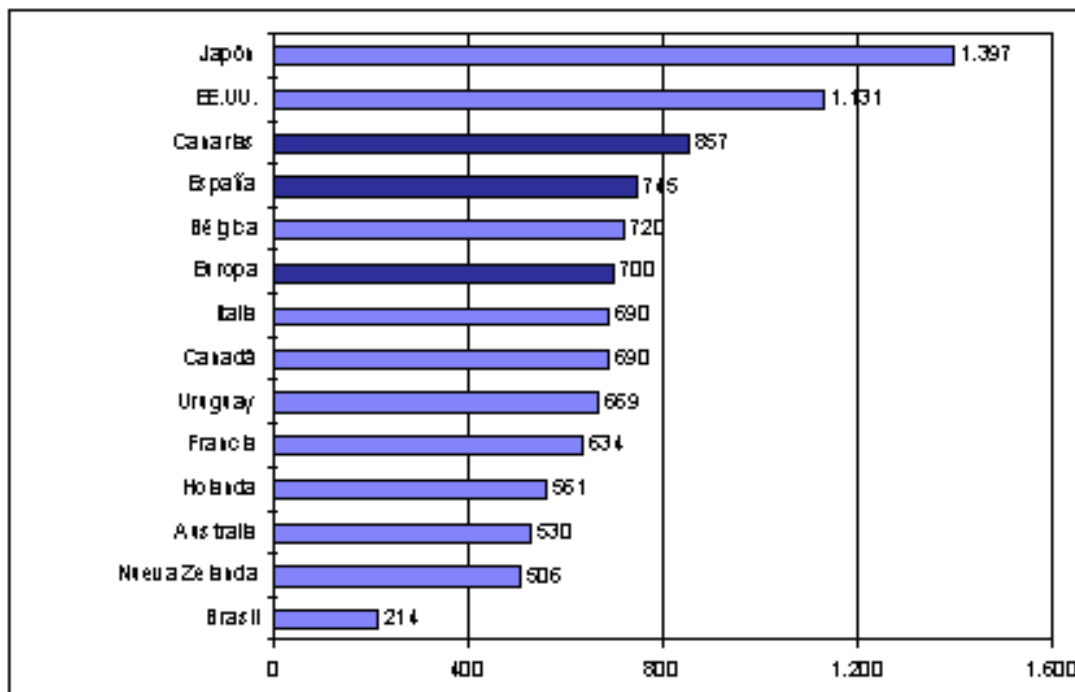
Gráfico 2.E15. Prevalencia de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis y trasplante) por millón de habitantes. Canarias y provincias, 1998, España y comunidades autónomas, 1997



Fuente: Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998

El análisis de la prevalencia comparada (Gráfico 3.E15) incluye a todos los pacientes en tratamiento sustitutivo: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Canarias, con 857 pacientes por millón, presenta una prevalencia superior a la de España y Europa, y siempre por debajo de EE.UU. y Japón. En cualquier caso, no debemos olvidar que los datos de los diferentes países corresponden al año 1997, en tanto que los de Canarias son del año 1998.

Gráfico 3.E15. Prevalencia de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis y trasplante) por millón de habitantes. Canarias, 1998 y países, 1997

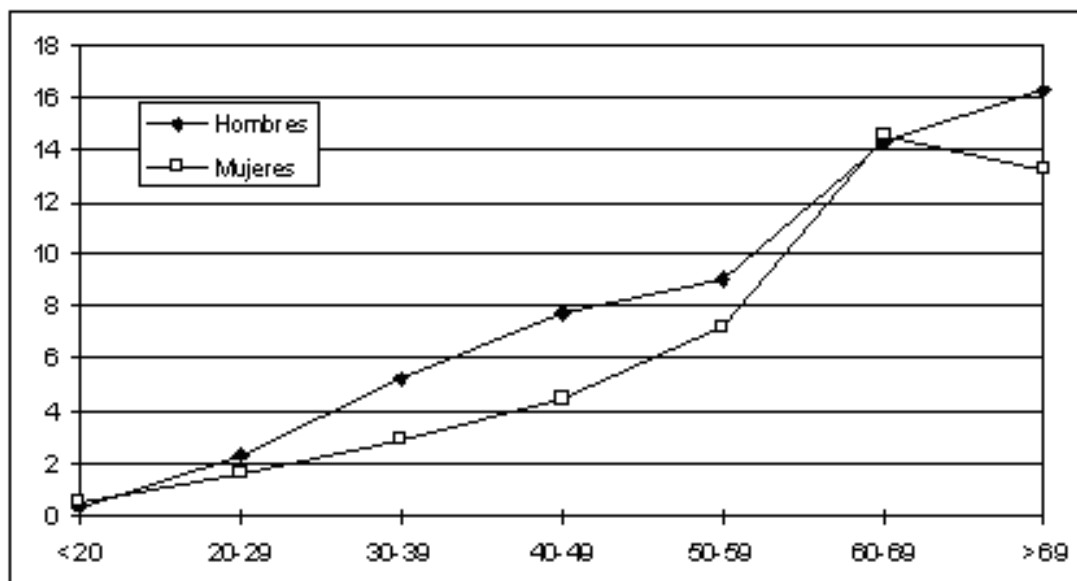


Fuente: Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998

Distribución por género y grupos de edad

La distribución por géneros y grupos de edad de la población incluida en programas de diálisis (Gráfico 4.E15) muestra una mayor proporción de hombres, y una mayor concentración de casos a partir de los 50 años, con un retraso progresivo de la edad media, tal como ocurre en todos los países desarrollados.

Gráfico 4.E15. Prevalencia (%) de enfermos en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal), según grupos de edad y género. Canarias, 1998

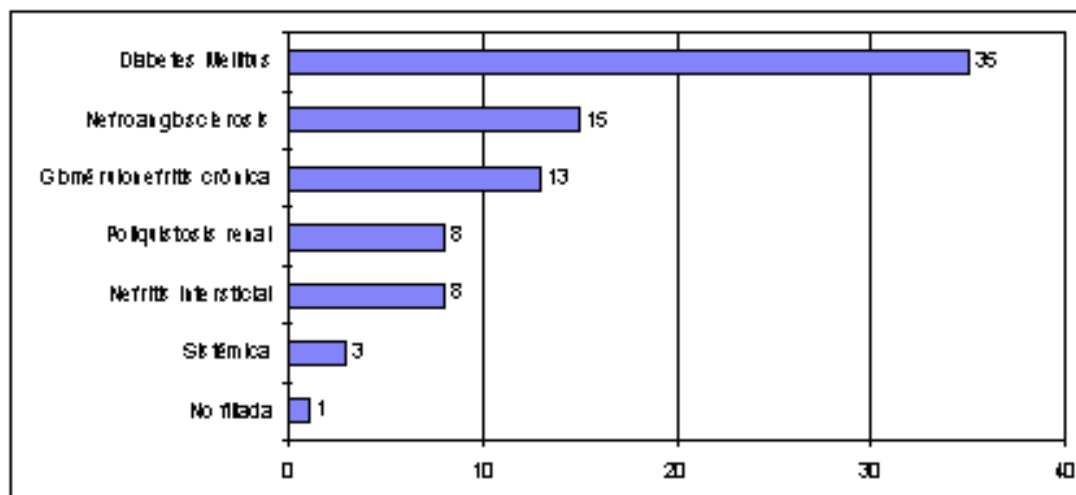


Fuente: Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998

Enfermedad de base de la IRC

El análisis de las enfermedades de base que condicionan la insuficiencia renal muestra que, en 1998, 1 de cada 3 pacientes en tratamiento sustitutivo por hemodiálisis era diabético (Gráfico 5.E15). A diferencia de lo que ocurre en otras comunidades autónomas donde la Diabetes Mellitus es una de las causas que menos contribuyen al desarrollo de insuficiencia renal crónica, en Canarias la Diabetes Mellitus constituye la enfermedad de base en el 43% de los que reciben diálisis peritoneal y en el 33% de los que reciben hemodiálisis.

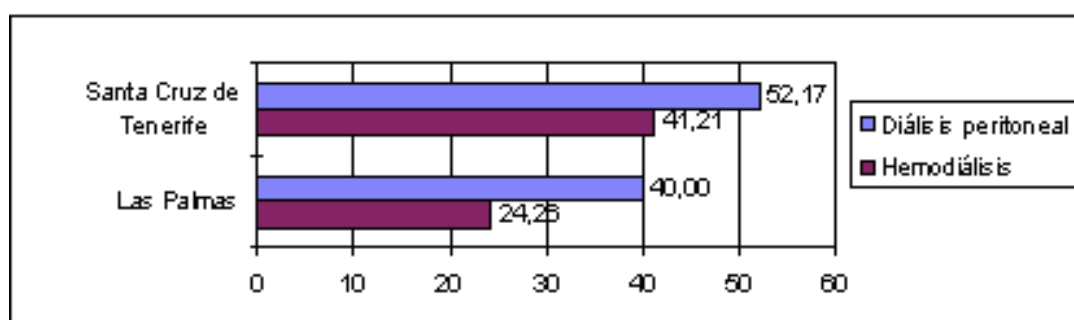
Gráfico 5.E15. Distribución (%) de los pacientes en diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal), según la enfermedad de base. Canarias, 1998



Fuente: Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998

Si bien el patrón de distribución etiológico ha permanecido estable en la Comunidad Autónoma durante los últimos años, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se ha producido un incremento de la incidencia y prevalencia de Diabetes Mellitus como factor causal de insuficiencia renal crónica. Del análisis de esta información parece inferirse que es la Diabetes Mellitus el condicionante asociado a la más alta incidencia y prevalencia de insuficiencia renal sujeta a diálisis en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Así, mientras la prevalencia de Diabetes entre los insuficientes renales en tratamiento sustitutivo era del 42% en Santa Cruz de Tenerife para 1998, en Las Palmas fue del 28%. En el Gráfico 6.E15 se describe cómo se distribuyen estos porcentajes entre las dos modalidades de diálisis para cada provincia. Además, durante 1998, el 41% de los pacientes nuevos en diálisis en la provincia de Santa Cruz de Tenerife eran diabéticos, mientras que en la provincia de Las Palmas fueron el 37%. Todas las comunidades autónomas españolas tienen una incidencia de nefropatía diabética que oscila entre 10 y 20 por millón de población. Canarias está en 71 pmp y en EE.UU. es un 40% superior a la canaria y cinco veces más que en España y Europa.

Gráfico 6.E15. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus según tipo de diálisis y provincia. Canarias, 1998



Fuente: Registro de Enfermos Renales de Canarias, 1998

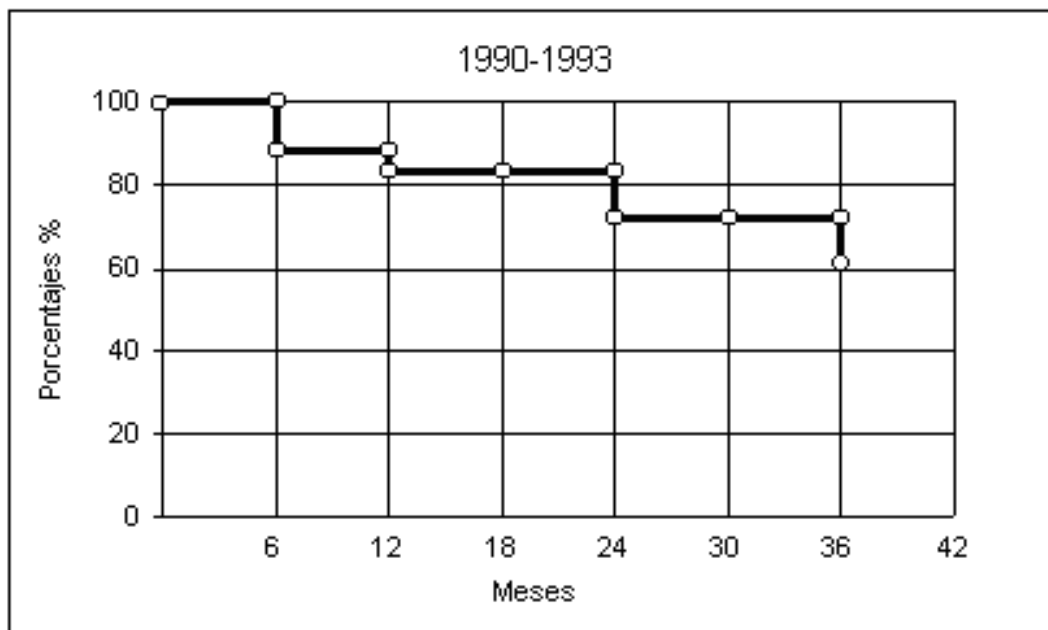
Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, la prevalencia de diabetes conocida, considerando la población de 6 a 75 años, es del 4,4% en la provincia de Las Palmas y del 5,5% en la de Santa Cruz de Tenerife. Un aspecto puntual que parece explicar estos resultados parte de la evaluación de la cartera de servicios de los centros de salud de Canarias. Si bien esta evaluación se realiza sobre criterios relacionados con el proceso asistencial y no sobre el resultado del mismo, se detecta una diferencia a favor de los Equipos de Atención Primaria de las Islas orientales. Así, mientras en la provincia de Las Palmas se hace seguimiento de 29.542 pacientes diabéticos, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife alcanza a 21.822 pacientes. Estas cifras representan respectivamente el 73,3% y el 57,6% de los pacientes susceptibles de ser incluidos en el Programa de atención a la diabetes para el año 1998.

Supervivencia de los enfermos en hemodiálisis

La curva de supervivencia de los pacientes afectos de insuficiencia renal sujetos a programas de hemodiálisis muestra que si bien el 88% de éstos permanecen en el programa a los seis meses de su incorporación, tan solo el 61% continúa a los 36 meses de evolución. Estos resultados expresan una mortalidad superior para el programa de hemodiálisis en Canarias que en Cataluña (69% de mortalidad a

los cuatro años), lo que podría explicarse por el peor pronóstico que tiene la nefropatía diabética y por la mayor incorporación de insuficientes renales de edades avanzadas en Canarias (Gráfico 7.E15).

Gráfico 7.E15. Curva de supervivencia de pacientes con insuficiencia renal crónica sujetos a hemodiálisis (1990 a 1993)



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

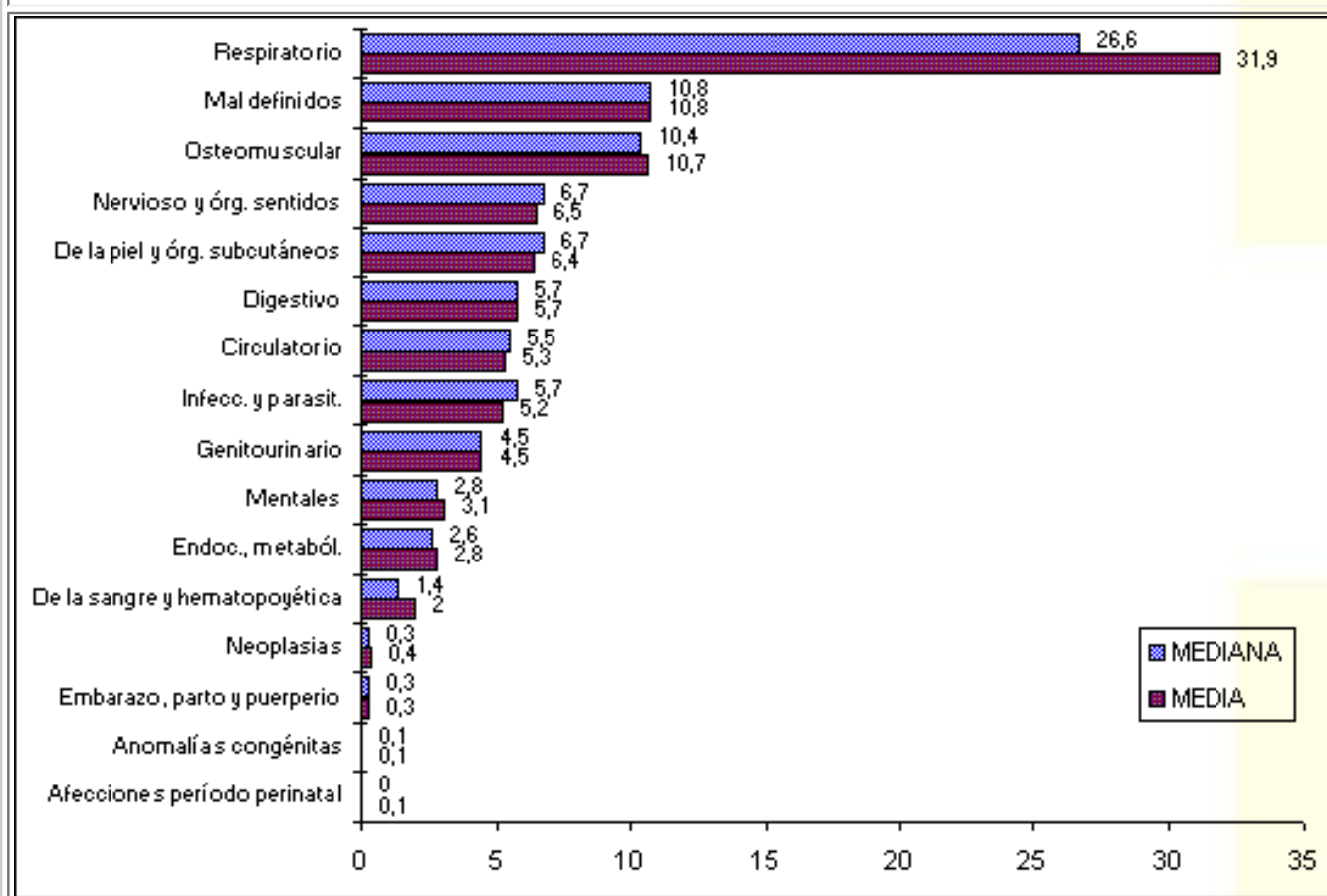
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: morbilidad asistida en atención primaria

Gráfico 157. Distribución de grandes grupos de enfermedades (WONCA) en Medicina General (%). Tenerife, La Palma y Gomera (1986 a 1991).

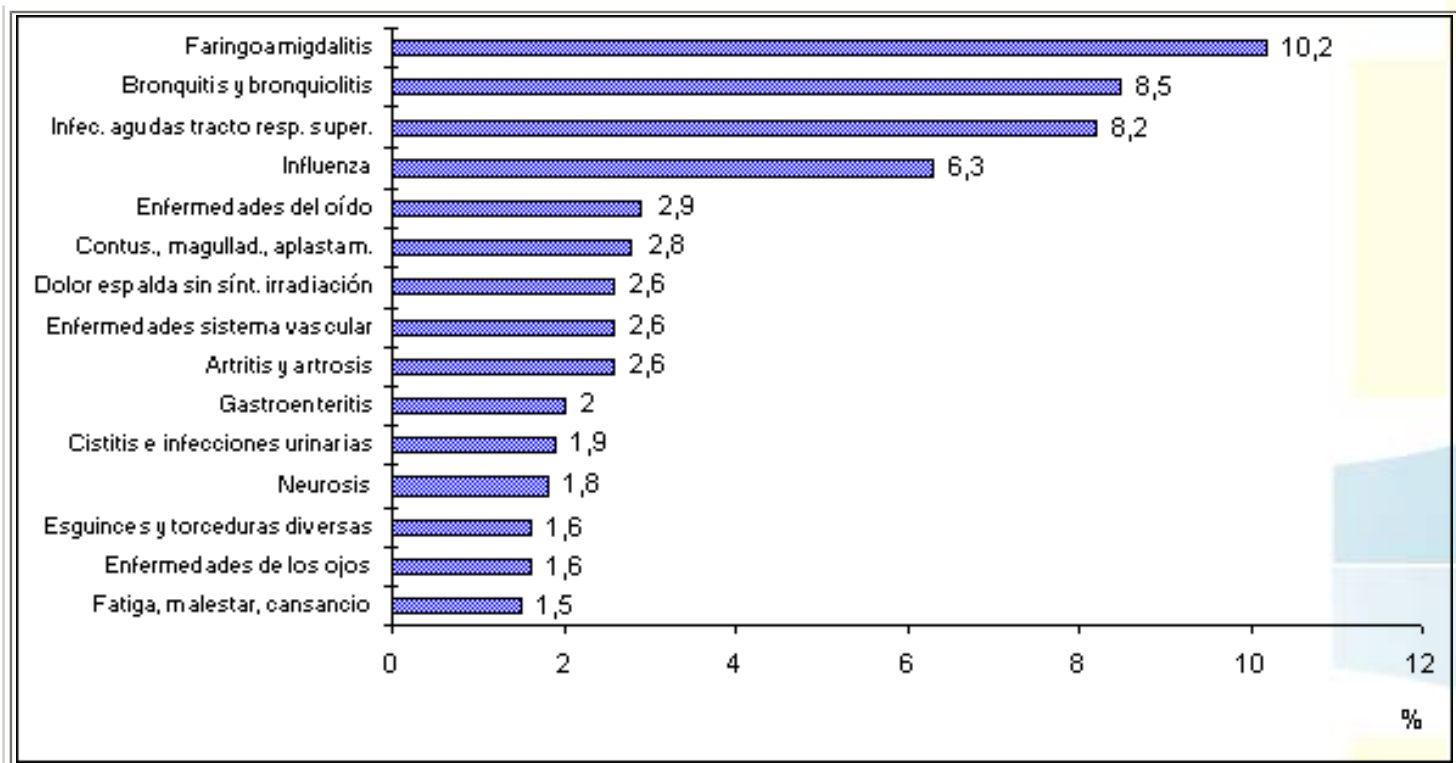


El análisis comparado de los datos recogidos de diversas fuentes de información como son los registros periódicos no sistemáticos, encuestas y estudios específicos, suministra resultados bastante homogéneos que, aunque no alcanzan todo el territorio de la

comunidad autónoma de Canarias, nos permiten obtener estimaciones para toda la comunidad.

Según un estudio realizado en 1986-91 en las áreas sanitarias de la isla de Tenerife, La Palma y La Gomera, en el que se revisa la morbilidad asistida en Atención Primaria con diferente metodología según las diferentes zonas básicas de salud (unos utilizan muestras de población que consulta, mientras otros realizan el estudio a partir del universo de la población asistida), la distribución de los grandes grupos de enfermedad de la WONCA ofrece resultados homogéneos.

Gráfico 158. Casos nuevos de mayor frecuencia por entidades simples (WONCA). Medicina general. Tenerife, 1987.

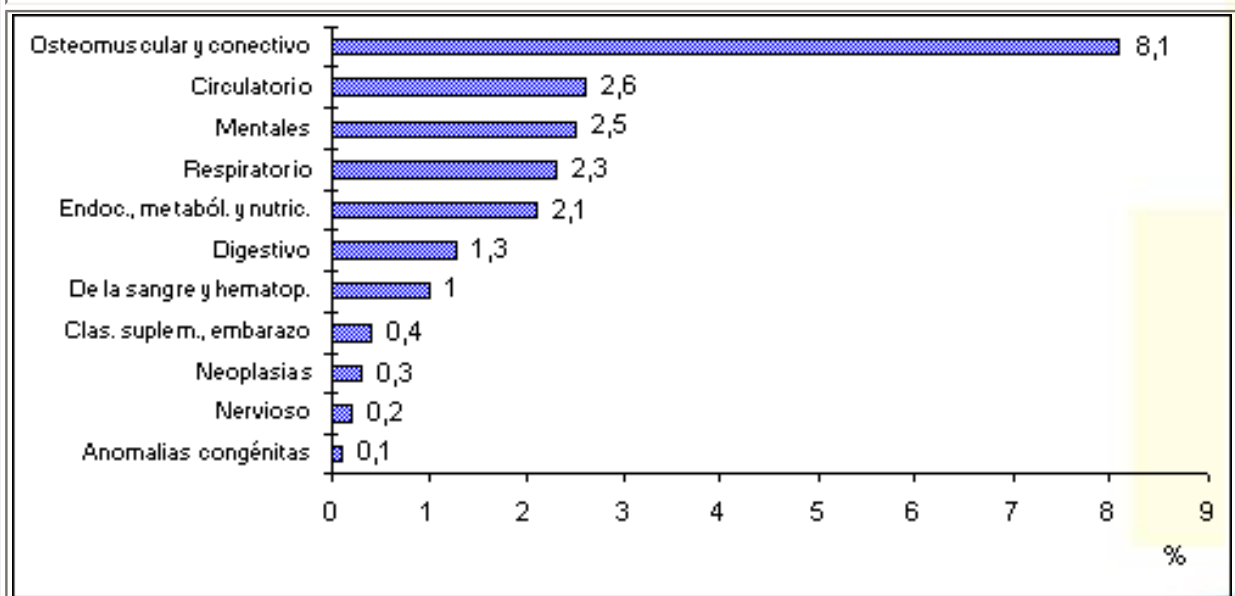


Además, tras realizar la comparación por grupos se aprecia que la desviación típica de los porcentajes obtenidos para un mismo grupo es relativamente pequeña, con resultados muy próximos para la media y la mediana.

Los principales problemas de salud atendidos en el nivel de atención primaria, en orden de frecuencia lo constituyen las enfermedades del sistema respiratorio (26,6%) y las enfermedades del sistema osteomuscular y conectivo (10,4%).

Seguidamente, en una banda que oscila (haciendo referencia a la mediana), entre un 6,7% y un 4,5%, se encuentran: las enfermedades de la piel y subcutáneas, sistema circulatorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, enfermedades del sistema digestivo y del aparato genitourinario.

Gráfico 159. Agrupación de estados morbosos que requieren un mayor seguimiento dentro de cada grupo de clasificación WONCA. Medicina general. Tenerife, 1987.



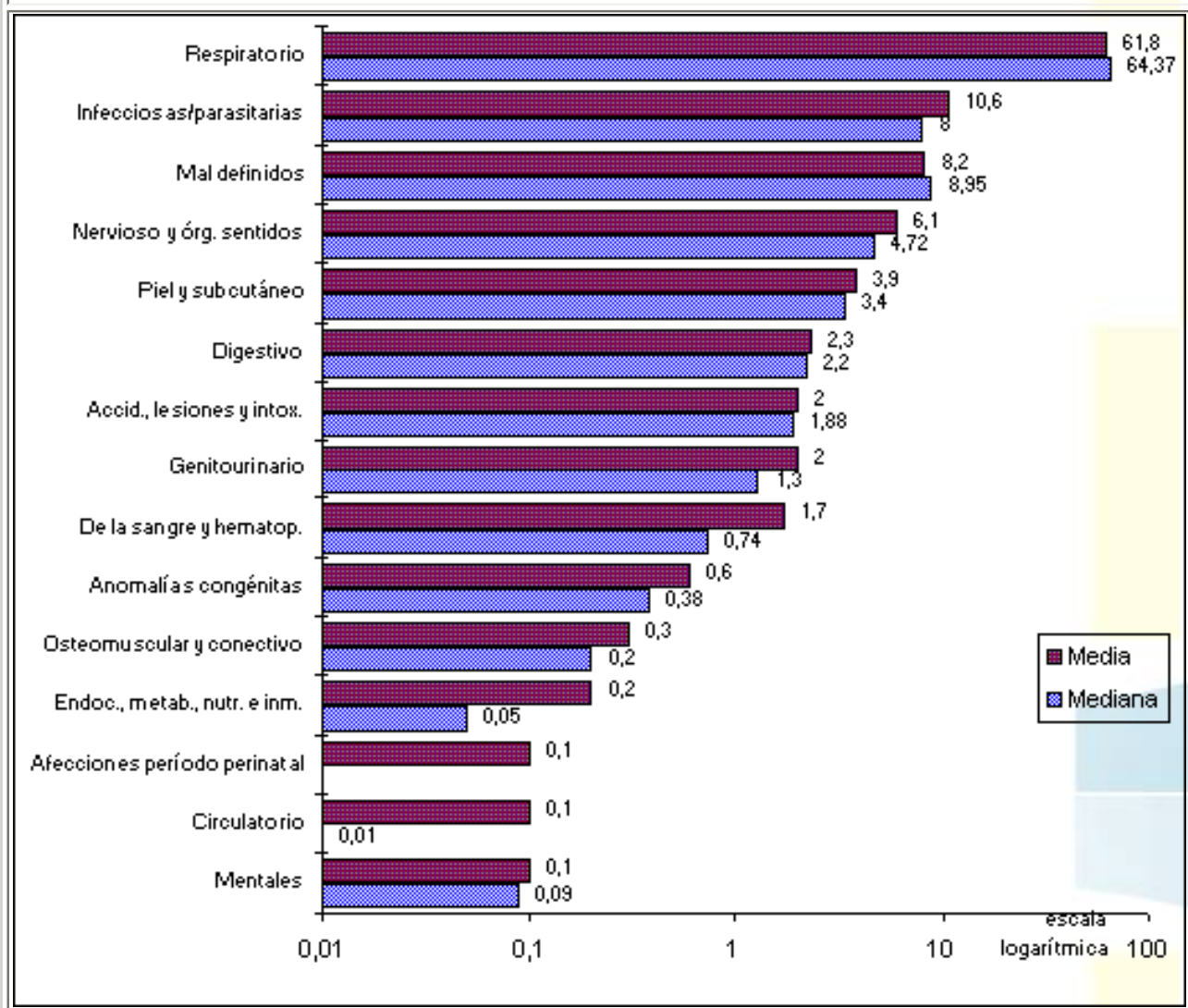
Finalmente entre un 2,8% y un 1,4% se ubican los trastornos mentales, las enfermedades metabólicas y nutricionales y las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (gráfico 157).

Aproximadamente el 57% de la morbilidad asistida en el nivel de Atención Primaria es de carácter agudo; apareciendo en el gráfico 158 las 15 categorías más frecuentemente diagnosticadas.

De ellas las cuatro primeras se refieren a afecciones agudas del aparato respiratorio.

Por el contrario, entre los procesos crónicos atendidos en Atención Primaria de Salud y que precisan por tanto de un mayor seguimiento en el tiempo, destacan las enfermedades músculo-esqueléticas y tejido conectivo, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades mentales, enfermedades respiratorias y endocrinas (gráfico 159).

Gráfico 160. Distribución de los grandes grupos de enfermedades (WONCA), atendidos por Pediatría. Tenerife, La Palma y La Gomera (1986-1991).



La morbilidad pediátrica se analizó tomando en consideración aquellos Equipos de Atención Primaria que trabajaron con el universo de los datos.

Al igual que en medicina general, se aprecia que la distribución porcentual de los grandes grupos de enfermedad entre los centros comparados es muy similar.

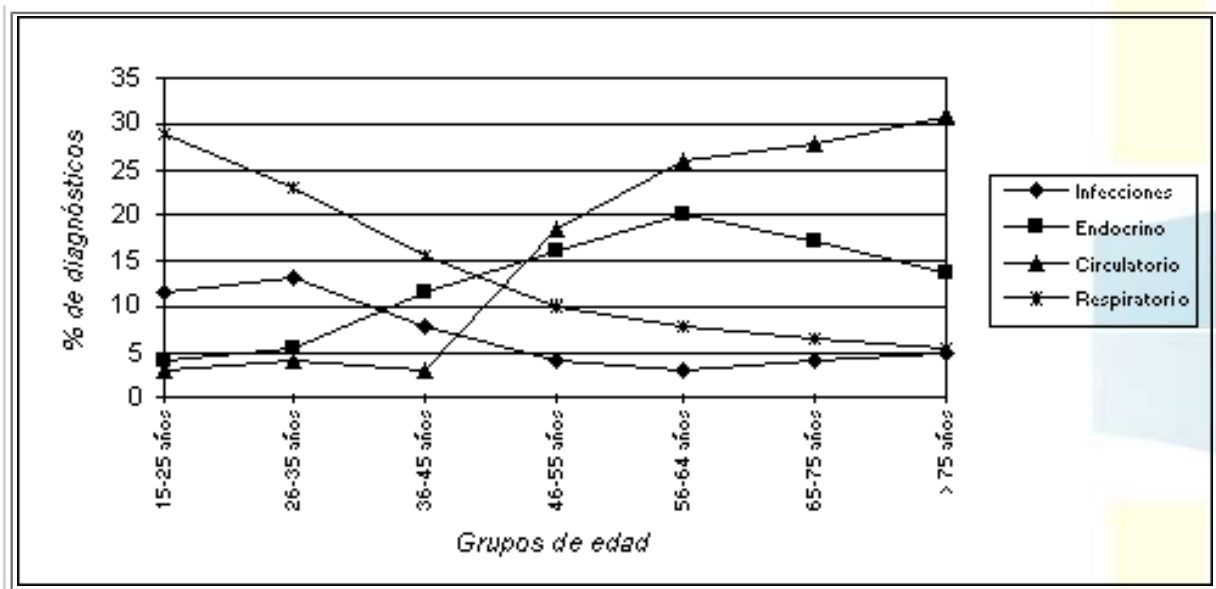
Si clasificamos los grupos por orden de frecuencia, se comprueba que existen cinco que acumulan el 96,6% de los casos (según la media) y si sólo consideramos los tres primeros obtenemos el 80,6% de los casos (gráfico 160):

Los procesos respiratorios, generalmente de carácter agudo, son

Gráfico 161. Morbilidad asistida en A.P. por grupos de enfermedad y de edad.

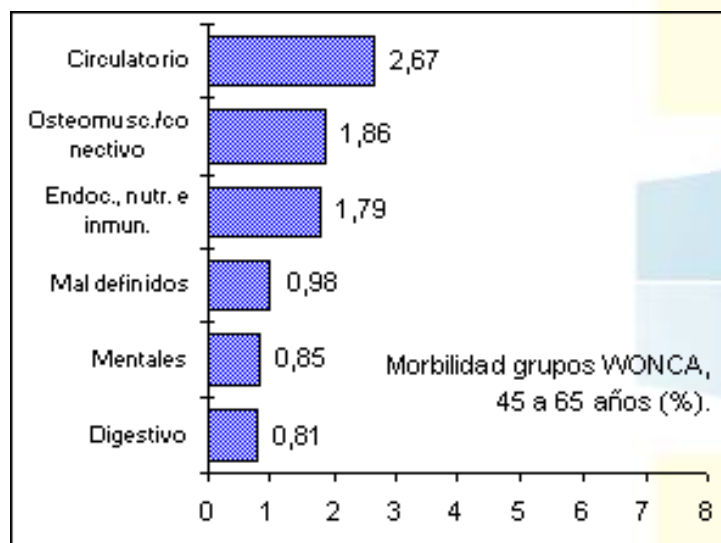
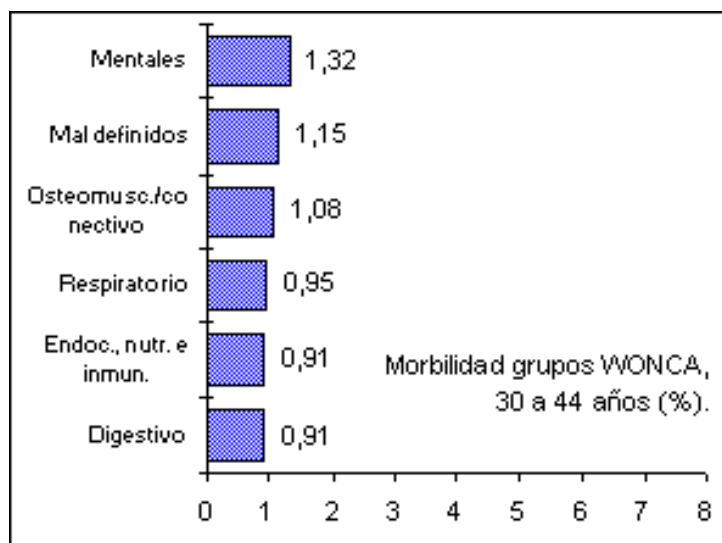
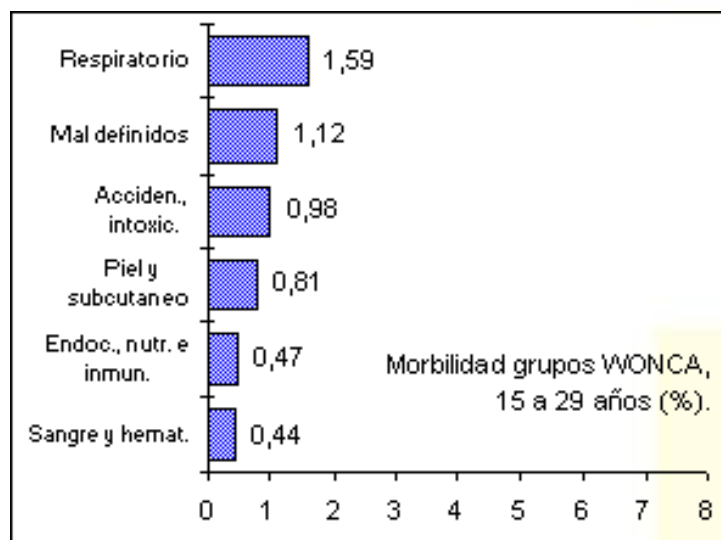
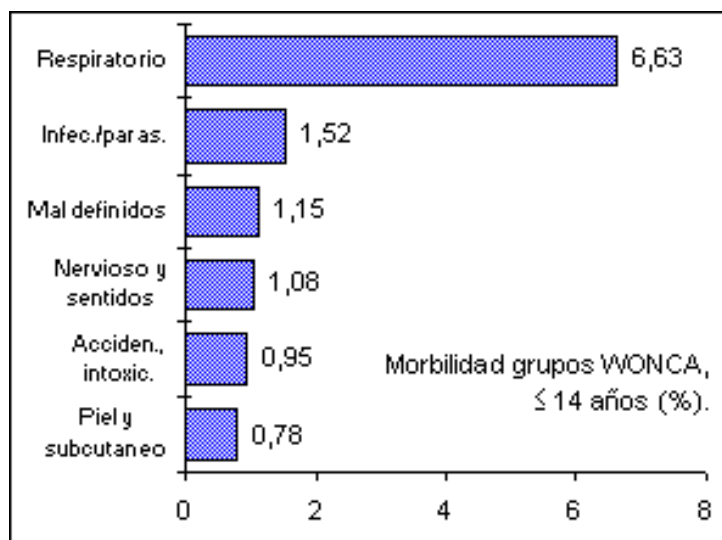
más frecuentes en los grupos de edades más jóvenes, reduciéndose paulatinamente según aumenta la edad.

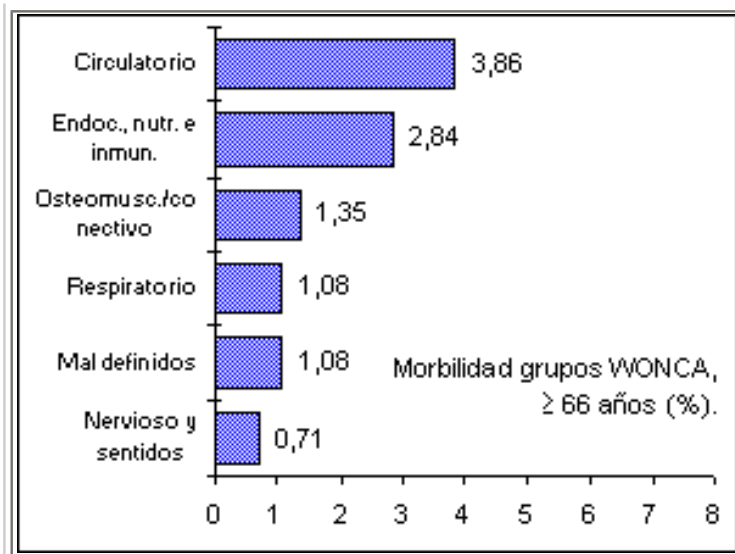
El mismo comportamiento, pero con menor diferencia entre jóvenes y mayores, sigue la patología infecciosa.



El comportamiento contrario es el que caracteriza a los procesos crónicos como son las enfermedades circulatorias y endocrinas; que aumentan en relación al aumento de la edad (gráfico 161 y 162).

Gráfico 162. Principales diagnósticos en Atención Primaria por grupos de edad. La Palma, 1991.





[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

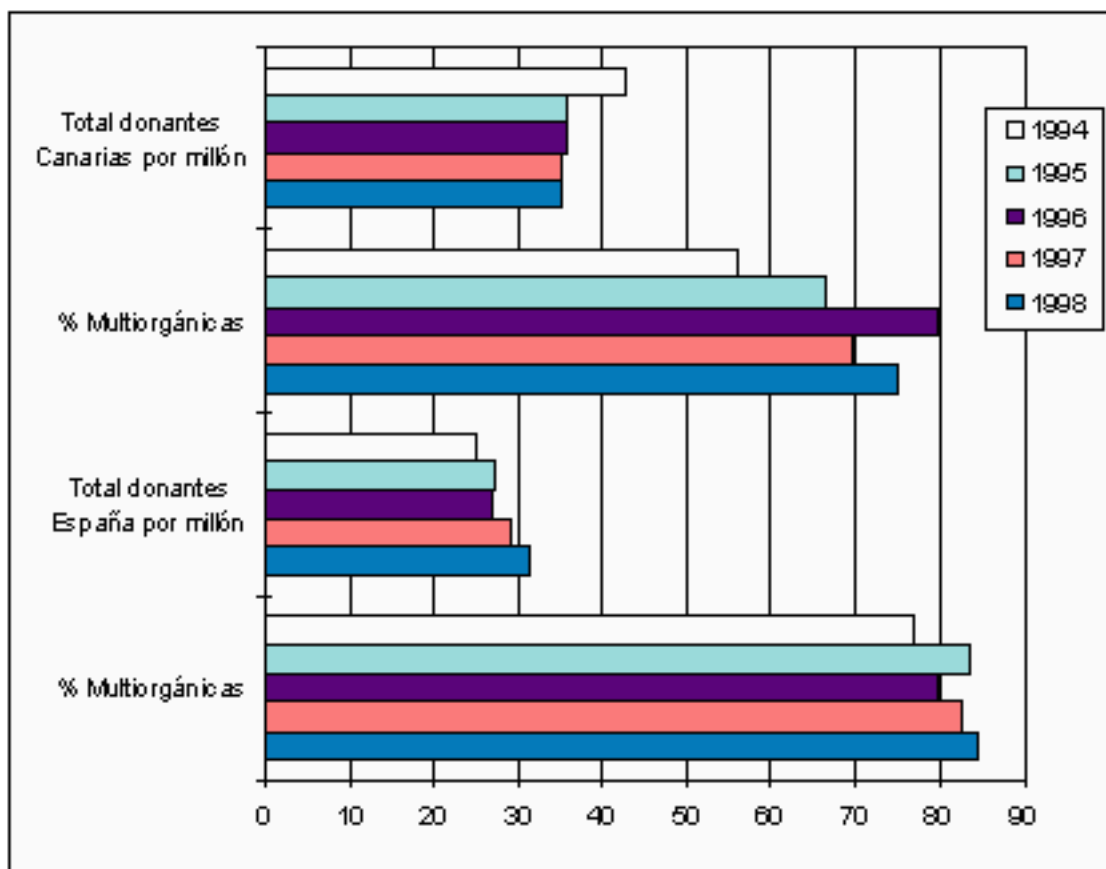
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Actividad de donación de órganos

El trasplante de órganos y tejidos constituye en la actualidad una técnica terapéutica habitual en medicina. Sus excelentes resultados han hecho que deje de considerarse materia de investigación o una terapéutica realizable sólo en ambientes muy especializados, convirtiéndose en un método destinado a ser aplicado de forma estándar. Tanto la donación como el trasplante de órganos y tejidos constituyen un aspecto especialmente brillante de la Sanidad Canaria. La actividad de donación en Canarias en los últimos años ha experimentado un crecimiento espectacular (Gráfico 1. E16). En la actualidad existen en nuestra Comunidad cuatro centros autorizados para realizar actividades de extracción de órganos y tejidos. En la provincia de Las Palmas el Complejo Hospitalario "Las Palmas Norte" (Hospitales Ntra. Sra. del Pino y el Sabinal) y el Complejo Hospitalario "Las Palmas Sur" (Hospitales Insular y Materno-Infan-til), y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife el Hospital Universitario de Canarias y el Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de la Candelaria.

Gráfico 1.E16. Evolución del número de donantes de órganos por millón de habitantes



Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

En el Gráfico 1.E16 se reflejan los correspondientes índices de donantes por millón de habitantes (p. m.h.) en la población canaria y la comparación con la media nacional. Es preciso remarcar que los 42,7 donantes p.m.h. registrados en Canarias durante el año 1994 representan la tasa más alta

alcanzada en el mundo y supone alrededor de tres veces el promedio europeo occidental para ese mismo año, que está alrededor de 14,5 p.m.h. (Tabla I.E16).

**Tabla I.E16. Donantes de órganos por millón de habitantes.
Países seleccionados, 1993 a 1997**

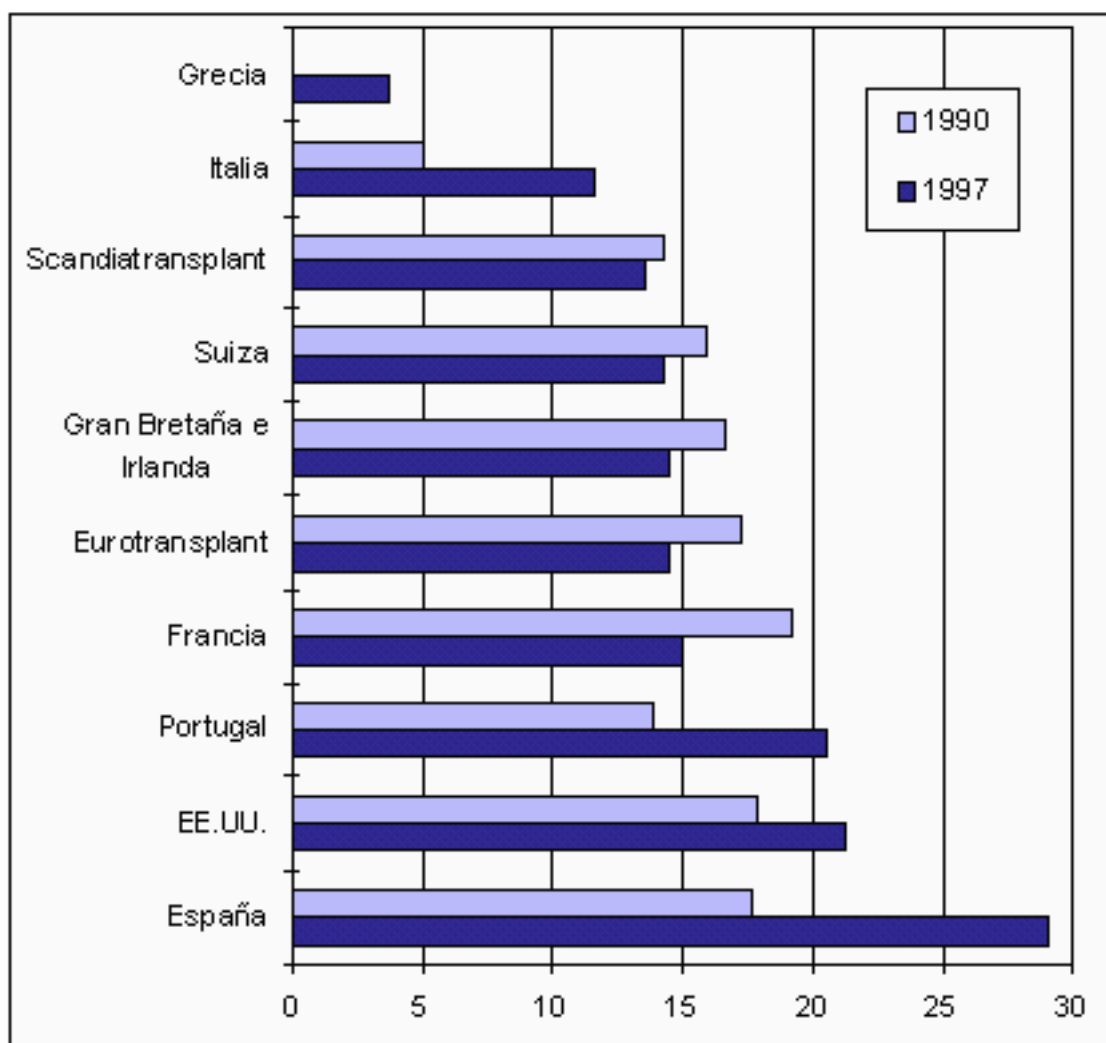
	1993	1994	1995	1996	1997
España	22,6	25,0	27,0	26,8	29,0
EE.UU.	19,2	20,2	21,0	21,2	21,3
Portugal	15,0	18,4	20,0	21,1	20,5
Francia	17,1	14,8	15,1	15,1	15,0
Eurotransplant	15,6	13,9	14,3	14,5	14,5
Gran Bretaña e Irlanda	14,8	15,2	15,8	14,4	14,5
Suiza	16,6	15,9	13,0	13,2	14,3
Scandiatransplant	16,2	15,2	14,7	14,8	13,5
Italia	6,2	7,9	10,1	11,0	11,6
Grecia	3,8	5,0	5,6	6,5	3,7

Eurotransplant: Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda

Scandiatransplant: Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Organización Nacional de Trasplantes

**Gráfico 2.E16. Donantes de órganos por millón de habitantes.
Países seleccionados, 1990 y 1997**

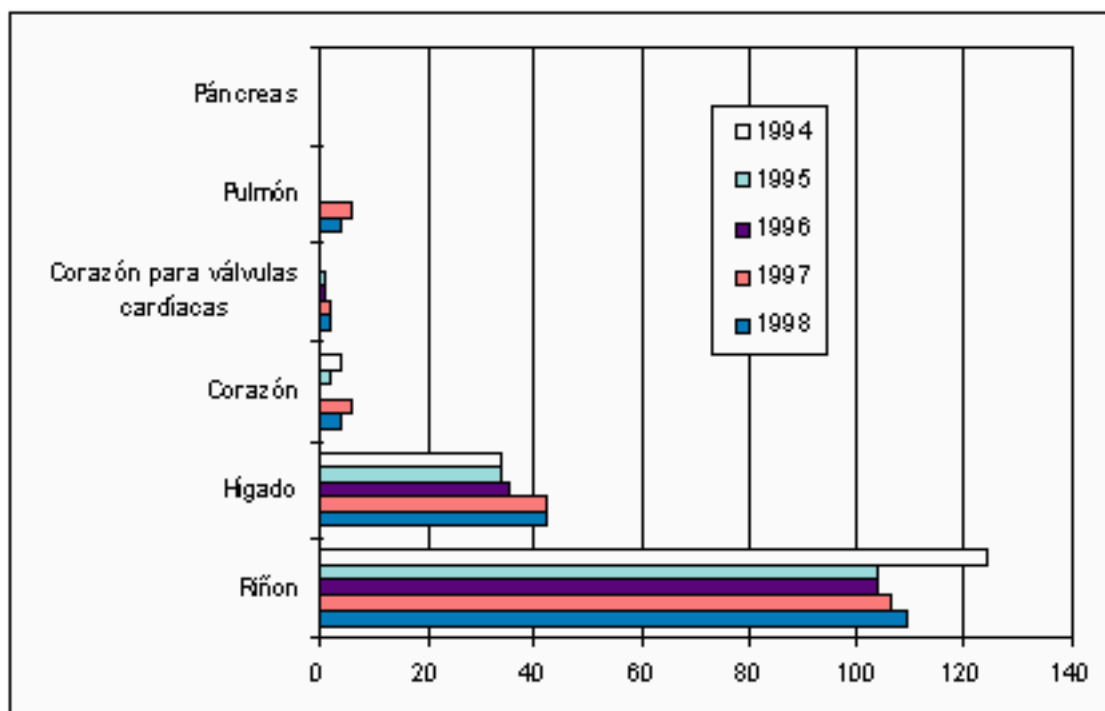


Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Organización Nacional de Trasplantes

Estos espectaculares resultados, atribuibles en gran medida a la disponibilidad de una red de coordinación con un alto grado de motivación y entrenamiento, tenían hasta fecha reciente como único punto negativo el bajo porcentaje de donación multiorgánica. Los índices canarios de donación multiorgánica oscilaban entre un 20% y un 33% a franca distancia de los índices peninsulares situados desde hace años alrededor de un 70%. Ello era debido a la dificultad de desplazamiento entre los centros trasplantadores de la península y los hospitales canarios, tanto por lo que se refiere a razones económicas como a tiempo de isquemia. La situación mejoró ostensiblemente cuando, a lo largo de 1994, comenzaron a extraer hígados los propios equipos quirúrgicos de los hospitales de Canarias, rondando en la actualidad entre el 70% y el 80%.

El Gráfico 3.E16 muestra la evolución, desde 1994 hasta 1998, del número de órganos extraídos en Canarias. El número de riñones obtenidos se ha estabilizado en torno a 105-110 anuales y el de hígados alrededor de 40-42 al año. El bajo número de corazones extraídos se debe a la no aceptación de los mismos por los equipos de trasplante cardíaco, cuyos criterios de selección son muy estrictos, fundamentalmente en el límite de isquemia fría, establecido en 4 horas.

Gráfico 3.E16. Órganos obtenidos de las extracciones en Canarias de 1994 a 1998



Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

Centros acreditados para extracción y trasplante de órganos y tejidos

Desde el punto de vista de la actividad trasplantadora, los Centros autorizados en Canarias son los reflejados en la Tabla II.E16.

Tabla II.E16. Centros acreditados en Canarias para las actividades de extracción y trasplante

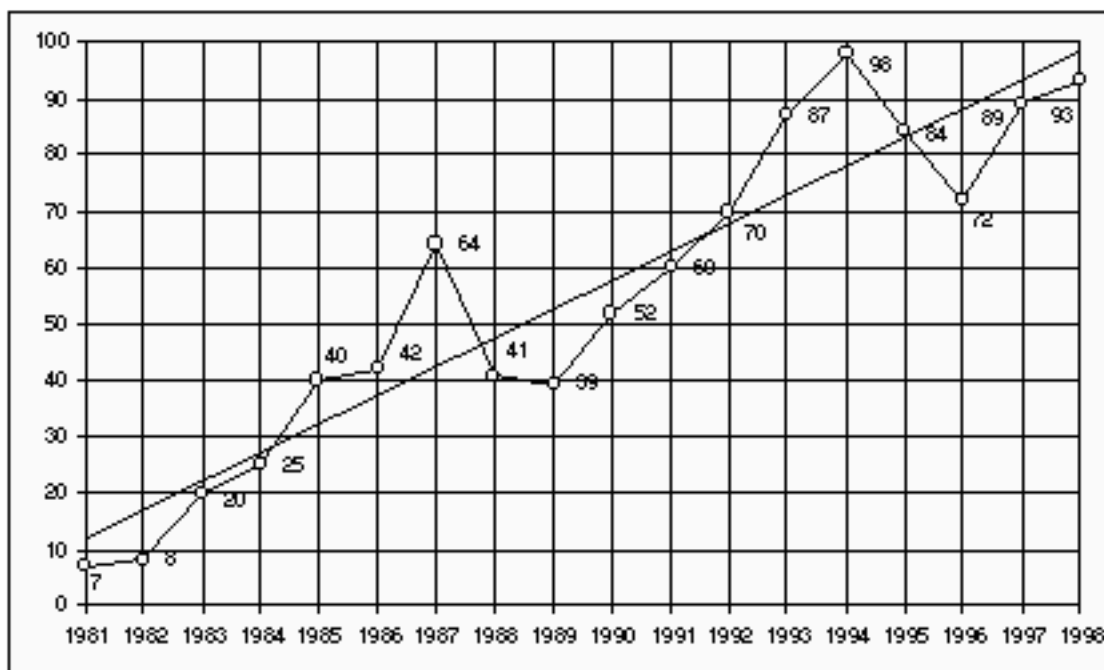
Riñón	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias
Hígado	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria
Médula ósea	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Ntra. Sra. del Pino (allogénico emparentado y autólogo). Centro de referencia autonómico para trasplante de médula ósea allogénico • Hospital Insular de Gran Canaria (autólogo) • Hospital Materno-Infantil de Las Palmas (autólogo) • Hospital Universitario de Canarias (autólogo) • Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria (autólogo)
Cómeas	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Ntra. Sra. del Pino • Hospital Insular de Gran Canaria • Hospital Universitario de Canarias • Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria • Clínica San Roque de Las Palmas
Huesos	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias • Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria
Laboratorios de referencia de histocompatibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias (Centro de referencia autonómico para riñón) • Hospital Ntra. Sra. del Pino (Centro de referencia autonómico para médula ósea)
Banco de sangre de cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias (Centro de referencia autonómico)
Banco y trasplante de válvulas cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias (Centro de referencia autonómico para banco)
Laboratorio asociado de tipaje de donantes de médula ósea	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Universitario de Canarias (Centro de referencia provincia de Santa Cruz de Tenerife)

Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

Trasplante de órganos

El riñón es el primer órgano sólido sobre el que se practicaron trasplantes, siendo el que con mayor frecuencia se realiza actualmente (1.995 riñones trasplantados en España en 1998). Los excelentes resultados obtenidos y la elevada prevalencia de la insuficiencia renal crónica (de 350 a 400 por millón de habitantes) hacen de él, el primer programa de trasplante que se suele afrontar desde un hospital de tercer nivel. La actividad de trasplante renal se inició en Canarias en febrero de 1981. Los 67,5 trasplantes renales por millón de habitantes realizados en el año 1994 en Canarias situaron a esta Comunidad como la primera del mundo, siendo la media del país para el mismo período de 42,5 p.m.h. La distribución anual de los trasplantes renales queda reflejada en el Gráfico 4.E16. En 1998 la tasa de trasplante renal fue de 58,1 p.m.h., la más elevada de España, cuya media fue de 50,3 p.m.h.

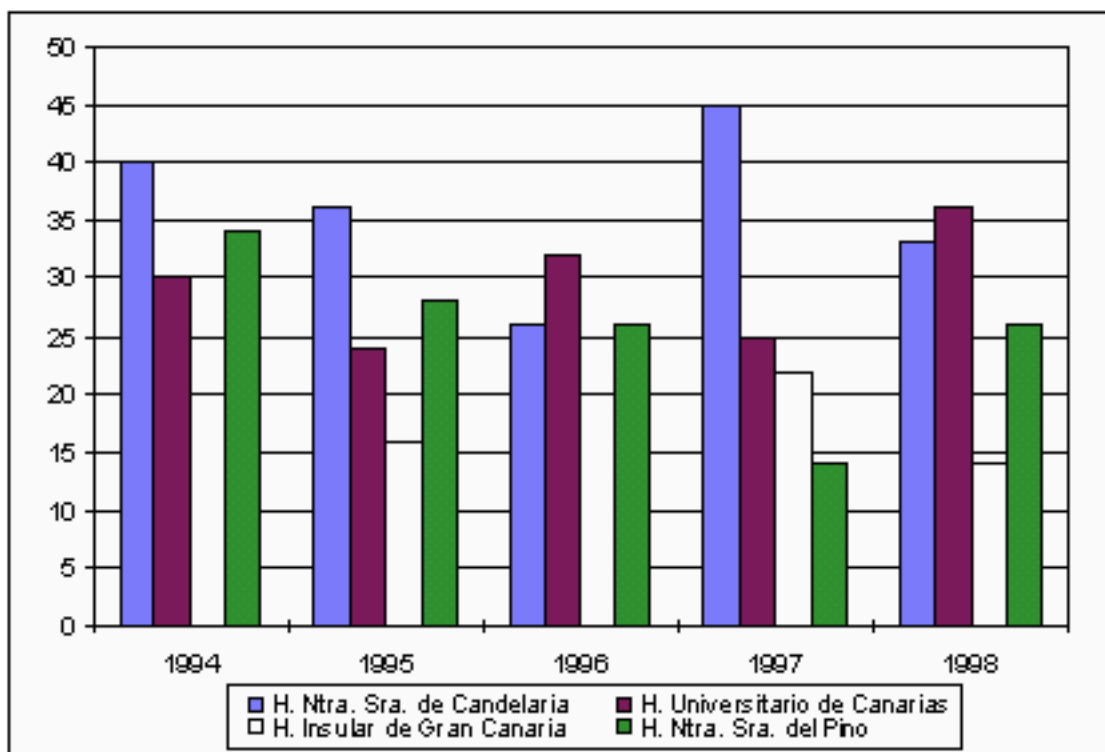
**Gráfico 4.E16. Evolución del número de trasplantes renales.
Canarias, 1981 a 1998**



Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

Como ya hemos comentado anteriormente, Canarias se ha convertido en uno de los puntos de referencia, tanto a nivel nacional como internacional, cuando se habla de trasplante renal. Los 1.000 trasplantes con éxito realizados desde 1981 en el Hospital Universitario de Canarias avalan esta afirmación. Como puede apreciarse en el Gráfico 5.E16, los cuatro grandes hospitales de la Comunidad mantienen, en este momento, una importante actividad extractora renal, habiéndose enviado en los dos últimos años 18 riñones a otras autonomías, bien dentro del Plan Nacional de Intercambio de Pacientes Hipersensibilizados, bien por no existir receptores adecuados en nuestra lista de espera.

Gráfico 5.El16. Evolución del número de extracciones renales según centro hospitalario. Canarias, 1994 a 1998



Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

En lo que se refiere a trasplante de otros órganos destaca que en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria se realizaron 18 hepáticos (11,2 p.m.h.), lo que supone un incremento del 5,8%. Durante 1998 se incluyeron 9 pacientes en lista de espera para un corazón en diversos centros peninsulares. Siete recibieron un trasplante y uno se excluyó por mejoría. Cuatro pacientes recibieron un trasplante de pulmón, de los seis que fueron incluidos en lista de espera. Uno se excluyó por mejoría.

Trasplante de tejidos

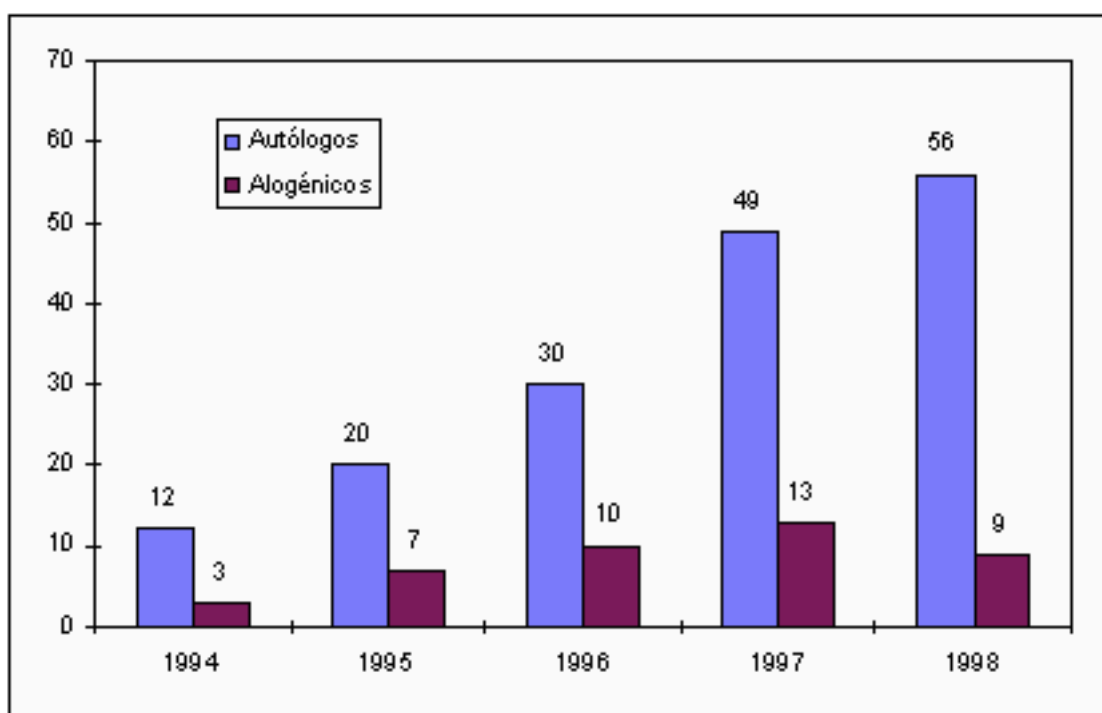
El trasplante de médula ósea (T.M.O.) se inició en Canarias en 1988 en el Hospital Ntra. Sra. del Pino de Las Palmas de Gran Canaria. En la actualidad, todos los Centros se encuentran autorizados para realizar el trasplante de médula ósea autólogo.

Por otra parte, existe en Canarias un Banco de Sangre de cordón umbilical de referencia autonómico, donde se preservará la sangre de cordones umbilicales de neonatos, donados por sus padres, y que contribuirán al Banco Español de Donantes. Durante 1998 se procesaron 29 cordones umbilicales.

El primer trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica se realizó en 1975 por Goldman. En España ha sido en la década de los 90 cuando se ha desarrollado esta modalidad terapéutica que se puede llevar a cabo mediante la recogida de dichas células que, presentes en la sangre periférica en pequeñas cantidades, pueden ser movilizadas y concentradas, mediante el procesamiento adecuado. Este sistema se denomina trasplante de "stem cells" (células madre) periféricas o TASPE. El T.M.O. ha tenido unas indicaciones muy limitadas, concretadas fundamentalmente en el tratamiento de las hemopatías primarias, malignas o no. Con la indicación de

trasplante autólogo en el tratamiento coadyuvante a los tumores sólidos, fundamentalmente de mama, se precisa realizar un número cada vez más elevado de T.M.O.

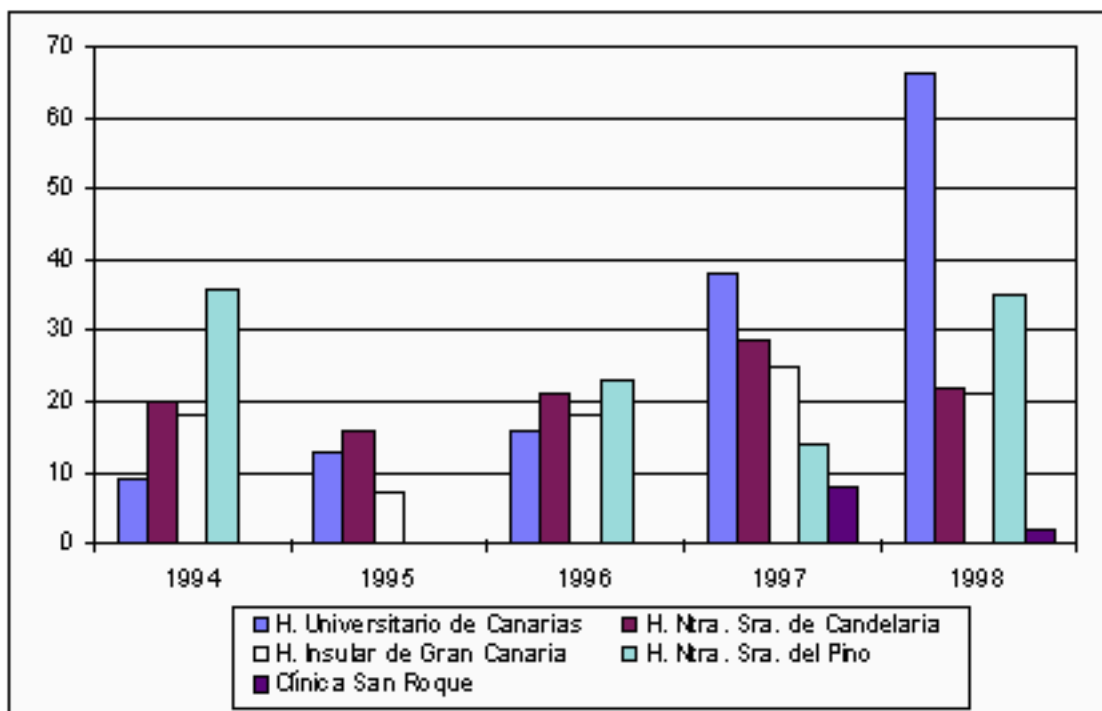
Gráfico 6.E16. Evolución de los trasplantes de médula ósea en Canarias, 1994 a 1998



Fuente: - Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

El trasplante de córnea es una técnica sencilla, asequible para cualquier centro que disponga de un Servicio de Oftalmología adecuadamente organizado y con personal específicamente formado para la realización del mismo. En el momento actual, se practican trasplantes de córnea en los cuatro grandes hospitales de Canarias (Gráfico 7.E16). Si bien el número de trasplantes está en constante incremento, la demanda de este tejido ha aumentado considerablemente. La solución pasaría en primer lugar porque se incremente el número de extracciones que se realizan. Hoy en día, se han implantado en Canarias, programas de donación exclusivamente de córneas, para paliar la necesidad de este tipo de trasplantes en nuestro medio. El trasplante de córnea se realiza desde el año 1991 de forma sistemática. Los centros trasplantadores y la actividad realizada se especifican en el Gráfico 7. E16.

Gráfico 7.E16. Evolución de los trasplantes de córnea en Canarias, 1994 a 1998



Fuente: -Unidad de Coordinación de Trasplantes de Canarias

Por otra parte, en lo que se refiere a la extracción y trasplante de tejidos osteotendinosos, en 1998 se extrajeron 60 piezas óseas. Tras un proceso de control de calidad de las mismas se desestimaron 4, utilizándose 45 piezas para trasplantar a 30 pacientes. Además, se criopreservaron 8 válvulas cardíacas, implantándose 1 válvula aórtica a 1 paciente.

Pacientes en espera de recibir un órgano o tejido

A 31 de diciembre de 1998, los pacientes en espera de recibir un trasplante de órgano o tejido son los siguientes: riñón (142), hígado (12), pulmón (1), corazón (1) y córneas (189).

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: satisfacción con los servicios sanitarios

En el nuevo enfoque de la prestación de Servicios Sanitarios es de gran importancia el tener conocimiento de la percepción que tienen los ciudadanos sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario en general y de la valoración que realizan sobre los diferentes niveles asistenciales.

Esta valoración varía según se trate de población general o de usuarios de los servicios, mostrando estos últimos, a tenor de resultados procedentes de otras Comunidades Autónomas de nuestro país, mayores niveles de satisfacción que la población general.

La encuesta de Salud de Canarias de 1990, recoge información sobre el grado de satisfacción de los usuarios en su interacción con el Sistema Sanitario.

En las tablas LX y LXI se representa la valoración del grado de satisfacción de los usuarios en su interacción con los Servicios Sanitarios Públicos y Privados de Canarias; reflejando la presencia de un 12% de insatisfacción en su interacción con el sistema sanitario público.

Tabla LX. Grado de satisfacción expresada por los usuarios en su interacción con el sistema sanitario público y privado. Encuesta de Salud de Canarias 1990.

Graduación	Sector Público	Sector Privado
• Muy Buena	20,68 %	39,21 %
• Buena	56,89 %	58,82 %
• Aceptable	10,34 %	1,96%
• Poco Satisfactoria	9,19 %	—
• Insatisfactoria	2,87 %	—

Tabla LXI. Grado de satisfacción con la asistencia recibida en los centros hospitalarios. Encuesta de Salud de Canarias año 1990.

C.A.C.	Muy bueno	Buena	Aceptable	Poco satisfactorio	Insatisfactorio
Sector público					
Área Médica	25,55%	58,88%	4,44%	6,66%	—
Área Hospitalaria	22,22%	55,55%	11,11%	6,66%	—
Área personal	28,88%	54,44%	7,77%	3,33%	1,11%
Sector privado					
Área médica	35,71%	35,71%	—	14,28%	—
Área Hospitalaria	28,57%	50,00%	—	7,14%	—
Área personal	21,42%	57,14%	—	7,14%	—

Tabla LXII. Utilización del nivel asistencial de Atención Primaria según motivo de demanda y modelo asistencial. Canarias, 1992.

	Problemas de salud	Recetas / I.L.T.	Otros
E.A.P.	69.1%	17.5%	13.4%
Tradicional	46.9%	44.4%	8.8%
Total	60.6%	27.8%	11.6%

Tabla LXIII. Tiempo empleado en la consulta médica (*) y tiempo medio de espera (**). Canarias 1992.

*	E.A.P.	M.T.	**	E.A.P.	M.T.
MEDICINA	9.5	5.5	MEDICINA GENERAL (Min)	20.8	12.1
PEDIATRÍA	11.4	7.3	PEDIATRÍA (Min)	12	8.5

En Canarias el 60.6% de los usuarios del primer nivel asistencial acuden al mismo por padecer algún problema de salud.

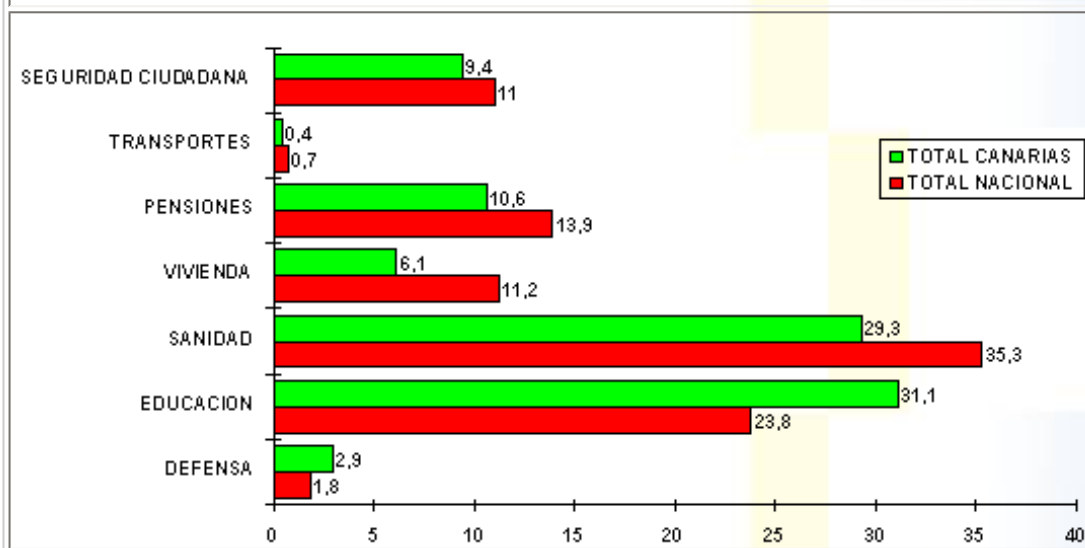
Por lo tanto, un número importante de usuarios utilizan los servicios sanitarios por problemas administrativos o para conseguir recetas médicas.

En la tabla LXII se muestra como se distribuyen los motivos de demanda de los usuarios en base al modelo asistencial (tradicional o E.A.P.) al que están adscritos.

El tiempo medio que el médico le dedica al usuario varía sustancialmente, entre el modelo tradicional y el E.A.P.

Este hecho se produce tanto en lo referente al área de medicina general como en el de pediatría (tabla LXIII).

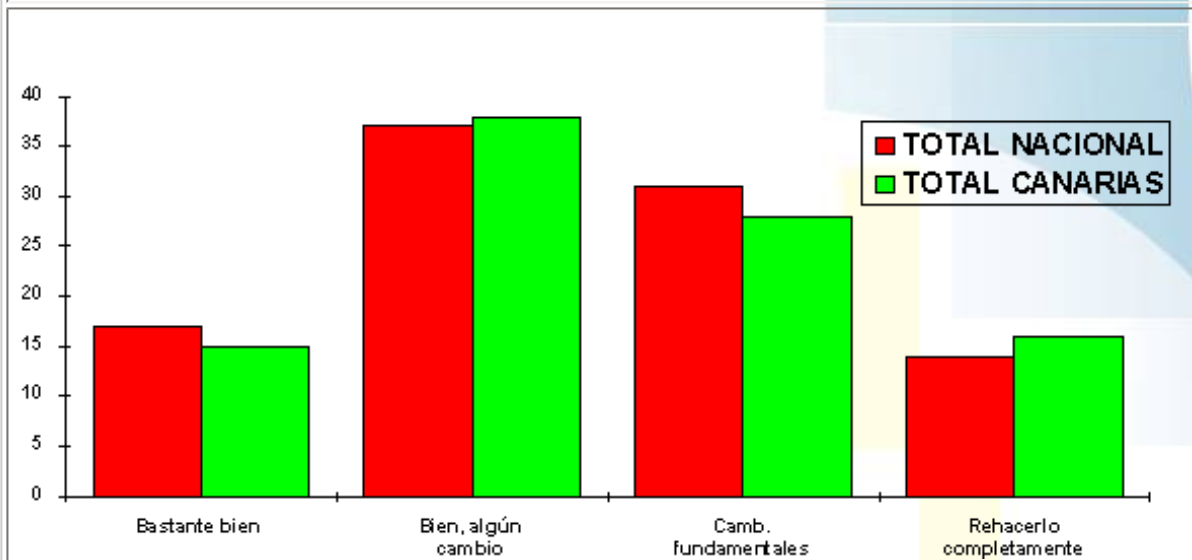
Gráfico 246. Áreas de mayor interés para los ciudadanos. España y Canarias, 1994.



Este acontecimiento, además de otros más difícilmente medibles, puede estar condicionando que los tiempos de espera sean superiores en el modelo de E. A.P.

Durante el año 1994 el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó una encuesta que nos ha permitido conocer diferentes aspectos que son de utilidad para monitorizar el grado de satisfacción de la población canaria en su interacción con el Sistema Sanitario, permitiendo identificar algunos de los aspectos más críticos.

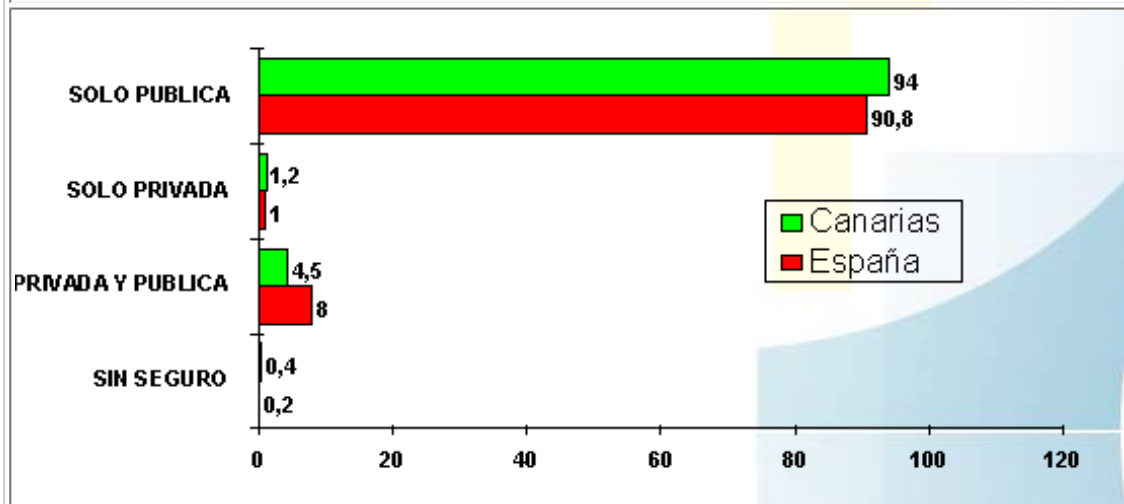
Gráfico 247. Opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario público en nuestro país. España y Canarias, 1994.



Si bien la sanidad ha sido considerada como el área de mayor interés para los ciudadanos del Estado español, en Canarias ha sido la educación la que ha recibido esta consideración (gráfico 246).

La opinión de la población canaria sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario Público; es **buena** para el 53% de la población (15+38); mientras que el 42% restante (28+16) observa la necesidad de introducir cambios en el funcionamiento del mismo.

Gráfico 248. Modalidad de cobertura sanitaria según financiación de servicios. España y Canarias, 1994.



Esta opinión se superpone a la expresada por el conjunto del estado (gráfico 247).

En cuanto a la modalidad de cobertura sanitaria según la fuente (pública o privada) de financiación de servicios sanitarios, observamos que Canarias supera al conjunto del Estado en la contratación de servicios públicos.

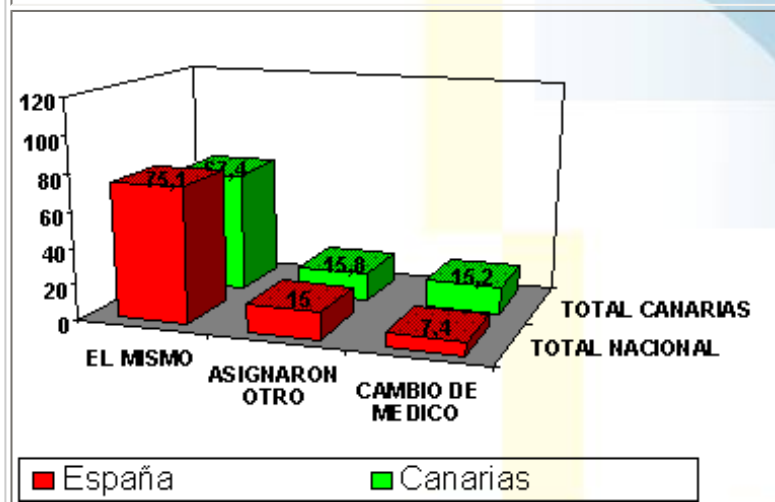
Sin embargo, la proporción de personas que declaran financiar los dos modelos de cobertura (público y privado) es superior en el contexto del Estado (gráfico 248).

El porcentaje de población que ha solicitado cambio de médico, en el momento de tramitar la solicitud de la tarjeta sanitaria, en Canarias, duplica al resultado obtenido para el conjunto del Estado (gráfico 249).

Los usuarios del Servicio Sanitario Público en Canarias señalan la buena accesibilidad de los servicios, como el motivo más importante para hacer uso de los mismos.

El conjunto de la población del Estado sitúa en primer lugar la confianza por la calidad de la atención (tabla

Gráfico 249. Cambio de médico al solicitar la tarjeta sanitaria en la sanidad pública. Canarias y España, 1994.



LXIV).

La valoración de la atención recibida en el nivel de Atención Primaria en Canarias es satisfactoria en lo referente al trato recibido por el personal sanitario, la accesibilidad a los centros, confianza en el médico, horario de atención y la facilidad para conseguir cita.

Los aspectos menos valorados son los tiempos de espera hasta entrar en consulta y la escasez de equipamiento tecnológico (tabla LXV).

La valoración de la atención recibida en el nivel Especializado Público de Canarias, sitúa como aspectos más valorados el trato recibido desde el personal sanitario y el equipamiento y medios tecnológicos.

Los aspectos peor valorados son la facilidad para obtener consulta y los tiempos de espera hasta entrar en consulta (tabla LXVI).

En lo referente a la asistencia prestada concretamente en los Hospitales Públicos Canarios aparecen como aspectos mejor valorados, el equipamiento y medios tecnológicos, la atención prestada por la enfermería, seguida de la atención médica y la información recibida sobre el problema de salud.

Los aspectos peor valorados son el tiempo de demora para los ingresos no urgentes, las personas con las que se comparte habitación y los trámites administrativos para el ingreso (tabla LXVII).

En general la población canaria muestra un bajo grado de satisfacción con todos los aspectos relacionados con la información procedente de los Servicios Sanitarios (gráfico 250), situándose en cada uno de los ítems valorados por debajo del promedio estatal.

Los aspectos peor valorados son los relacionados con las vías de reclamación y con las medidas y leyes sanitarias existentes.

Tabla LXIV. Motivos para utilizar el servicio sanitario público. Canarias y España, 1994.

	Total Nacional	Canarias
• <i>Confía en la calidad</i>	30.0	27.4
• <i>Mejor equipamiento</i>	12.7	14.8
• <i>Fácil acceso a los servicios</i>	25.6	33.3
• <i>Mejores profesionales</i>	5.1	6.8
• <i>Mayor comodidad</i>	21.3	11.4
• <i>No cubre el seguro</i>	6.2	7.5
• <i>Único que tengo</i>	3.6	4.1
• <i>Otros</i>	0.6	0.7
• <i>NS/NC</i>	0.7	1.8

Bases: total 6.410, comunidad 265.

Tabla LXV. Valoración de la atención primaria pública. Canarias y España, 1994.

	Total Nacional	Canarias
Cercanía centros	5.60	5.51
Facilidad para conseguir cita	5.07	5.22
Horario de atención	5.20	5.31
Trato personal sanitario	5.49	5.52
Atención a domicilio (Médico/ATS-DUE)	5.16	5.10
Tiempo dedicado por el médico al usuario	4.77	4.76
Conocimiento historia clínica y seguimiento	5.01	4.90
Confianza y seguridad en el médico	5.30	5.24
Confianza y seguridad en el médico	4.37	4.68
Tiempo de espera hasta entrar en consulta	4.91	4.70
Equipamiento y medios tecnológicos	5.03	5.01
Equipamiento y medios tecnológicos	4.46	4.28
Información recibida sobre su problema a	5.23	5.21
Trámites para acceder al especialista		
Calidad de la atención en general		

Bases: total nacional 6.706, comunidad 279.
Escala de valoración (1 a 7): 1 muy insatisfecho, 7 muy satisfecho.

Tabla LXVI. Valoración de la asistencia especializada pública. España y Canarias, 1994.

	Total Nacional	Canarias
• Facilidad para recibir consulta	4.14	4.11
• Tiempo dedicado por el médico al usuario	4.56	4.49
• Acceso a un mayor número de especialidades	4.62	4.77
• Tiempo de espera hasta entrar en consulta	4.16	4.23
• Tiempo de espera hasta entrar en consulta	4.74	4.31
• Conocimiento historia clínica y seguimiento	5.00	4.76
• Confianza y seguridad en el médico	5.26	5.11
• Equipamiento y medios tecnológicos	5.19	5.16
• Trato recibido del personal sanitario	4.93	4.91
• Información recibida sobre su problema	5.08	5.05
• Calidad de la atención en general		

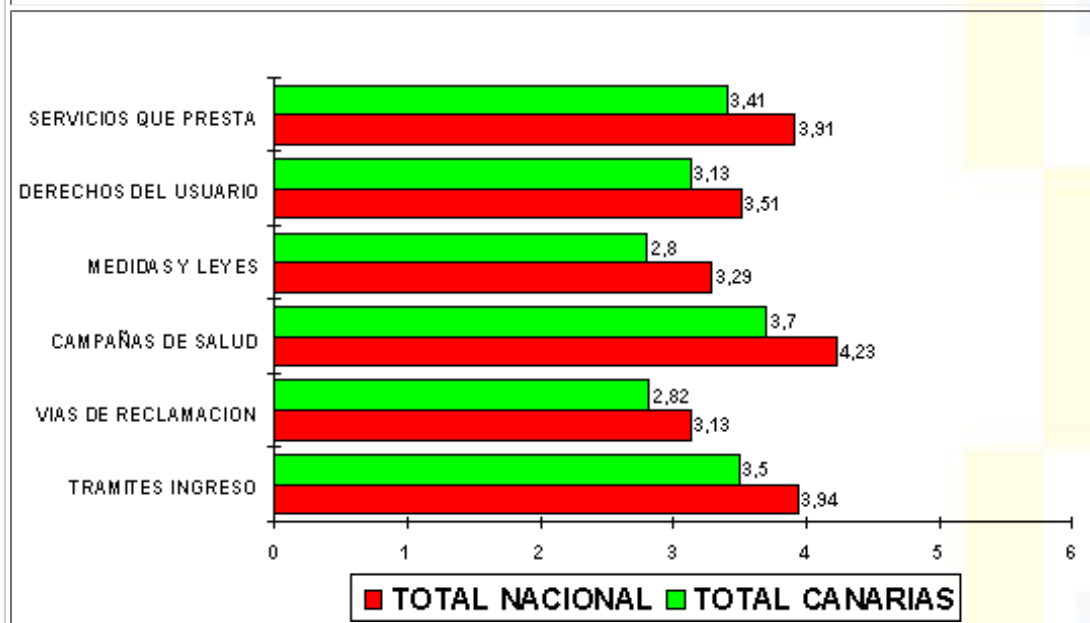
Bases: total 6.706, comunidad 279. Escala de valoración (1 a 7): 1 muy insatisfecho, 7 muy satisfecho.

Tabla LXVII. Valoración de la asistencia en los hospitales públicos. Canarias y España, 1994.

	Total Nacional	Canarias
● Personas con que comparte habitación	4.38	4.39
● Hostelería	4.97	5.01
● Trámites administrativos para el ingreso	4.55	4.67
● Tiempo de demora para el ingreso no urgente	3.51	3.60
● Cuidados y atención del personal médico	5.31	5.37
● Cuidados y atención personal de enfermería	5.32	5.45
● Trato recibido del personal no sanitario	5.26	5.37
● Equipamiento y medios tecnológicos	5.60	5.58
● Información recibida sobre su problema	5.13	5.28
● Calidad de la atención en general	5.22	5.32

Bases: total 6.706, comunidad 279. Escala de valoración (1 a 7): 1 muy insatisfecho, 7 muy satisfecho.

Gráfico 250. Valoración de la información que facilitan los servicios sanitarios. Canarias y España.



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain
 Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: recursos sanitarios: recursos hospitalarios estructurales

A 31 de diciembre de 1998, Canarias disponía de 53 centros hospitalarios según el patrimonio de los distintos organismos titulares de los mismos. En conjunto, hay 8 hospitales del Servicio Canario de Salud, 14 de los distintos Cabildos Insulares, 3 de Otros Públicos y 28 privados. En la Tabla I.H2 se comprueba que el mayor volumen de hospitales privados se encuentra en Tenerife y Gran Canaria, estando cubierta la asistencia del resto de las islas por hospitales del Servicio Canario de Salud y de los Cabildos Insulares.

Tabla I.H2. Distribución de los hospitales de Canarias, por Áreas de Salud, según su dependencia patrimonial. 1998

Áreas de Salud	Servicio Canario de Salud	Cabildos Insulares	Otros Públicos	Privados	Total
Gran Canaria	3	5	1*	13	22
Fuerteventura	1	0	0	0	1
Lanzarote	1	1	0	0	2
Tenerife	2	5	2**	15	24
La Gomera	0	1	0	0	1
El Hierro	0	1	0	0	1
La Palma	1	1	0	0	2
Canarias	8	14	3	28	53

* Ministerio de Defensa: Hospital Militar del Rey (Las Palmas)

** Municipales: Hospital Nuestra Señora de los Dolores (Icod de los Vinos) y Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción de Garachico

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

Como podemos observar en la anterior tabla, la mayoría de los hospitales se concentran en las islas de Tenerife y Gran Canaria, localizándose dentro de ellas, en las capitales insulares, y a su vez provinciales, de Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas, en correspondencia con su volumen poblacional.

La dependencia funcional está relacionada con el organismo de quien depende la gestión del hospital. Aunque en la mayoría de las veces coincide con la dependencia patrimonial, no ocurre en todos los casos. A esto se debe añadir el hecho de que muchos de los hospitales del Servicio Canario de Salud se agrupan, junto con los centros de Atención Especializada de su correspondiente Área Sanitaria, en la estructura conocida como "Complejo Hospitalario". Bajo dicho concepto se organizan los hospitales del Servicio Canario de Salud de las islas de Tenerife y Gran Canaria, de la siguiente forma:

- Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra (Tenerife): constituido por los Hospitales Nuestra Señora de Candelaria y Ofra.

- Complejo Hospitalario El Pino-Sabinal (Gran Canaria): integrado por los Hospitales Nuestra Señora del Pino y El Sabinal. En enero de 1998 pasan a formar parte de este Complejo el Hospital San Roque de Guía y algunos de los servicios del Hospital Psiquiátrico Insular, como son la atención de pacientes psiquiátricos agudos (Unidad de Internamiento Breve) y los dedicados a enfermos mentales crónicos (Unidades de Rehabilitación Activa).
- Complejo Hospitalario Materno-Insular (Gran Canaria): formado por el Hospital Materno-Infantil y el Hospital Insular.

Tabla II.H2. Centros Hospitalarios según su dependencia funcional, por Áreas de Salud. Canarias, 1998

Áreas de Salud	Servicio Canario de Salud	Cabildos Insulares	Otros Públicos	Privados	Total
Gran Canaria	2	2	1*	13	18
Fuerteventura	1	0	0	0	1
Lanzarote	1	1	0	0	2
Tenerife	1	6	1**	15	23
La Gomera	1	0	0	0	1
El Hierro	1	0	0	0	1
La Palma	1	1	0	0	2
Canarias	8	10	2	28	48

* Ministerio de Defensa: Hospital Militar del Rey (Las Palmas)

** Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción de Garachico

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)

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

Aunque en el apartado anterior exponíamos que son 53 los centros hospitalarios de Canarias según el Organismo de quién son patrimonio, este número varía al aplicar el concepto de dependencia funcional puesto que 8 hospitales públicos se agrupan en 3 complejos hospitalarios, pasando de ser 53 hospitales a ser 48. Es decir, físicamente son 53 edificios, siguiendo criterios patrimoniales, pero 48 centros al agruparlos según el organismo que los gestiona, 28 de ellos privados (58%), 10 de los cabildos insulares (21%), 8 del Servicio Canario de Salud (17%) y 2 de otros públicos (4%), según se comprueba en la Tabla II.H2.

El Hospital de Niños "Fundación Dr. Guigou" de Tenerife, dependiente funcionalmente del Cabildo Insular, cesó su actividad el 31 de marzo de 1998.

Según la dotación de camas (Tabla III.H2), los centros con mayor capacidad son de carácter público. Muchos de los hospitales privados, concretamente 16 (el 57,1% de los mismos), son centros con capacidad inferior a las 100 camas. En contraposición, los públicos de igual dotación ascienden a 8 (el 32% de los públicos). En hospitales de capacidad media, entre 100 y 199 camas, están prácticamente igualados los dos sectores.

Tabla III.H2. Centros hospitalarios de Canarias por dependencia patrimonial y capacidad según el número de camas instaladas. Áreas de Salud, 1998

Capacidad	≤49		50-99		100-199		200-399		≥400		Canarias	
	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.
Gran Canaria	0	2	2	5	2	5	3*	1	2	0	9	13
Fuerteventura	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Lanzarote	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
Tenerife	1	3	2	6	3	5	1	1	2	0	9	15
La Gomera	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
El Hierro	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
La Palma	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Total	3	5	5	11	9	10	4	2	4	0	25	28

* En los hospitales públicos se incluye, en Gran Canaria, el Hospital Militar del Rey dependiente del Ministerio de Defensa con 320 camas en 1996.

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

El Servicio Canario de Salud establece conciertos con 28 hospitales para completar su cobertura asistencial (es decir, el 52,8% de los mismos). En el Gráfico 1.H2 y en la Tabla IV.H2 observamos que el porcentaje más elevado de los mismos según su dependencia funcional (64,3%) corresponde a 18 hospitales de titularidad privada, siendo el 35,7% restante hospitales públicos: 8 de los cabildos (28,6%) y 2 de otros públicos (7,1%). Del Hospital Psiquiátrico de Tenerife se concertaron 50 de las 243 camas de que dispone.

Tabla IV.H2. Centros hospitalarios concertados de Canarias en relación a los potencialmente concertables, según su dependencia funcional. Áreas de Salud, 1998

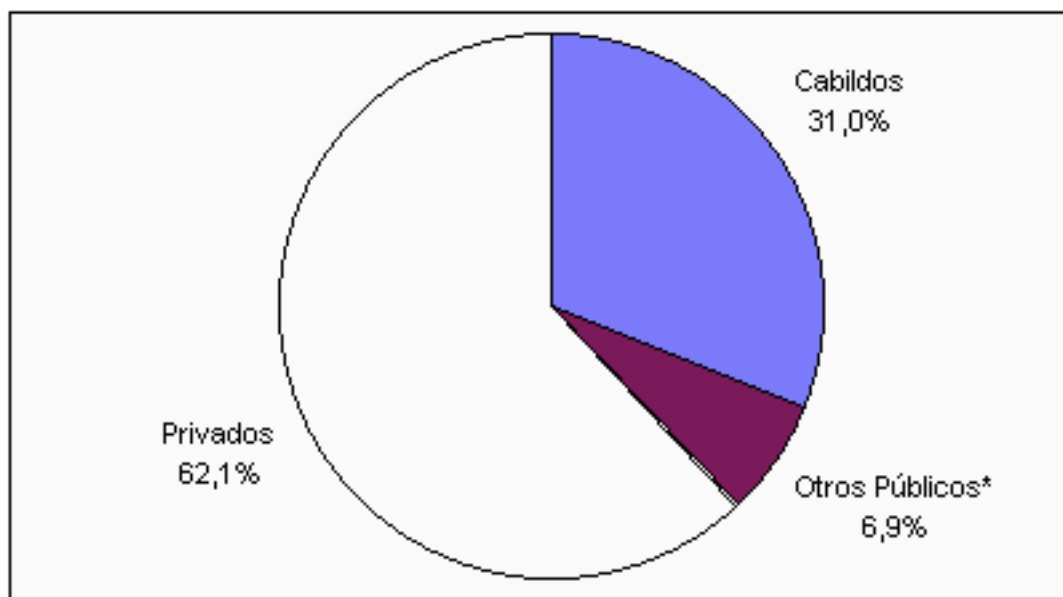
Áreas de Salud	Cabildos		Otros Públicos		Privados		Canarias	
	Concert	Total	Concert	Total	Concert	Total	Concert	Total
Gran Canaria	2	2	1*	1	9	13	12	17
Fuerteventura	0	0	0	0	0	0	0	0
Lanzarote	1	1	0	0	0	0	1	1
Tenerife	6	6	1**	1	9	15	15	22
La Gomera	0	0	0	0	0	0	0	0
El Hierro	0	0	0	0	0	0	0	0
La Palma	0	1	0	0	0	0	0	1
Canarias	9	10	2	2	18	28	29	40

* Ministerio de Defensa: Hospital Militar del Rey (Las Palmas)

** Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción de Garachico

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

Gráfico 1.H2. Centros hospitalarios concertados de Canarias, según su dependencia funcional, 1998

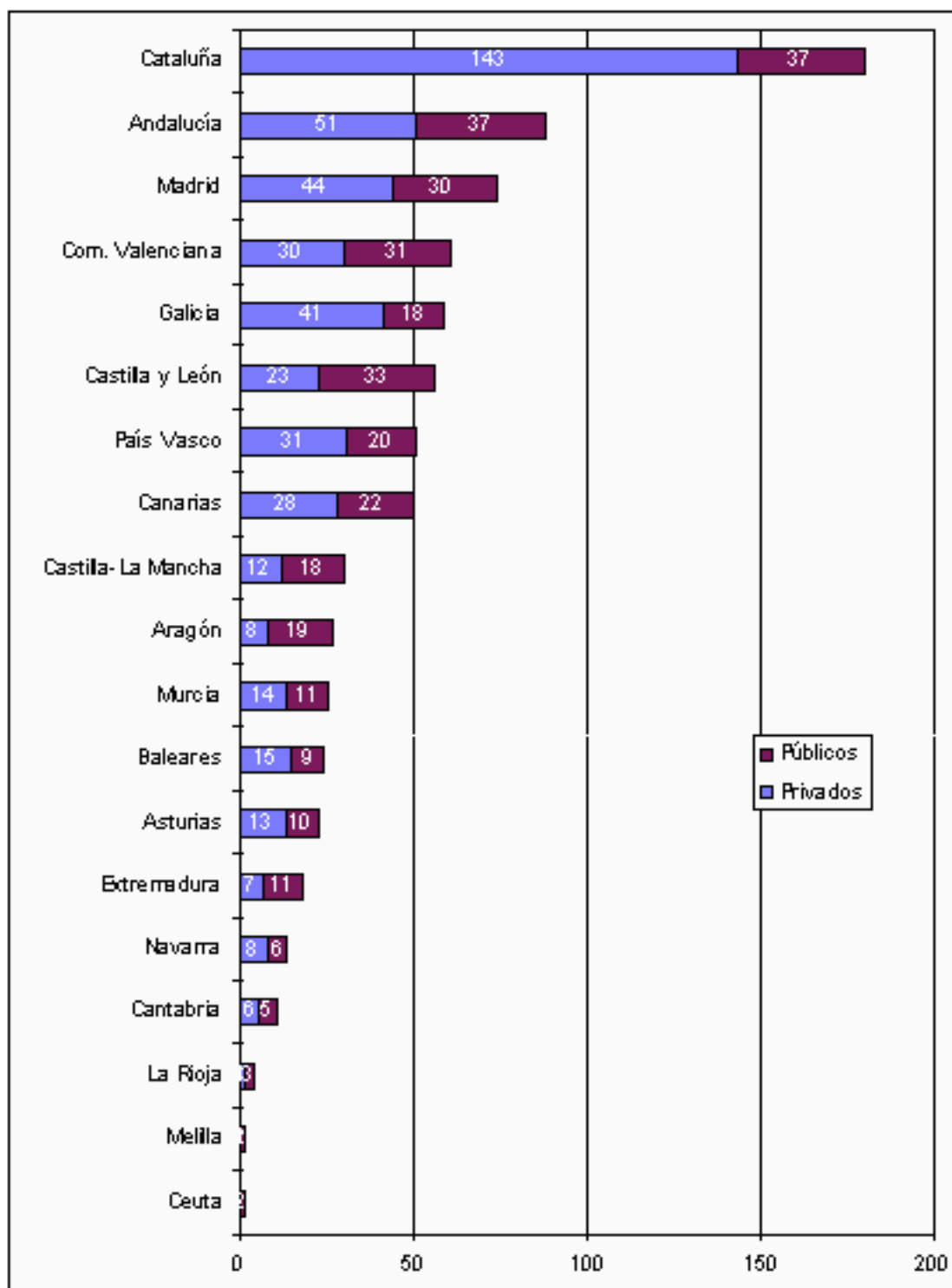


* En Otros Públicos se incluye el Hospital Militar del Rey y el Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción.

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

Comparando nuestra Comunidad Autónoma con las del resto del país (Gráfico 2.H2), observamos que es la octava en cuanto a número de hospitales, situándose entre las que tienen un predominio del sector privado (56% del total), desviándose un 3,4% del porcentaje global del país.

Gráfico 2.H2. Número de hospitales por Comunidad Autónoma, según su dependencia funcional, 1997



Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1997

Uno de los factores decisivos a la hora de planificar la ordenación sanitaria de Canarias es la insularidad. Por este motivo, en el Decreto 63/1987, de 24 de abril, sobre delimitación de Áreas de Salud, se considera como tales a cada una de las islas no capitalinas, a pesar de no contar con los índices de población previstos por la Ley General de Sanidad (artículo 56.6). Dichas Áreas de Salud tienen un tratamiento especial ya que, al superar sus necesidades las posibilidades asistenciales que por población les corresponden a sus hospitales, la atención a la misma debe efectuarse complementaria-mente en el hospital de referencia de las islas capitalinas, considerándose

integrados, según el citado Decreto, a efectos de hospitalización y de apoyo de especialidades en el Área correspondiente. Siguiendo estos criterios se consideran los siguientes hospitales de área y, a su vez, de referencia:

- Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra (Tenerife): para la población de las islas de La Gomera y El Hierro.
- Hospital Universitario de Canarias (Tenerife): para la población de la isla de La Palma.
- Complejo Hospitalario El Pino-Sabinal (Gran Canaria): para la población de la isla de Lanzarote.
- Aunque según el citado Decreto se recoge que la población de la isla de Fuerteventura debe ser atendida en el Complejo Hospitalario El Pino-Sabinal, en la práctica lo está siendo en el Complejo Hospitalario Materno-Insular (Gran Canaria).

En estos hospitales se atiende además a la población de las islas de Tenerife y Gran Canaria.

En el caso de Canarias, la mayoría de los recursos de alta tecnología destinados a atender patologías complejas y de elevado coste por su baja incidencia y/o prevalencia, se encuentran en los hospitales públicos de referencia en los que, además, resuelven la práctica totalidad de los problemas de salud. Por su dotación y sus recursos, el resto de hospitales públicos ubicados en las islas no capitalinas se consideran hospitales generales básicos o comarcales, dando respuesta completa a los requerimientos de bajo grado de complejidad. Estos hospitales son:

- Hospital Nuestra Señora de Los Reyes de El Hierro.
- Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de La Gomera.
- Hospital Nuestra Señora de Las Nieves de La Palma.
- Hospital General de Fuerteventura.
- Hospital General de Lanzarote.

Tabla V.H2. Hospitales públicos de agudos, de referencia y comarcales, camas instaladas e índices x 10³ habitantes de derecho de cada Área de Salud. Canarias, 1998

Áreas de Salud	Número de Hospitales	Camas	Índices (%)
Gran Canaria*	2	1.525	2,12
Fuerteventura	1	107	2,18
Lanzarote	1	162	1,91
Tenerife*	2	1.591	2,35
La Gomera	1	33	1,97
El Hierro	1	16	2,08
La Palma	1	145	1,85
Total	9	3.569	2,19

* Hospitales de referencia (incluido el Hospital Universitario de Canarias en el caso del Área de Salud de Tenerife)

Fuente: - Ministerio de Sanidad y Consumo: Catálogo Nacional de Hospitales 1998 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

En la Tabla V.H2 se analizan cuantitativamente estos hospitales, sus camas y su distribución por áreas de salud, así como los índices de camas instaladas por mil habitantes de derecho de cada Isla, debiendo destacar a este respecto que el índice insular más elevado es el de Tenerife (2,35‰) y el menor el de La Palma (1,85‰). No obstante, existe un importante factor adicional, la población flotante turística (con un impacto superior en Fuerteventura, Lanzarote, Tenerife y Gran Canaria) que ha de ser tenida en cuenta a la hora de planificar y distribuir los recursos sanitarios. Los índices provinciales son de 2,10‰ para la provincia de Las Palmas y 1,95‰ para la de Santa Cruz de Tenerife. Debemos indicar, además, que en mayo de 1999 se inauguró el Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín con 537 camas instaladas de agudos, no incluido en la Tabla V.H2 por ser elaborada con datos de 1998.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Tasas estandarizadas por edad

Para la elaboración del Gráfico 2.E1 y con el objeto de evitar el efecto que sobre la mortalidad ejerce la diferente estructura etaria de la población y permitir la comparabilidad de los datos con los de las distintas comunidades autónomas, se han calculado tasas anuales promediadas para el período 1989-1995, utilizando la población española del censo de 1991 [1] y el número de defunciones por cardiopatía isquémica (410 a 414 CIE 9ª rev.) con desagregación por edad (10 grupos), género y comunidad autónoma [2ª 8]. Las tasas se ajustaron por edad (método directo) utilizando como estándar la población europea. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$TMS = \sum \left(\frac{D_x}{P_x} \cdot W_{sx} \right) \cdot 100.000$$

D_x = Defunciones en el grupo de edad "x" de la población en estudio.

P_x = Población del grupo de edad "x" de la población en estudio.

W_{sx} = Proporción de la población del grupo de edad "x" en la población estándar sobre el total de la misma.

Mortalidad atribuible

En el caso de la Tabla I.F1 y para obtener el grado de causalidad atribuible al consumo de tabaco en la mortalidad de nuestra comunidad autónoma [9], se ha calculado el porcentaje de riesgo atribuible en la población (PARP), también denominado fracción etiológica en la población general [10]. Para la prevalencia de tabaquismo se ha tomado como referencia la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 [11]. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$PARP = \frac{P(RR - 1)}{1 + P(RR - 1)}$$

P = Prevalencia del factor de riesgo (tabaquismo).

RR = Riesgo relativo asociado a cada causa de muerte.

Las muertes atribuibles se calculan aplicando el PARP, según el tipo de causa o causas y género, al correspondiente valor de defunciones en Canarias durante los años 1995 y 1996 [12,13].

Bibliografía

1. **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.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **Instituto Nacional de Estadística (INE)**. Defunciones según la Causa de Muerte 1994. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda.
8. **Instituto Nacional de Estadística (INE)**. Defunciones según la Causa de Muerte 1995. Resultados por Comunidades Autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda.
9. **Serra-Majem, Ll.; Calvo, J.R.; Santana, F.; Orengo, J.C.; López-Cabañas, A.; Serrano, P.** European tobacco control initiative: from Helsinki (Finland) to Las Palmas de Gran Canaria (Spain). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Servicio Canario de Salud, 1998.
10. **Piédrola Gil, G.; del Rey Calero, J.; Domínguez Carmona, M. et al.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson-Salvat Medicina. Barcelona, 1991.
11. **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.
12. **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.
13. **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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife

Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Características generales: geografía

Canarias es un Archipiélago formado por islas de origen volcánico, con una longitud entre sus extremos de unos 500 km. Está situado próximo al borde continental africano del Noroeste, del que está separado unos 100 km. (Gráfico 1.A), ubicándose concretamente en el Atlántico Central, entre los 27°37' y 29°25' de longitud Norte y 13°20' y 18°10' al Oeste de Greenwich (Gráfico 2.A).

Gráfico 1.A. Situación geográfica de Canarias respecto a Europa

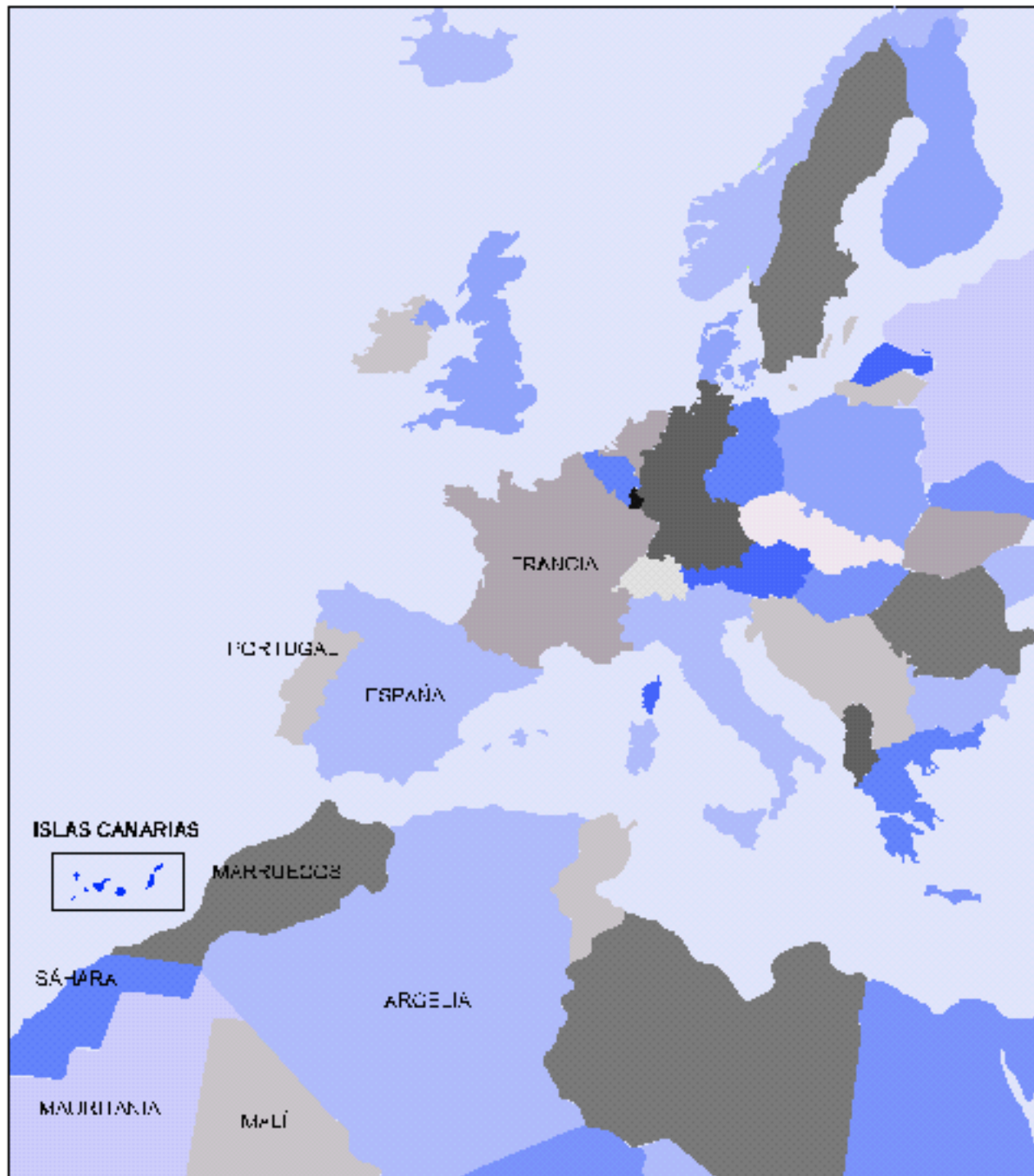
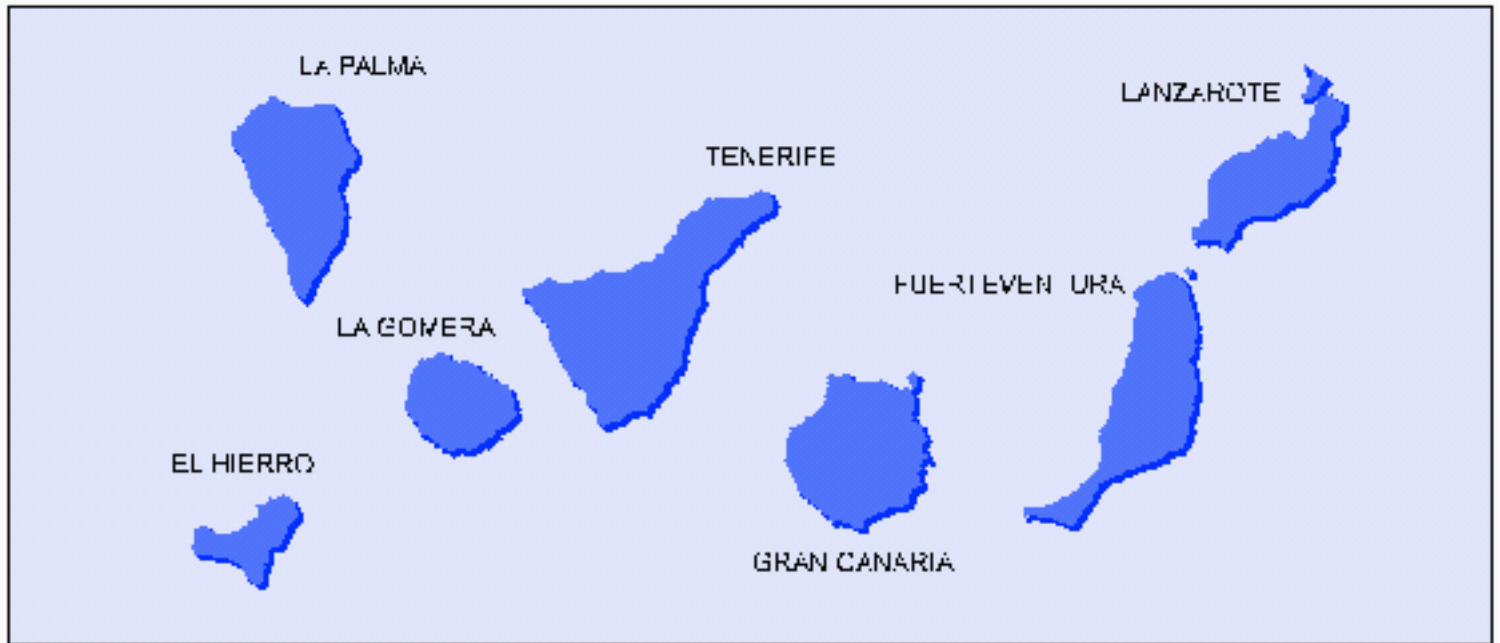


Gráfico 2.A. Distribución geográfica de Canarias



El Archipiélago Canario está constituido por siete islas: Lanzarote, Fuerteventura, Gran Canaria, Tenerife, El Hierro, La Gomera y La Palma; cuatro islotes: Alegranza, Graciosa, Montaña Clara y Lobos; y una serie de roques: del Oeste, del Este, de Anaga, de Salmor, de Gando, de Garachico. Dividido administrativamente en dos provincias, Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife, y sanitariamente en 7 áreas que se corresponden con cada una de las 7 islas mayores.

La superficie total asciende a 7.501 km², estando desigualmente repartida, ya que oscila entre los 287 km² de El Hierro y los 2.036 km² de Tenerife. La configuración montañosa de las islas es uno de los rasgos que las caracterizan, de la que sólo se escapan Lanzarote y Fuerteventura. El litoral canario es abrupto y rocoso en general, los acantilados son las formas más extendidas. No obstante, en tramos costeros de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura las playas alcanzan desarrollos estimables a escala del Archipiélago.

Canarias presenta una serie de peculiaridades climáticas que la diferencian de los sectores continentales de su entorno y con su misma situación latitudinal, existe una gran diversidad climática en cada una de las islas. Su situación, a caballo entre la zona templada y la tropical, junto con la cercanía del Sahara, van a configurar los tres tipos de tiempo que pueden afectar a las islas: el régimen de los alisios (las islas están sometidas a los vientos alisios, cuya procedencia es del primer cuadrante, es decir, del Norte-noreste, y con una regularidad muy notable en su velocidad), las situaciones de inestabilidad (para que se produzcan es necesario una retirada o debilitamiento del anticiclón de Azores). La totalidad de las precipitaciones que se producen en las islas tienen su origen en masas de aire polar marítimo, procedente de las latitudes templadas. Las invasiones de aire sahariano dan lugar a un cambio radical en las condiciones atmosféricas de Canarias con respecto al régimen de los alisios: del aire fresco, húmedo y limpio de los alisios que predominan la mayor parte del año, se pasa a una atmósfera caliente, seca y turbia. En estas condiciones las islas se ven invadidas por un ambiente de bochorno y pesadez que incluso puede llegar a influir en el estado de ánimo de las personas.

En Canarias, el agua es un recurso escaso y vital para la continuidad de la actividad humana y económica. Por ello, se ha producido un cambio en cuanto al uso del agua. Hace unas décadas, se destinaba más del noventa por ciento a la agricultura; actualmente, con el abandono progresivo de la agricultura, cerca del cincuenta por ciento se destina a consumo no agrícola y la demanda urbana y turística del agua no cesa de aumentar. Debido al agotamiento temprano de los caudales de agua obtenidos por los métodos tradicionales de aprovechamiento de los recursos hídricos, Canarias introduce de forma pionera las plantas de desalación de agua marina en las islas orientales, siendo la desalación la tercera fuente en importancia de producción de agua después de los pozos y las galerías.

Las temperaturas varían de una isla a otra y de una zona a otra dentro de cada isla. Así, son las áreas costeras las que poseen las temperaturas medias más cálidas, oscilando entre los 18,5° C y los 21° C. Conforme nos alejamos de la costa y ascendemos en altitud, las temperaturas medias descienden, oscilando en las medianías entre los 11,3° C y los 18,5° C. En las áreas esencialmente montañosas, de más de 1.000 m. de altura, las medias anuales son claramente inferiores. Las Islas Canarias poseen un invierno y primavera de tres meses cada uno, un verano algo más largo, de cuatro meses, y un otoño de dos meses.

No se puede decir que las Islas Canarias, en su conjunto, sean lluviosas, pero sí que se dan importantísimos contrastes. Las precipitaciones se disponen primordialmente en función del relieve y la orientación, condicionando de una manera muy clara la distribución de la vegetación. Las precipitaciones en aquellas islas con una orografía más marcada, se presentan de forma muy diferente en las vertientes de barlovento, donde se sobrepasan fácilmente los 550 mm., y en las de sotavento, donde difícilmente se alcanzan los 300 mm., incluso pueden llegar a ser casi nulas en algunos sectores sureños.

Dada la latitud subtropical en la que se encuentra el archipiélago, las islas están expuestas a una fuerte radiación solar, desigualmente repartida a lo largo del año. Como es lógico, el mayor número de horas de sol se registra en los meses de verano, sobre todo en las cumbres. La insolación media diaria oscila entre las 12,4 horas en las cumbres y las 6,2 horas en las costas, y en invierno entre las 6,9 horas y las 4,5 horas, respectivamente. En las estaciones intermedias, primavera y otoño, las diferencias son menos acentuadas.

La nubosidad se reparte de forma muy desigual en cada isla. Aquéllas en que por su altitud se estanca el mar de nubes presentan, en sus vertientes Norte, un elevado número de días cubiertos al año. Por el contrario, en las vertientes orientadas al Sur y en las islas más llanas oscilan entre los 50 y 97 días cubiertos.

Los valores de humedad relativa en Canarias están en estrecha relación con la presencia del mar y una elevada evaporación, motivada por el caldeo superficial del agua. Los índices llegan a ser considerables en las costas y medianías orientadas a barlovento (entre el 75% y 80%), bajos en las cumbres (inferior al 50%) y moderados en el resto de los sectores (entre el 60% y el 75%).

Las comunicaciones son una innegable necesidad geográfica en Canarias, dada la condición insular del territorio y la lejanía respecto de algunas regiones polarizadas en lo social, económico y cultural

de la nación. Las vías terrestres son, por razones de necesidad, el primer componente en comunicaciones que desarrolla la sociedad. Los puertos son centros neurálgicos de las comunicaciones marítimas, el elemento más singular de una región que tiene por frontera el mar. Los aeropuertos canarios, en la actualidad, están jerarquizados y cumplen funciones determinadas dentro de la red de comunicaciones aéreas. Sin embargo, existe un manifiesto desequilibrio entre islas.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

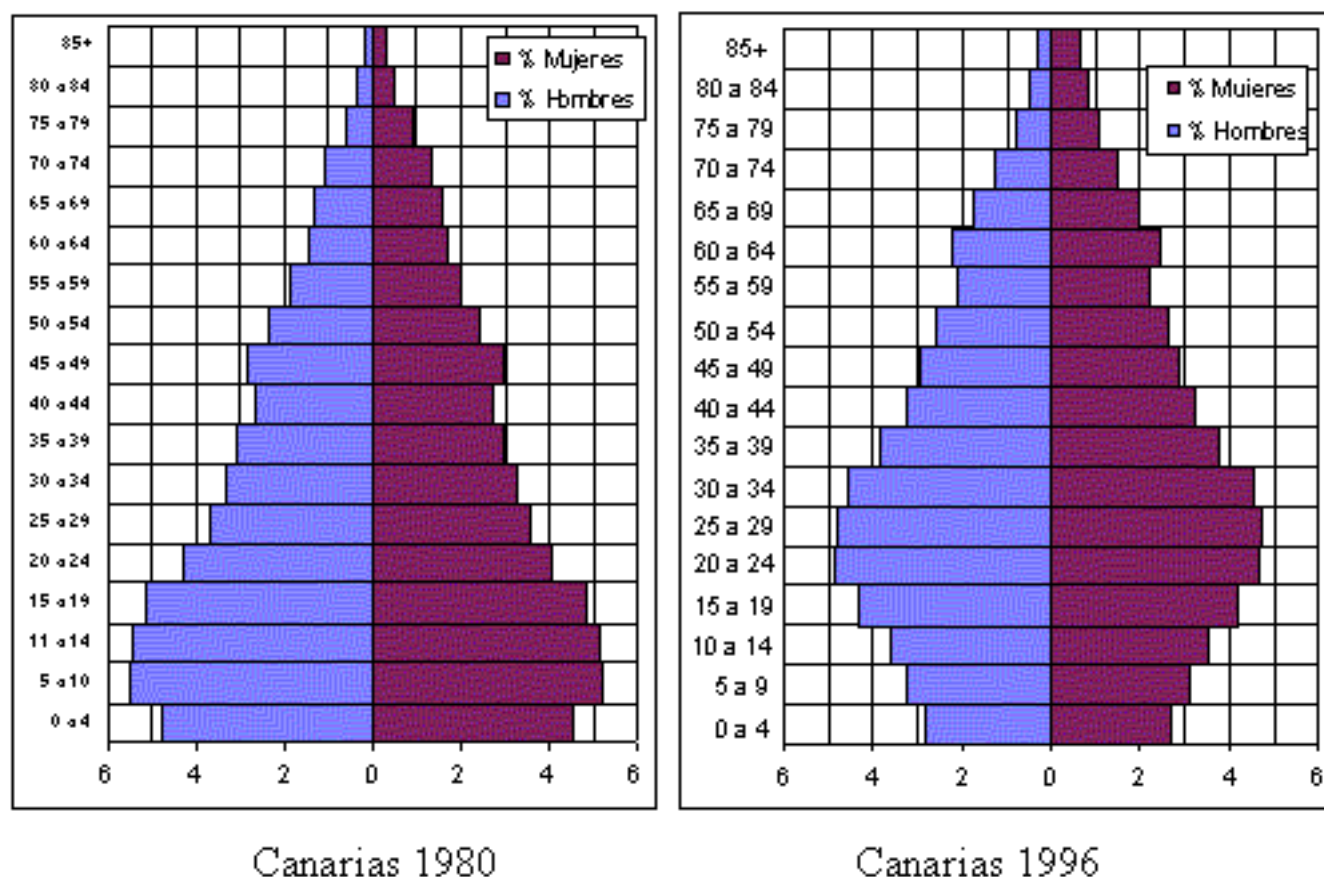
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Características generales: demografía: estructura de la población

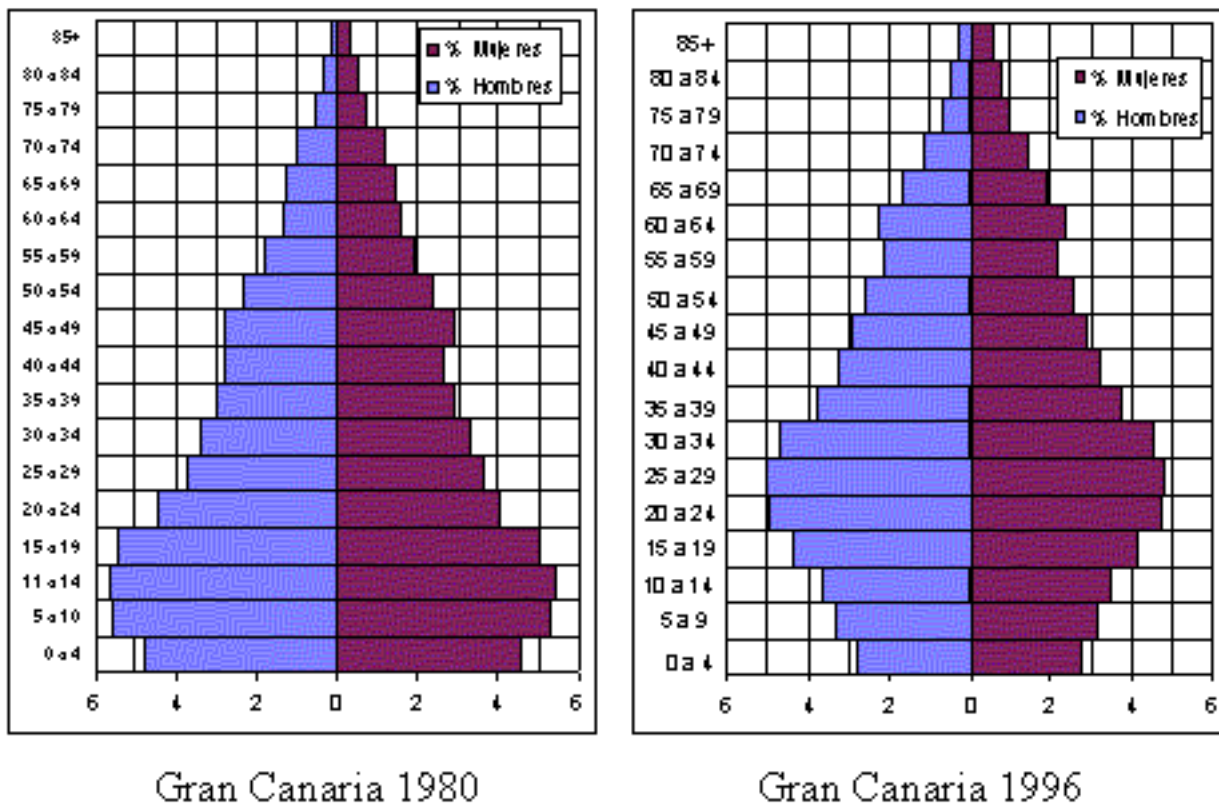
La estructura de la población de la Comunidad Autónoma de Canarias en su conjunto, y la de cada una de las islas, ha sido estudiada por grupos quinquenales de edad y género, para los años 1980 (tomando como base el Censo de Población de 1981 [¹]) y para 1996 (a partir de la renovación del Padrón Municipal de ese año [²]). Según estos datos, la estructura poblacional para Canarias en el año 1980 indica que se trata de una población joven. La pequeña muesca que aparece en ambos géneros en el grupo de edad de 40 a 44 años corresponde a la disminución de la fecundidad como consecuencia de la Guerra Civil española. Dieciséis años más tarde, en 1996, la estructura cambia drásticamente apreciándose un marcado estrechamiento de la base (grupo de 0 a 14 años), debido a una importante reducción de la fecundidad en los últimos años. Este "envejecimiento por la base", primer estadio del proceso de envejecimiento poblacional, repercutirá en los próximos años en un ensanchamiento pronunciado de la cima de la pirámide, de continuar la caída de la fecundidad y el descenso de la mortalidad (Gráfico 1.B1).

Gráfico 1.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. Canarias, 1980 y 1996



En Gran Canaria no se aprecian diferencias importantes con respecto al conjunto de la Comunidad Autónoma en los dos años estudiados (Gráfico 2.B1).

Gráfico 2.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. Gran Canaria, 1980 y 1996

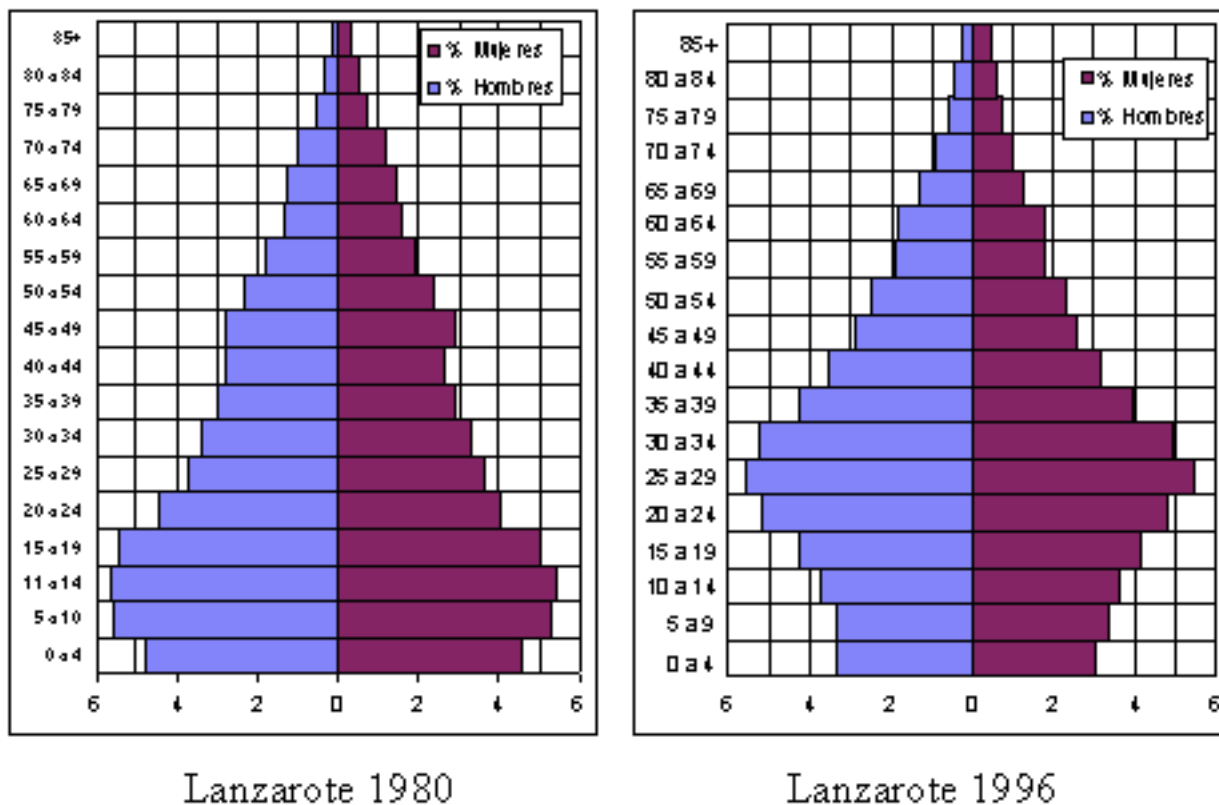


Gran Canaria 1980

Gran Canaria 1996

Lanzarote muestra una población más joven que la del conjunto del archipiélago, con una base más ancha y una cúspide más estrecha. El decrecimiento de la fecundidad no ha sido tan marcado como el de la Comunidad Autónoma, como se aprecia al observar la pirámide del año 1996. Las irregularidades del contorno de la pirámide se explican por el reducido número de habitantes, por la mayor fuerza de las migraciones y por la inconsistencia tanto de los datos padronales como de los estimados de población por edad y género (Gráfico 3.B1).

Gráfico 3.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. Lanzarote, 1980 y 1996

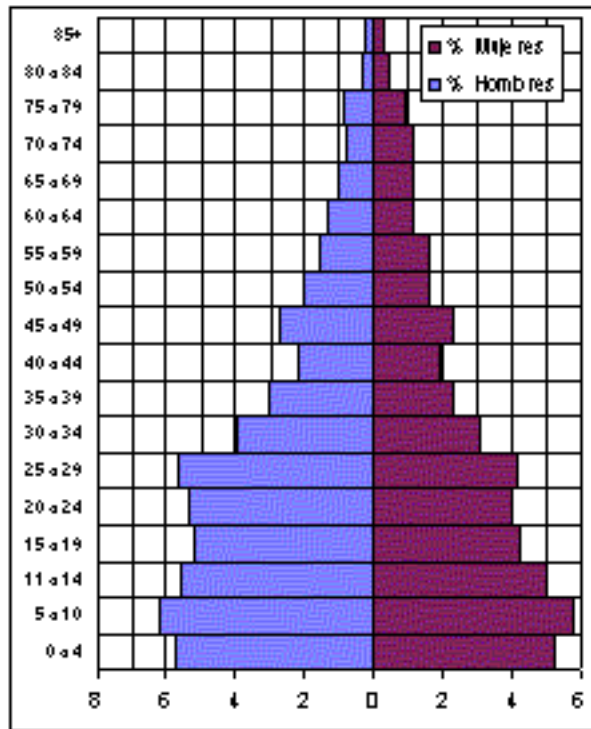


Lanzarote 1980

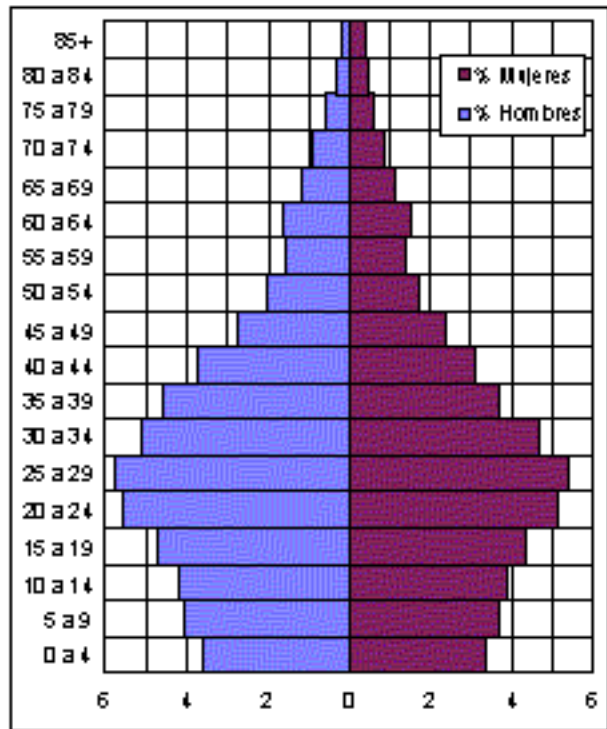
Lanzarote 1996

En Fuerteventura, la pirámide de población de 1980 muestra más irregularidades que la de Lanzarote, siendo su estructura la de una población también más joven que la de Canarias en su conjunto. Las irregularidades del año 1996 son más atenuadas, pudiendo apreciarse una importante caída de la fecundidad, traducida en una gran disminución de los efectivos más jóvenes, si bien es menos importante que en el total autonómico (Gráfico 4.B1).

Gráfico 4.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. Fuerteventura, 1980 y 1996



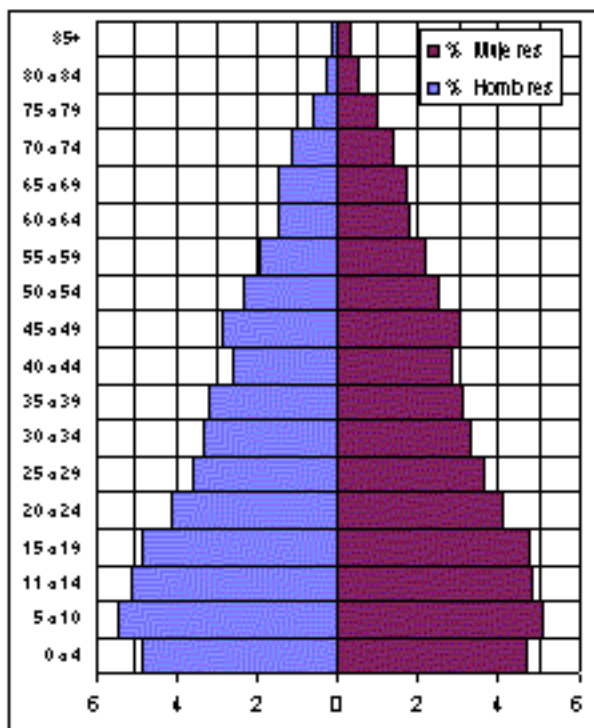
Fuerteventura 1980



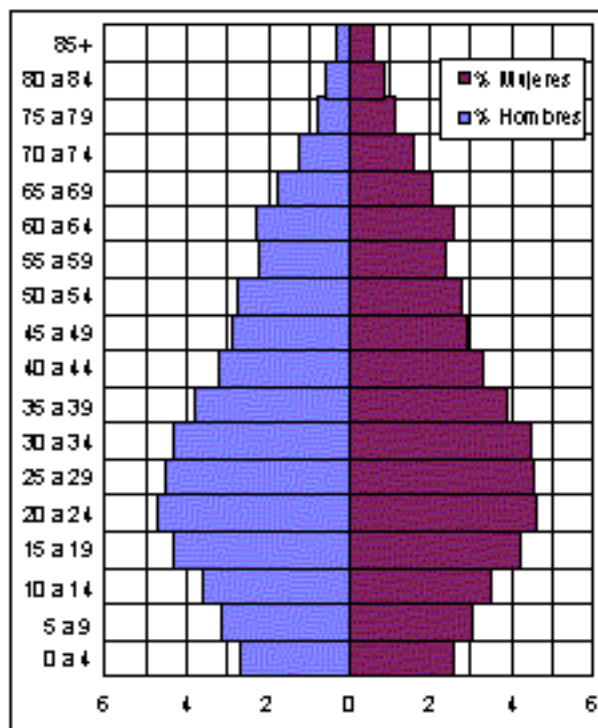
Fuerteventura 1996

En Tenerife, al igual que en el caso de Gran Canaria, no existen variaciones apreciables con la media de la Comunidad Autónoma, tanto para 1980 como para 1996 (Gráfico 5.B1).

Gráfico 5.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. Tenerife, 1980 y 1996



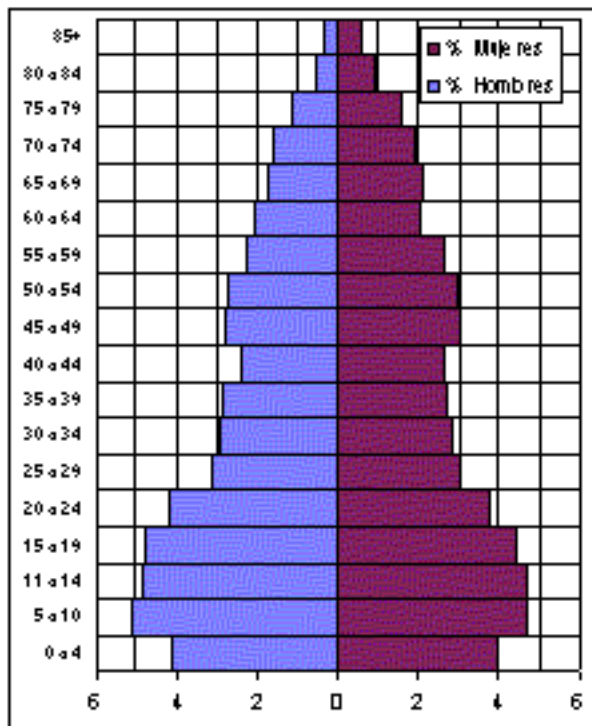
Tenerife 1980



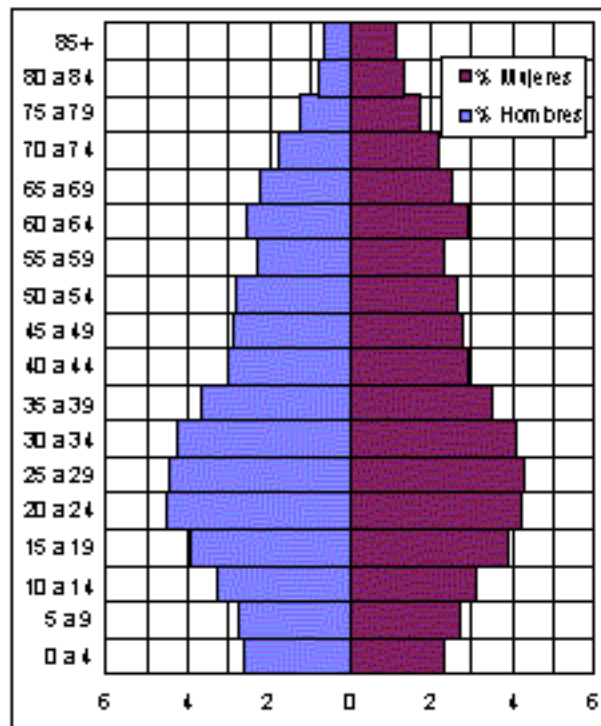
Tenerife 1996

La estructura de población de La Palma indica que se trata de una población más envejecida, con un acusado estrechamiento entre los 25 y los 44 años en 1980 para ambos géneros, que se reproduce en 1996 entre los 40 a 59 años. Esta disminución se puede explicar por una reducción de la fecundidad o por flujos migratorios hacia otras islas del archipiélago (Gráfico 6.B1).

Gráfico 6.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. La Palma, 1980 y 1996



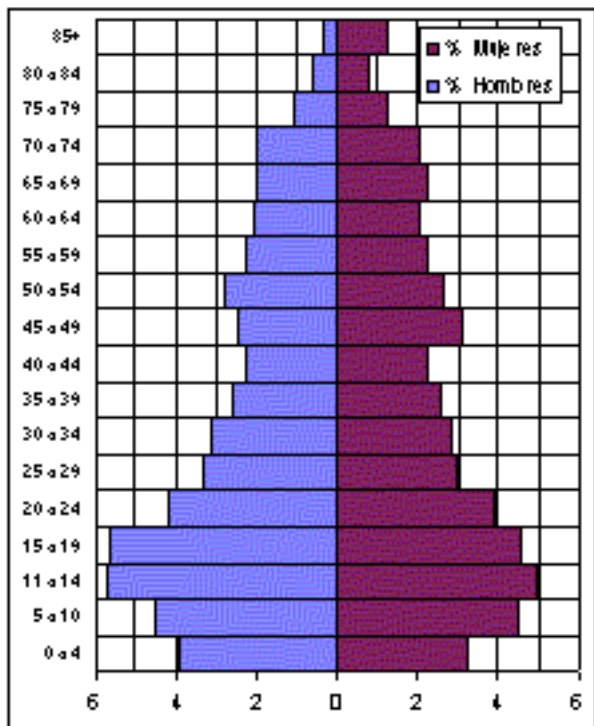
La Palma 1980



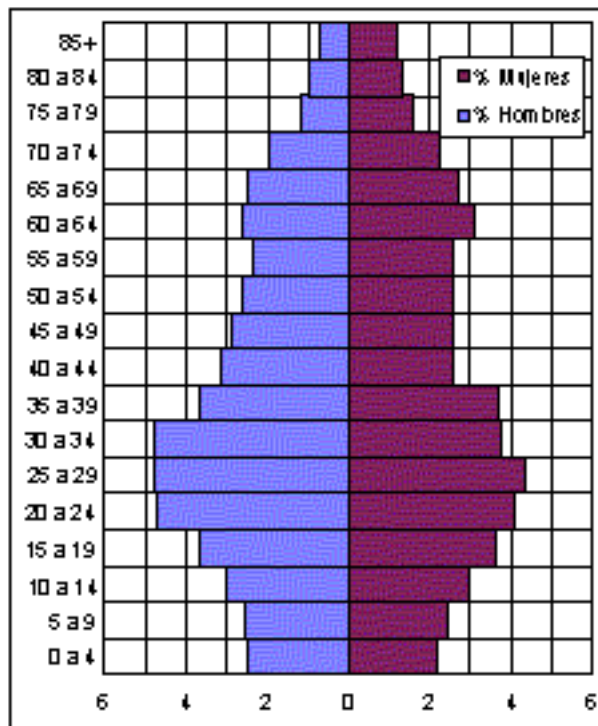
La Palma 1996

La estructura de población de La Gomera, evidencia irregularidades muy marcadas, tanto en 1980 como en 1996, explicables por su poca cantidad de habitantes. La reducción de la fecundidad comenzó su caída antes que en el resto de las islas y de forma más intensa (Gráfico 7.B1).

Gráfico 7.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. La Gomera, 1980 y 1996



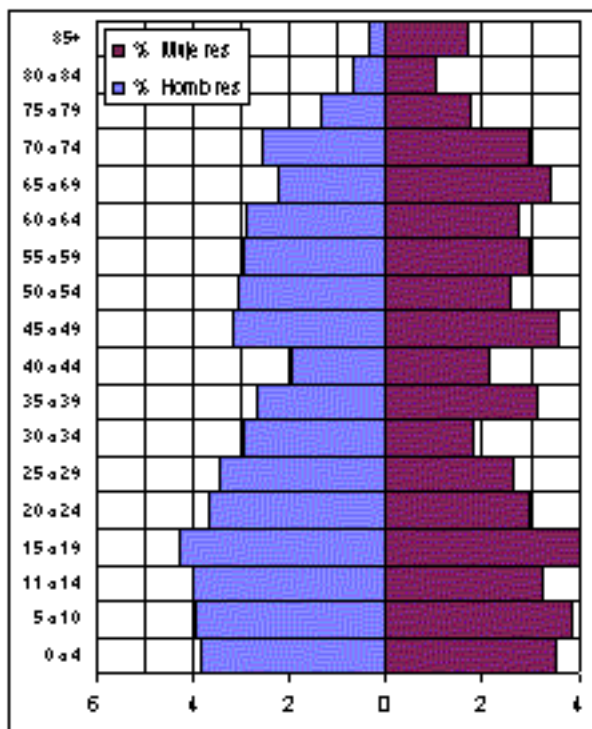
La Gomera 1980



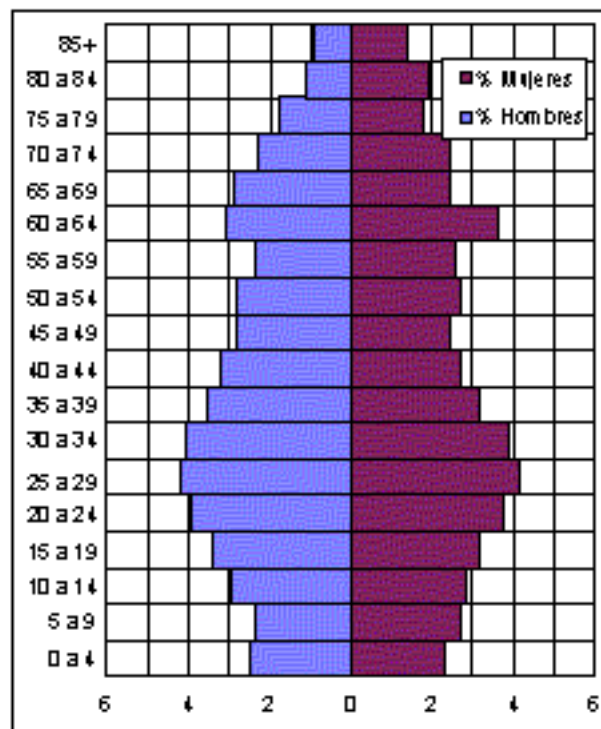
La Gomera 1996

En relación a El Hierro, al ser la isla menos poblada, resulta muy difícil y arriesgado hacer comentarios sobre las características de su población. Las irregularidades de los contornos de las pirámides son las más manifiestas de todas las islas (Gráfico 8.B1).

Gráfico 8.B1. Estructura de la población según género y grupos de edad. El Hierro, 1980 y 1996



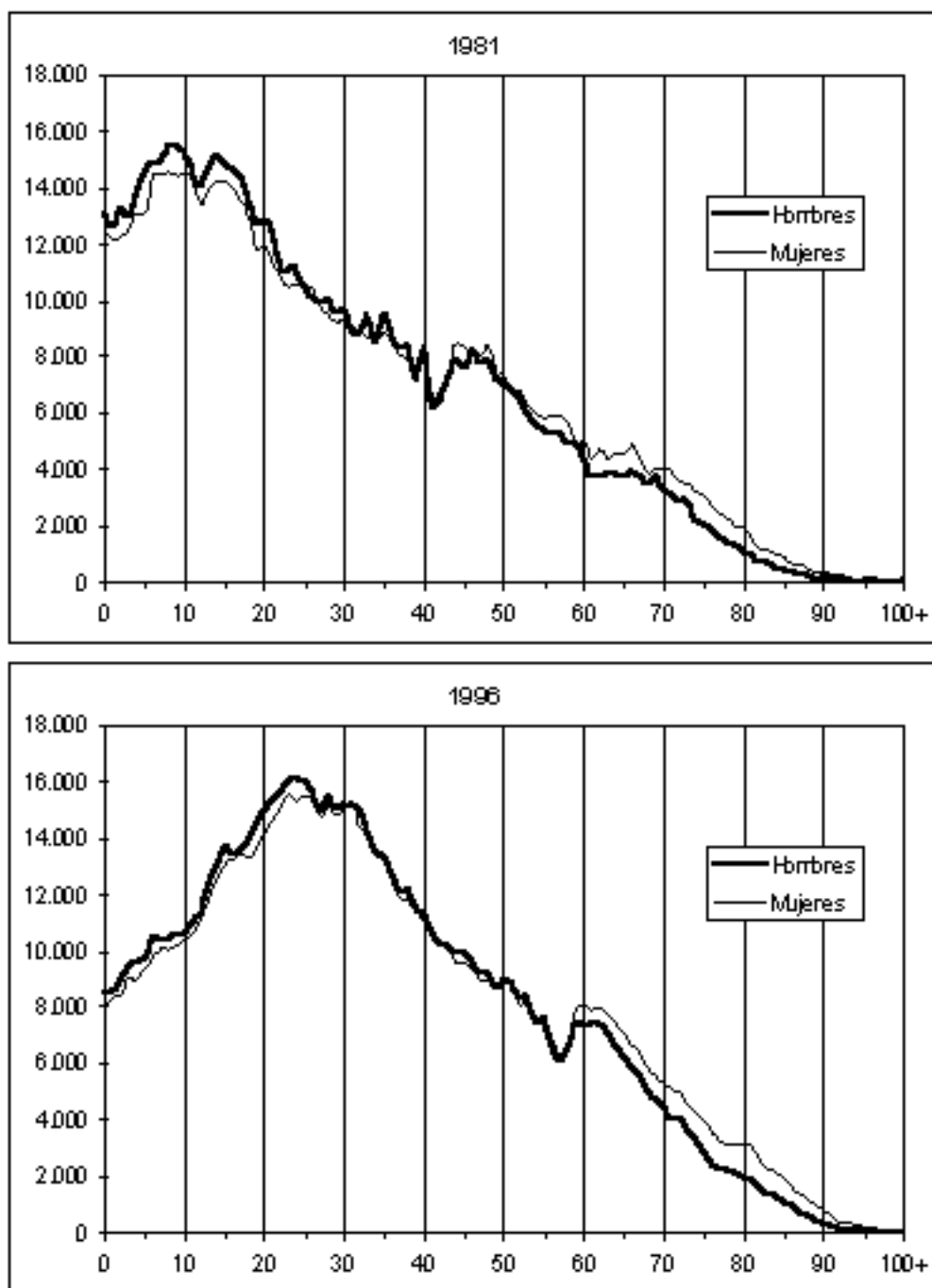
El Hierro 1980



El Hierro 1996

Si bien nacen más hombres que mujeres en Canarias, en 1996 y a partir de los treinta años, los efectivos se igualan. Posteriormente la tendencia se invierte, superando el número de mujeres al de hombres desde finales de los 50 años (Gráfico 9.B1). La disminución de la cantidad de hombres frente al de mujeres se explica por las conductas de riesgo que aquéllos asumen (hábitos de vida y accidentabilidad laboral y de tráfico). No obstante, los cambios en los hábitos de vida que se empiezan a percibir en la mujer canaria, especialmente en edades jóvenes, podrían, a medio plazo, volver a introducir cambios en este comportamiento.

Gráfico 9.B1. Perspectiva de género en la estructura demográfica. Canarias, 1981 y 1996



Fuente - INE. Censo de Población de 1981 [3]
 - ISTAC. Encuesta de Población de Canarias 1996 [2]

Bibliografía

1. **Centro de Estadística y Documentación de Canarias (CEDOC)**. Censo de población del año 1981.
2. **Instituto Canario de Estadística (ISTAC)**. Encuesta de Población. Canarias 1996. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1998.
3. **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-

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Características generales: demografía: comportamiento de la fecundidad

El análisis de la fecundidad se ha realizado mediante el cálculo de la tasa de fecundidad general para todos los territorios estudiados y de la tasa de fecundidad general por edad de la madre y de la suma de nacimientos reducidos o tasa global de fecundidad para la Comunidad Autónoma en su conjunto y las islas de Tenerife y Gran Canaria. La información utilizada fue el número total de nacimientos vivos registrados en Canarias entre 1980 y 1997, siendo para las áreas sanitarias a partir de 1981. No se pudo efectuar el cálculo de los dos últimos indicadores para todos los territorios por el escaso efectivo poblacional de las islas no capitalinas. La fecundidad se ha reducido drásticamente en Canarias

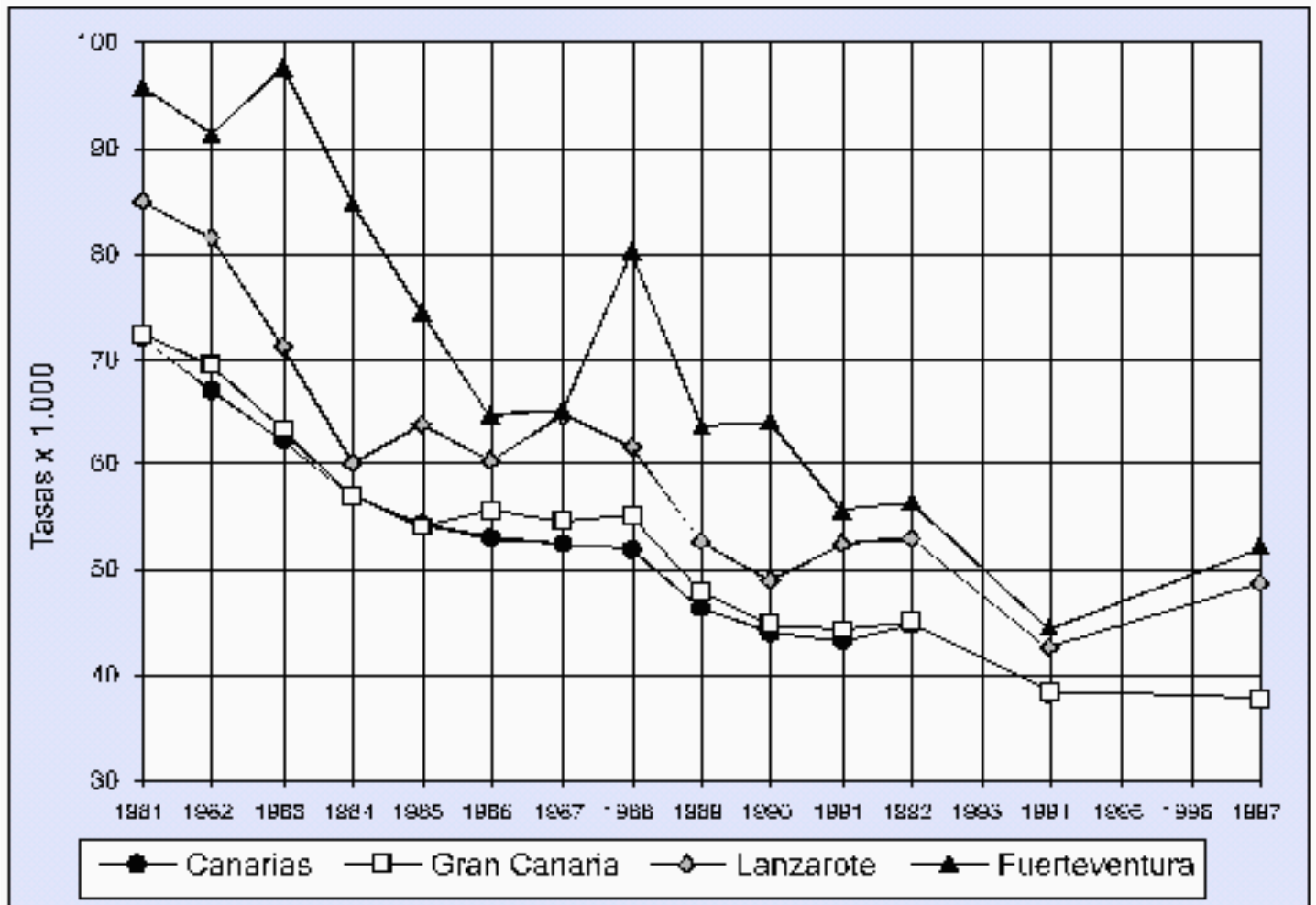
Los niveles de la "tasa de fecundidad general" a partir de 1981 difieren para las distintas áreas sanitarias (Gráficos 1.B2 y 2.B2), siendo Fuerteventura la isla de mayor fecundidad y El Hierro la de menor desde el inicio y a lo largo de toda la etapa analizada. En lo que sí coinciden las siete islas es en la brusca e importante caída de sus niveles de fecundidad, situándose por debajo del nivel de reemplazo generacional Tenerife y Canarias en su conjunto a partir de 1983, y Gran Canaria un año más tarde.

Tabla I.B2. Tasas de fecundidad general. Áreas de Salud y Canarias, 1994 y 1997

	1994	1997
Fuerteventura	44,55	52,26
Lanzarote	42,77	48,88
La Gomera	34,91	40,89
Gran Canaria	38,44	37,69
Canarias	38,29	37,66
Tenerife	37,43	35,97
El Hierro	36,69	33,07
La Palma	33,25	31,57

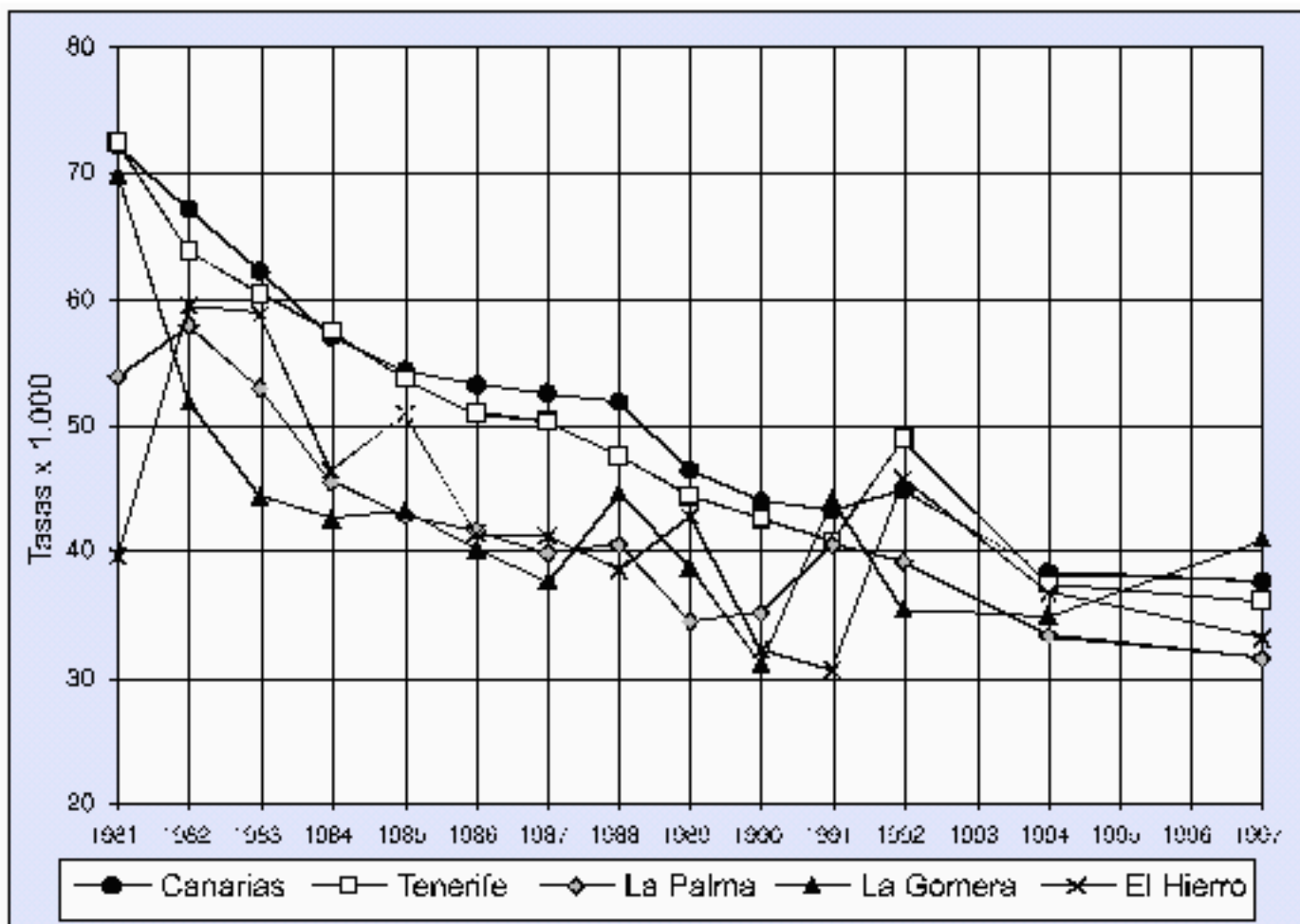
Fuente: -Elaboración propia

Gráfico 1.B2. Evolución de las tasas de fecundidad general de la provincia de Las Palmas y de Canarias, 1981-1997



Fuente: -Elaboración propia

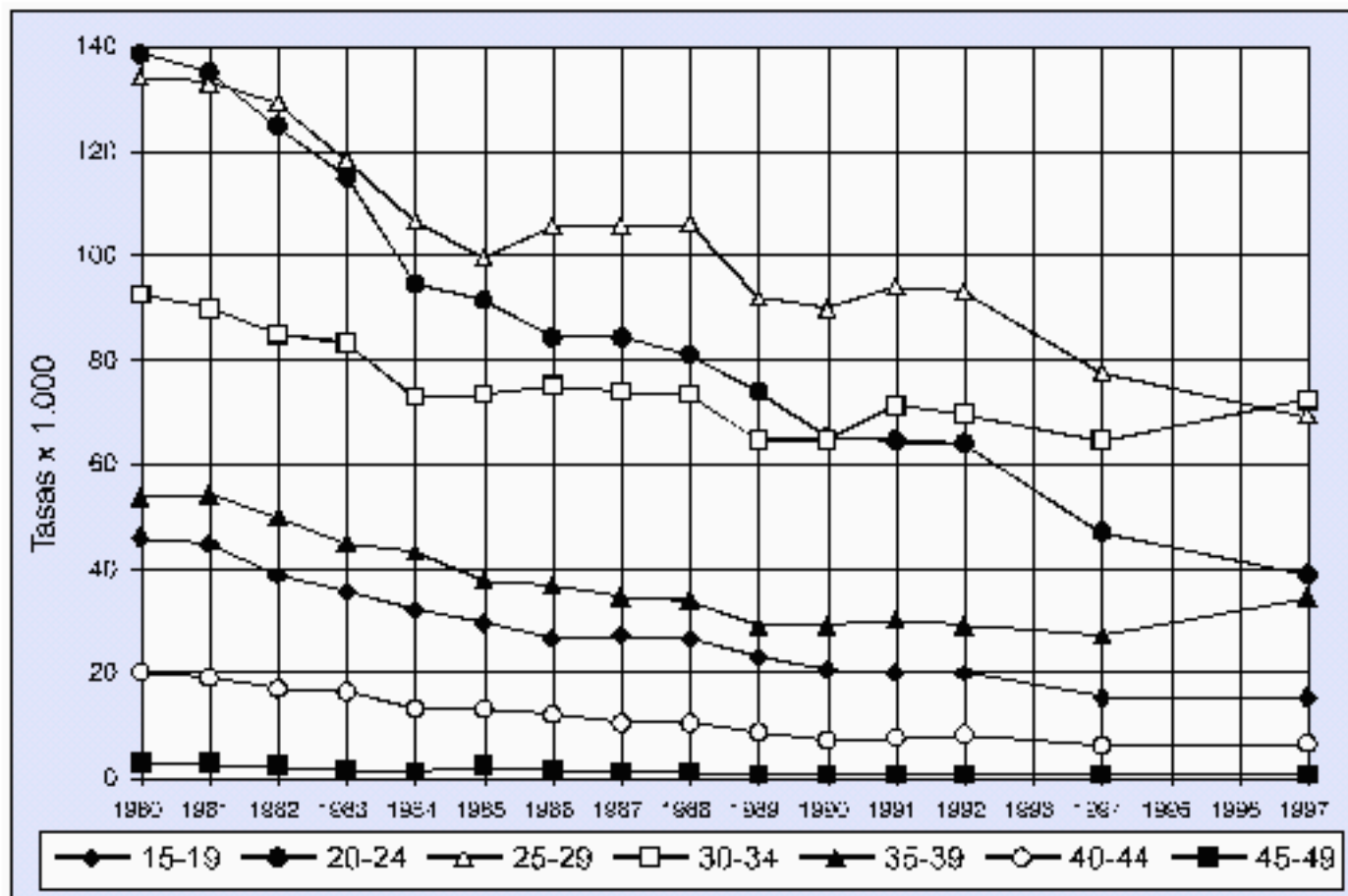
Gráfico 2.B2. Evolución de las tasas de fecundidad general de la provincia de Santa Cruz de Tenerife y de Canarias, 1981-1997



Fuente: -Elaboración propia

En lo que concierne al comportamiento de la "tasa de fecundidad general por edad de la madre", las disminuciones más importantes tuvieron lugar en el grupo de 20 a 24 años siguiéndole el grupo de 25 a 29 (Gráfico 3.B2). Es de destacar que, a partir de 1982, se produce un desplazamiento hacia la derecha de la fecundidad, o "cúspide tardía" en términos gráficos, debido a que el aporte a la fecundidad de las mujeres de estas edades supera al de las de 20-24. Las menores caídas de la fecundidad se registraron entre las mujeres de mayor edad ya que se partía de cifras más bajas, valores que, sin embargo, fueron "muy significativos" desde el punto de vista estadístico.

Gráfico 3.B2. Evolución de las tasas de fecundidad general por edad de la madre. Canarias, 1980 a 1997



Fuente: -Elaboración propia

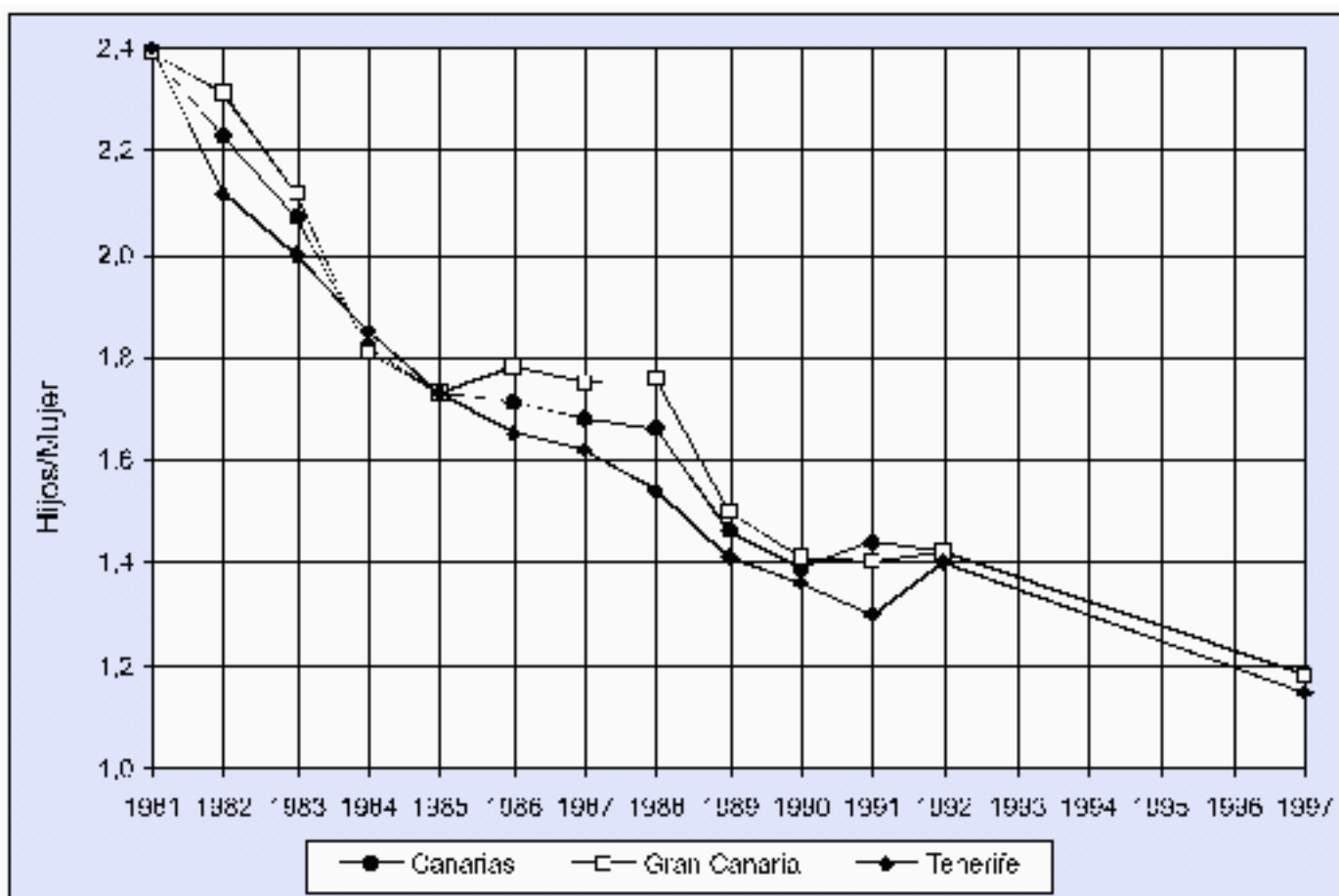
La tendencia de la tasa global de fecundidad, también conocida como suma de nacimientos reducidos, utilizada en este trabajo como indicador resumen de la fecundidad del archipiélago, muestra un intenso y rápido descenso en todos los territorios analizados, pasando de un valor para Canarias de 2,53 hijos por mujer en edad fértil en 1980, a una media de 1,16 en 1997, cifra que se sitúa próxima a la media del Estado (1,13) para el mismo año (Tabla II.B2). Tenerife presenta unos niveles más bajos que Gran Canaria a lo largo de todo el período estudiado (Gráfico 4.B2).

Tabla II.B2. Número medio de hijos por mujer por Comunidades Autónomas, 1980 y 1997

Comunidades Autónomas	1980	1997
Asturias	1,83	0,79
Galicia	2,07	0,83
Cantabria	2,16	0,93
Castilla y León	2,04	0,93
País Vasco	1,86	0,94
La Rioja	2,06	0,99
Madrid	2,09	1,01
Navarra	2	1,07
Aragón	1,96	1,09
España	2,21	1,13
Canarias	2,53	1,16
Extremadura	2,5	1,18
Castilla-La Mancha	2,38	1,19
Comunidad Valenciana	2,33	1,21
Cataluña	1,9	1,25
Andalucía	2,73	1,28
Baleares	2,19	1,37
Murcia	2,88	1,42
Ceuta y Melilla	2,4	1,67

Fuente: -INE

Gráfico 4.B2. Tasas globales de fecundidad. Canarias e islas mayores, 1981 a 1997



Fuente: -Elaboración propia

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Características generales: demografía: proyecciones de la población

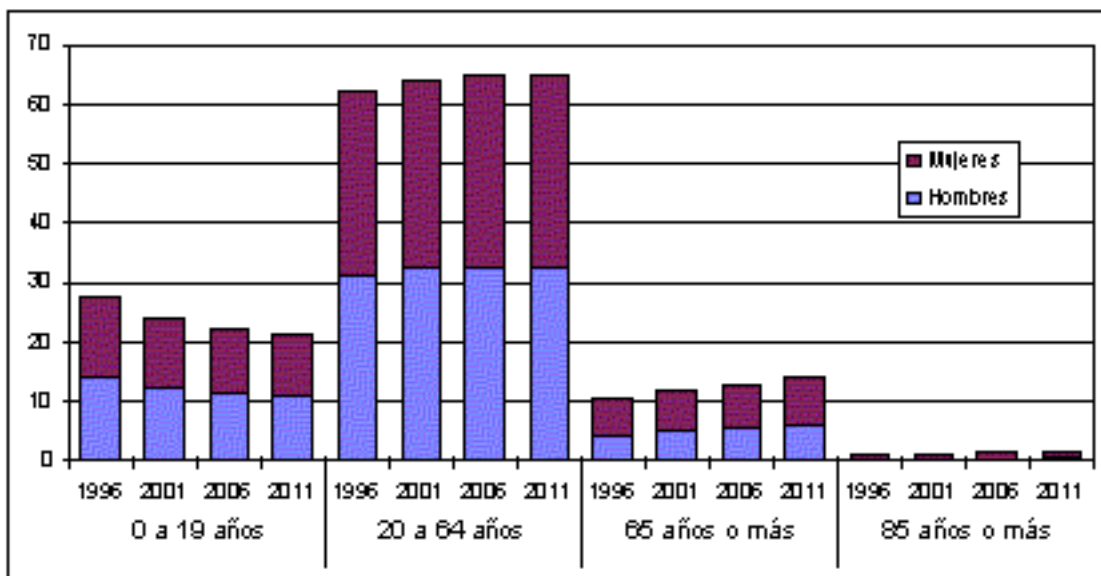
Las proyecciones de población son una herramienta básica en planificación de salud, permitiéndonos conocer las características estructurales que, se vaticina, tendría la comunidad objeto de estudio, dado el comportamiento registrado en la evolución de la mortalidad y de la fecundidad en fechas recientes; a las que hay que añadir, además, cuando se dispone de buenas estadísticas, la acción de las migraciones. Al tratarse de previsiones demográficas elaboradas a partir de procedimientos y técnicas que parten del mantenimiento de las tendencias de la mortalidad y la fecundidad, las proyecciones poblacionales deben ser revisadas periódicamente. Esta necesidad de revisión periódica es mayor en aquellos grupos de población sujetos a cambios demográficos más acentuados, como lo son en Canarias los grupos de edad de las personas mayores.

Las proyecciones de población de Canarias, efectuadas por el Instituto Canario de Estadística para el período 1996-2011 [¹], actualizan las estimaciones demográficas disponibles hasta la fecha, incorporando las últimas cifras censales que se registraron en la Encuesta de Población de Canarias 1996 [²]. La población de cada una de las dos provincias (Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife) fue proyectada por separado mediante el método de los componentes, obteniéndose la proyección de Canarias sumando las dos anteriores [¹].

La evolución de la población canaria desagregada en grandes grupos de edad (Gráfico 1.B3), pone de manifiesto que el grupo más joven disminuye paulatinamente y pasa de un 27,65% de la población total en 1996 a un 21,36% en el año 2011, mientras que los mayores de 65 años aumentan de 10,37% a 13,99%, respectivamente. No obstante, el crecimiento es más claro en la población de más de 85 años, pasando de 0,94% en 1996 a 1,58% en 2011. Es decir, si bien se estima que la población potencialmente activa en Canarias (20 a 64 años) crecerá en un 16,4% durante el período 1996-2011, la población mayor de 64 años aumentará en un 50,5%. Este porcentaje alcanza el 87,7 en el caso de los mayores de 85 años (Gráfico 2.B3).

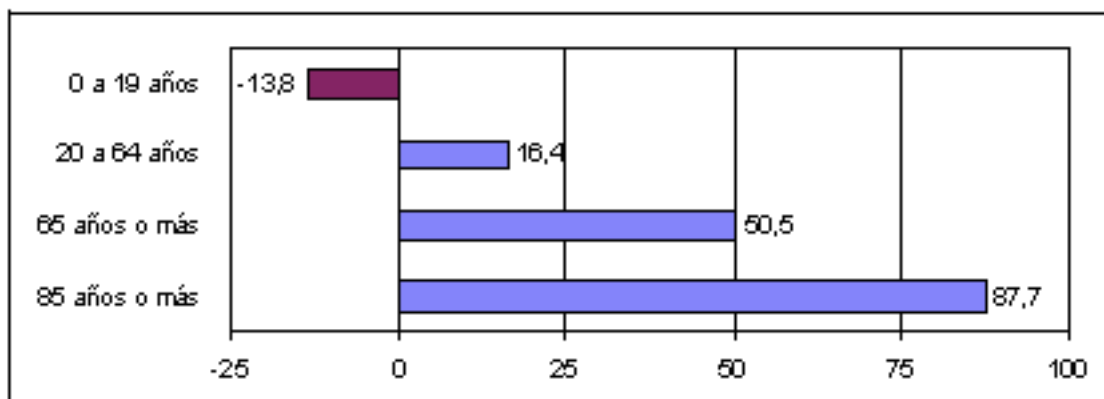
Si se comparan los datos anteriores con los correspondientes a la población española en 1996, se observa que la estructura de esta última es bastante más envejecida que la canaria: 23,9% tienen hasta 19 años en España contra 27,65% en Canarias, de 20 a 64 años tienen un 60,5% y un 61,97%, respectivamente, y 65 años o más un 15,6% y un 10,37%, respectivamente. Las estructuras por edad de las poblaciones son distintas y podrían caracterizarse, en términos relativos, de envejecida la española y de relativamente joven aún, la canaria.

Gráfico 1.B3. Evolución (%) de la población proyectada según género y grandes grupos de edad. Canarias, 1996-2011



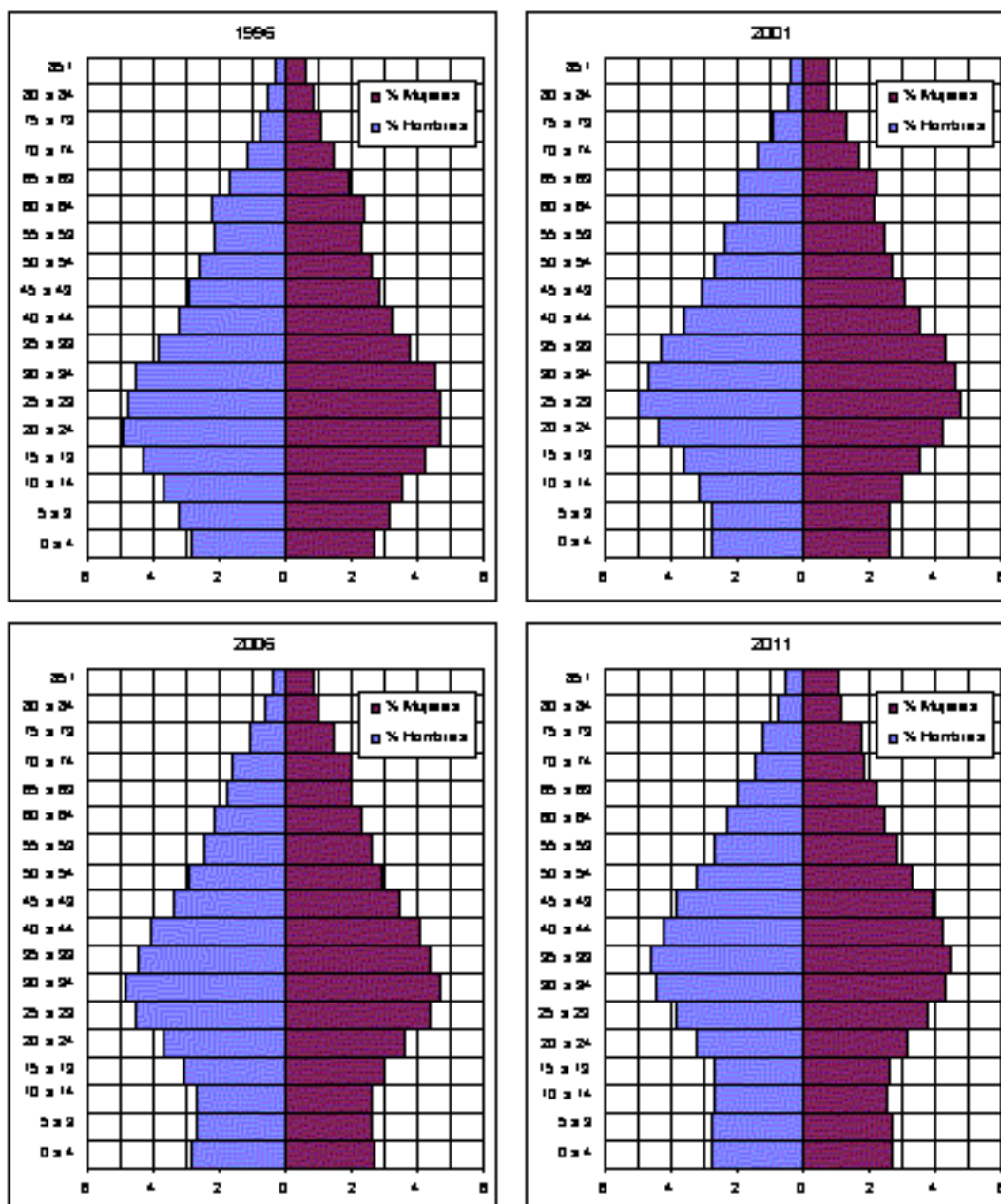
Fuente: -ISTAC: Proyecciones de población. Canarias 1996-2011 [1]

Gráfico 2.B3. Índice de crecimiento (%) de la población proyectada, según grupos de edad. Canarias, 1996-2011



Fuente: -ISTAC: Proyecciones de población. Canarias 1996-2011 [1]

Gráfico 3.B3. Estructura de la población proyectada según género y grupos de edad. Canarias, 1996-2011



Fuente: -ISTAC: Proyecciones de población. Canarias 1996-2011. Anexo de tablas [3]

Bibliografía

1. **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.
2. **Instituto Canario de Estadística (ISTAC)**. Encuesta de Población. Canarias 1996. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1998.
3. **Instituto Canario de Estadística (ISTAC)**. Proyecciones de población. Canarias 1996-2011. Anexo de tablas (Comunidad Autónoma, Islas y Municipios). Gobierno de Canarias.

Consejería de Economía y Hacienda, 2000. ISBN: 84-88283-44-X.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



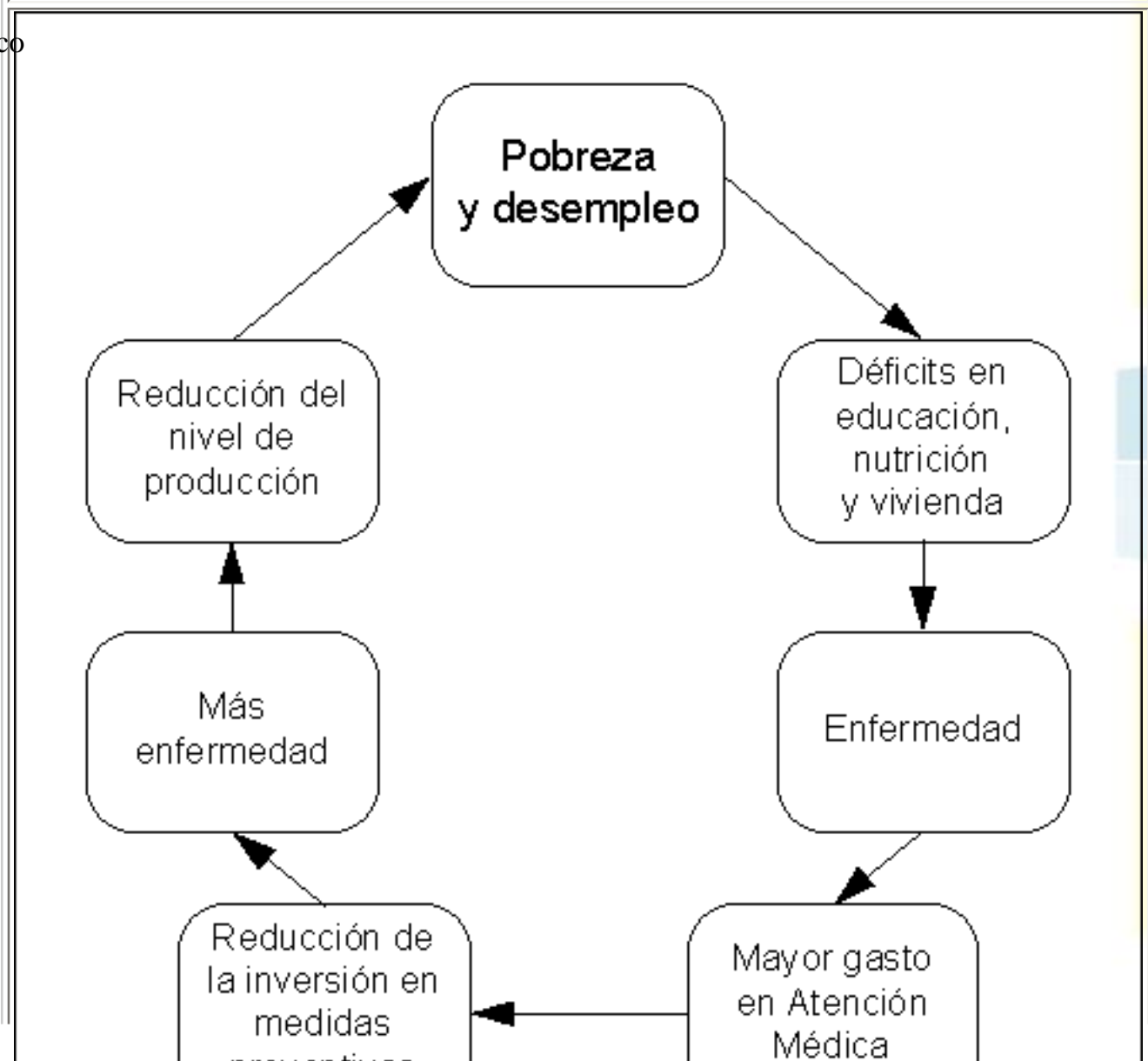
TEMAS:

- [Introducción.](#)
- [Nivel de educación.](#)
- [Desempleo y salud.](#)
- [Sectores económicos.](#)
- [Renta per cápita.](#)
- [Pobreza.](#)
- [Necesidades sociales.](#)

INTRODUCCION.

La relación existente entre nivel socioeconómico y estado de salud ha sido repetidamente contrastada tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Esta relación, sin embargo, es independiente del producto interior bruto (PIB) del país, ya que cada colectividad y cada gobierno prioriza los sectores en

Gráfico 18. Relación entre la pobreza y el desempleo y el estado de salud de la población.



los que asentar su desarrollo económico, pudiendo dar

prioridades diversas a los sectores de la salud, a la educación, a las infraestructuras y al comercio exterior, entre otros. El subdesarrollo, la pobreza, el bajo nivel cultural y la enfermedad están claramente relacionados entre sí, constituyendo un círculo vicioso del que tan solo se puede salir mejorando el grado de desarrollo socioeconómico.

La situación actual de incertidumbre económica y la evidencia de que son los estratos sociales más desfavorecidos los que tienen más dificultades para acceder a los servicios sanitarios, incluso en nuestro país donde la cobertura sanitaria es pública y universal, exige la monitorización continua de los indicadores socioeconómicos de Canarias. Tan solo de este modo es posible definir poblaciones diana y estrategias de actuación adaptadas a la realidad de los diferentes sectores sociales.

NIVEL DE EDUCACIÓN

El nivel de instrucción de la población de derecho de 10 y más años que reside en Canarias (1991) se distribuye del siguiente modo: el 4,3% son analfabetos, el 23% no poseen

estudios, el 30,9% han cursado estudios de primer grado, el 33,4% segundo grado y el 6,5% han terminado estudios de tercer grado. En el gráfico 19 vemos esta misma información referida a cada una de las áreas sanitarias de Canarias.

En la última década se ha disminuido el analfabetismo al 50% y se incrementó el porcentaje de personas con estudios de segundo grado (gráfico 20).

DESEMPLEO Y SALUD

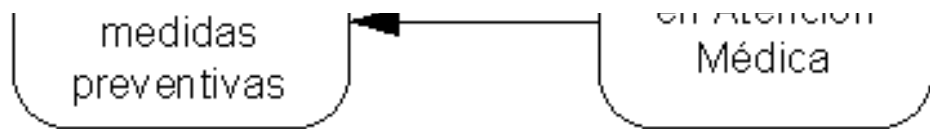


Gráfico 19. Distribución (%) de la población de derecho de 10 y más años según estudios realizados. Canarias, 1991.

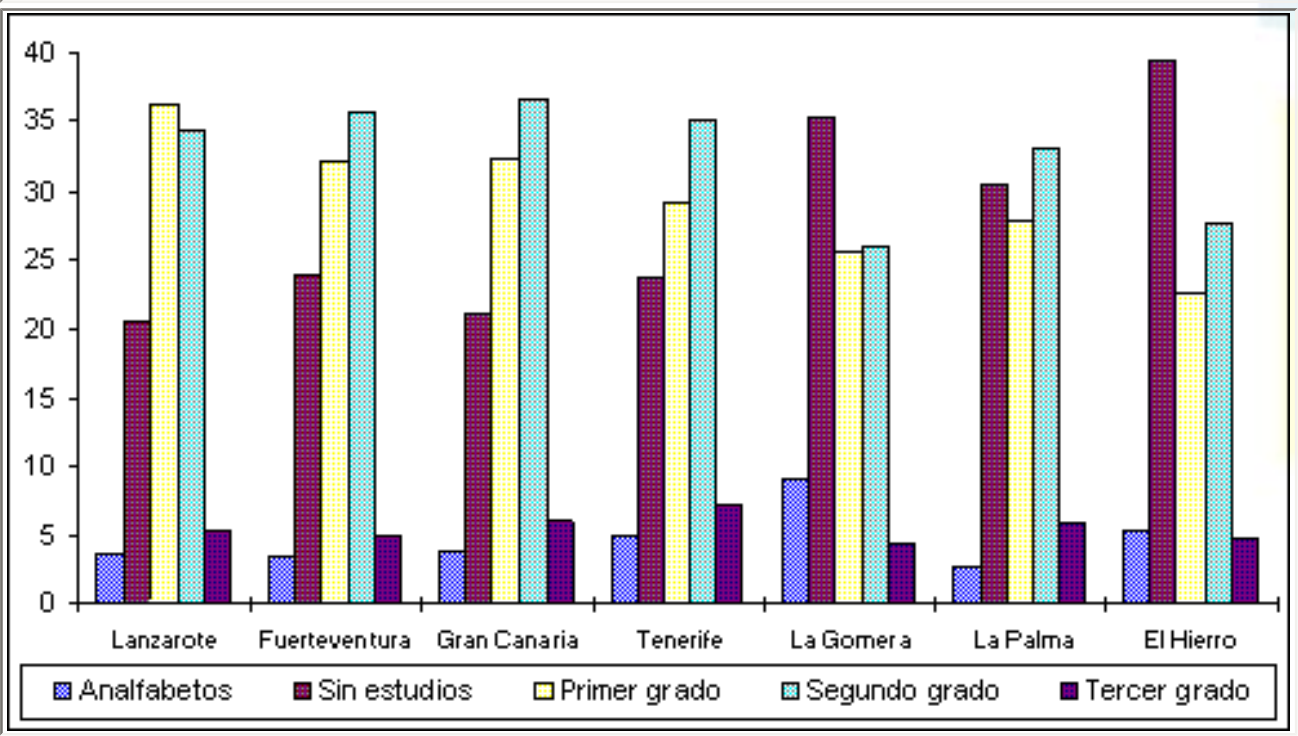
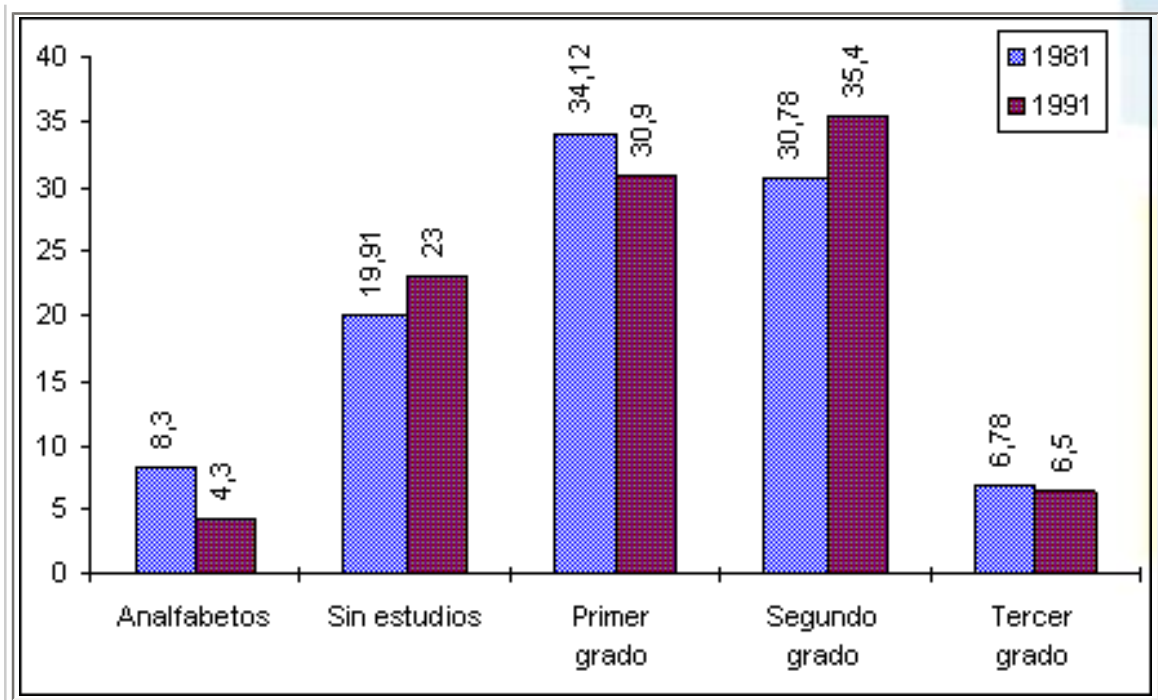


Gráfico 20. Evolución del nivel de estudios en Canarias, 1981 a 1991.

Tanto el trabajo, a través del riesgo a padecer accidentes y enfermedades profesionales, como el desempleo, con las repercusiones físicas, psicológicas y sociales a las que se asocia, inciden en el estado de salud de la población. Concretamente los efectos del desempleo sobre la salud condicionan un deterioro de las



conductas y hábitos de vida, un incremento en la incidencia de trastornos mentales y una mayor utilización de recursos sanitarios.

Canarias es, junto con Andalucía y Extremadura una de la comunidades autónomas de más altos índices de desempleo, afectando más selectivamente a los jóvenes y específicamente a las mujeres (tabla I).

Información más actualizada procedente del INEM expresa el paro registrado en Canarias y para cada una de las islas del archipiélago en junio de 1994.

Otra fuente adicional de información sobre desempleo es la Encuesta de Población Activa (EPA), la cual añade al número de desempleados censados en el INEM, aquellos otros ciudadanos en expectativa de empleo o de mejora aunque no estén inscritos formalmente en las listas del INEM. Esto condiciona un incremento de las tasas de desempleo en relación a las comunicadas por el INEM.

SECTORES ECONÓMICOS

La estructura productiva del archipiélago y de cada una de las islas tiene especial relevancia dado que la insularidad condiciona tanto la actividad económica como la social, lo que habrá de ser valorado en el proceso de planificación sanitaria. Conocer cómo se distribuye la población canaria según los sectores de producción es de importancia de cara al establecimiento de estrategias sobre los riesgos que condiciona

Tabla I. Tasas de actividad y desempleo sobre la población activa en la Comunidad Autónoma de Canarias y para cada isla, 1991.

	Población	Activos	%(A)	Parados	%(B)
Canarias	1.493.784	431.862	28,9	115.244	26,7
Lanzarote	64.911	22.135	34,1	4.860	22,0
Fuerteventura	36.908	13.694	37,1	2.093	15,3
Gran Canaria	666.150	186.646	28,0	51.292	27,5
Tenerife	623.826	183.388	29,4	47.937	26,1
La Gomera	15.963	4.181	26,2	1.971	47,1
La Palma	78.867	19.995	25,3	6.598	33,0
El Hierro	7.162	1.863	26,0	493	26,5

(A, % trabajadores activos respecto a población derecho. B, % parados respecto trabajadores activos.)

la actividad laboral predominante.

La Comunidad Autónoma de Canarias, es una región en la que la actividad productiva se encauza fundamentalmente a través del sector servicios, especialmente por la gran influencia que la actividad turística tiene en la economía de las islas, con mayor relevancia en unas respecto a otras, pero en definitiva siendo el eje por el que se articula el desarrollo económico y social de Canarias.

Del análisis de los resultados de la EPA se desprende que las dos islas mayores tienen una estructura económica similar. En general en las islas menores el sector industrial tiene una menor incidencia que en las islas mayores, debiéndose a que las industrias se asientan preferentemente en los núcleos más habitados y con mejores comunicaciones con el exterior, como son en nuestro caso los puertos y aeropuertos. En las islas menores observamos una estructura productiva diferente en las islas orientales de las occidentales. Así en las primeras hay una predominancia del sector servicios, debido fundamentalmente al turismo. Por el contrario en las islas occidentales se aprecia proporcionalmente un mayor número de trabajadores en el sector agrario, por razones contrarias a las orientales. El sector de la construcción tiene una importancia similar en las islas a excepción de La Gomera y El Hierro, en las que porcentualmente adquieren mayor relevancia, posiblemente por un demérito en la importancia de los otros sectores productivos y especialmente el de servicios.

RENTA PER CAPITA

La renta per capita es un indicador imprescindible para llevar a cabo un análisis macroeconómico de la riqueza de un país o de una comunidad determinada, dado que permite conocer las disponibilidades económicas de los habitantes y a la vez compararlas con otros entornos. Sin embargo este indicador no aporta información acerca de la homogeneidad en la distribución de la renta de los ciudadanos, pudiendo darse la circunstancia de que un país de alta renta per capita lo sea a expensas de pocas grandes fortunas.

Si bien los lugares de mayor renta per capita, suelen tener mayores niveles de salud, existen algunas excepciones. Así por ejemplo los países del Golfo Pérsico (productores de petróleo) e incluso los Estados Unidos de América, alcanzan las cotas más altas de renta per capita, sin que ello se vea reflejado en la salud de sus ciudadanos.

Para el conocimiento de la renta per capita en España tan solo disponemos de la información elaborada por el Banco Bilbao-Vizcaya en su publicación sobre "Renta Nacional de España", en el que se recogen las rentas per capita y familiar por comunidades autónomas y por provincias. Los resultados para las dos provincias Canarias muestran escasas diferencias; siendo la Renta Regional Bruta para Las Palmas de 1.101.922 pts. per capita y de 1.070.574 pts. en Santa Cruz de Tenerife, ocupando las provincias número 22 y 25 en el ranking de provincias españolas.

Tabla II. Número de parados en Canarias e islas. Junio de 1994.

	Nº Parados
Lanzarote	4.666
Fuerteventura	2.800
Gran Canaria	62.227
Tenerife	56.620
La Gomera	1.522
La Palma	6.073
El Hierro	669
Canarias	134.577

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR INGRESOS. POBREZA.

La renta per capita en el seno de nuestra comunidad tiende a

homogeneizarse, si bien existen variaciones de unas islas a otras. Dentro de estas las variaciones se producen de unos municipios a otros, y de unos barrios a otros dentro del mismo municipio; intensificándose sobre todo de unas familias a otras. De ahí que el conocimiento mas exhaustivo posible de los grupos o núcleos de población de menores ingresos sea de importancia para la elaboración de cualquier plan de salud. Según el informe de la Fundación Foessa en el año 1994, el 3,64% de la población de Canarias se encuentra en situación de pobreza severa, es decir con unos ingresos mensuales por persona, inferiores a 18.000 pesetas. Un 20% adicional de la población queda definida en situación de pobreza moderada, con unos ingresos por persona y mes entre 18.001 y 37.000 pesetas.

Tabla III. Número de personas activas, ocupadas, parados y tasa de paro. Canarias, junio de 1994.

	Activos	Ocupados	Parados	Tasa de paro
Canarias	608.900	446.400	162.600	26,70 %
Las Palmas	305.700	226.600	79.200	25,91 %
S/C Tenerife	303.200	219.800	83.400	27,51 %

DISTRIBUCIÓN DE LOS MUNICIPIOS CANARIOS SEGÚN EL ÍNDICE SINTÉTICO DE NECESIDADES SOCIALES

Tabla IV. Distribución de la población por sectores productivos, Canarias, 1991.

	Activos	Agri- cultura	%	Indus- tria	%	Cons- trucc.	%	Servi- cios	%
Canarias	429.278	36.065	8,4	45.141	10,5	47.343	11,0	300.729	70,0
Lanzarote	22.018	1.216	5,5	1.592	7,2	3.042	13,8	16.168	73,4
Fuerteventura	12.914	904	7,0	844	6,5	1.788	13,8	9.378	72,6
Gran Canaria	185.779	15.186	8,2	20.386	11,0	17.472	9,4	132.735	71,4
Tenerife	182.640	13.166	7,2	20.364	11,1	21.489	11,7	127.621	69,9
La Gomera	4.174	649	15,5	192	4,6	630	15,1	2.703	64,7
La Palma	19.899	4.596	23,1	1.661	8,3	2.529	12,7	11.113	55,8
El Hierro	1.854	348	18,7	102	5,5	396	21,2	1.011	54,5

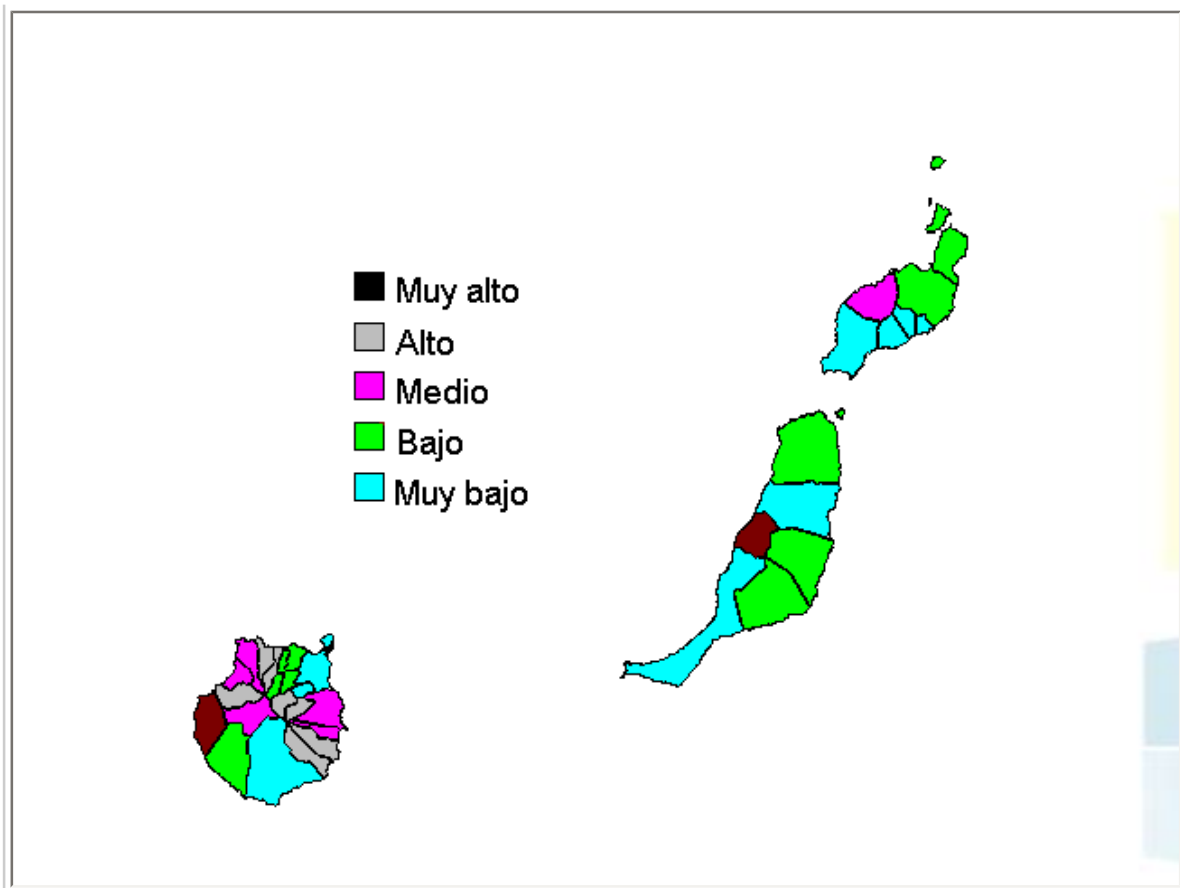
El índice sintético de necesidades sociales se calcula a partir de la siguiente relación de indicadores simples: porcentaje de población infantil, porcentaje de población joven, porcentaje de población adulta, porcentaje de población anciana, índice de dependencia demográfica, tasa de paro, tasa de actividad, índice de dependencia económica, tasa de analfabetismo, porcentaje de población con estudios universitarios, porcentaje de categoría profesional alta, porcentaje de categoría profesional agrícola.

Según el índice sintético de necesidades sociales*, entre los municipios situados en las mejores posiciones de la clasificación encontramos mayoritariamente a los municipios más poblados de Canarias (excepto Telde), los municipios turísticos y los municipios cercanos a las capitales insulares (municipios con cierto comportamiento de ciudades dormitorio). Así mismo, dentro de cada isla, las capitales insulares se encuentran en las mejores posiciones relativas. En la situación opuesta, entre los municipios más pobres, nos encontramos con los municipios menos habitados y, en general los más vinculados a la agricultura.

Cuatro de los siete municipios de la isla de Lanzarote se sitúan entre los 10 primeros

Gráfico 21. Distribución de los municipios de Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote según índice sintético de necesidades sociales. Canarias, 1991.

lugares, y los siete se encuentran en la primera mitad de la ordenación de los municipios canarios. En esta isla no es la capital el municipio mejor situado sino que se ve sobrepasado por municipios turísticos como lo son Tías y San Bartolomé (primer y tercer municipio mejor situados de Canarias según este índice sintético). Fuerteventura presenta un comportamiento similar al de Lanzarote, con buena



situación de sus municipios, excepto Betancuria (el municipio menos poblado de Canarias), que se ubica en la posición 78. En esta isla es la capital insular el municipio mejor situado, seguido de los municipios más turísticos. Por su parte Gran Canaria presenta una distribución de los municipios a lo largo de todo el espectro excepto en el tramo final de los peores situados. El municipio grancanario peor ubicado se sitúa en la posición 73, del total de 87 municipios. En esta isla, la capital insular no es el municipio mejor ubicado sino que se ve sobrepasada por el municipio de Santa Brígida, municipio con características del tipo de "ciudad dormitorio" de la capital. En el índice simple de "categoría profesional alta", Santa Brígida ocupa la primera posición, con el doble de proporción de población activa perteneciente a esta categoría que el segundo municipio mejor situado en este indicador para toda Canarias.

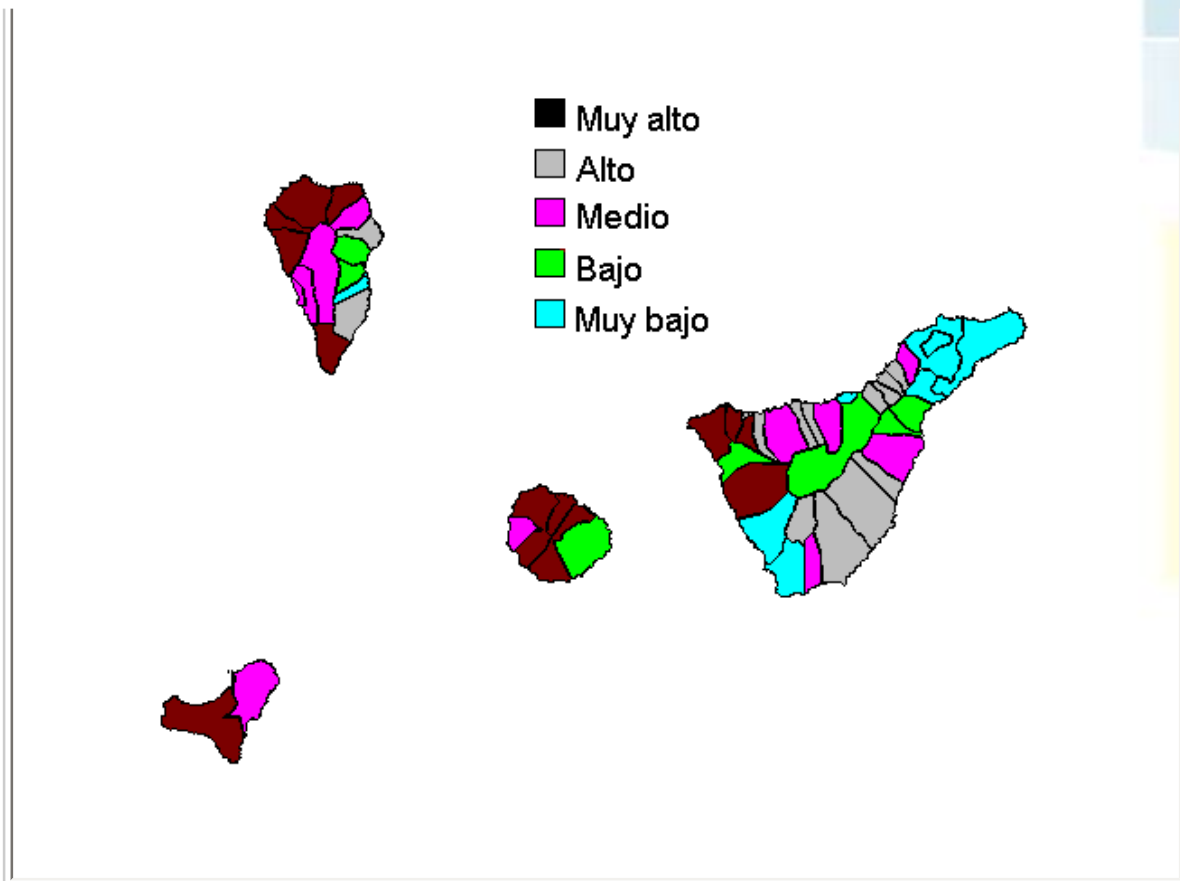
Los municipios de Tenerife, se distribuyen al igual que los de Gran Canaria a lo largo de todo el espectro posible. Los municipios más poblados (Santa Cruz y La Laguna), los más turísticos (Puerto de la Cruz, Adeje, Arona) y los cercanos a la capital (El Rosario, Tegueste, Candelaria) son los mejor situados. En las peores

Gráfico 22. Distribución de los municipios de Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro según índice sintético de necesidades sociales. Canarias, 1991.

situaciones quedan los municipios más alejados de la capital y menos turísticos. De los doce municipios que hemos dado en considerar "más pobres" cuatro de ellos son de La Gomera (el 66% de los municipios de la isla). El municipio mejor situado, la capital de la isla, se sitúa en el vigesimosexto lugar. De los 14 municipios palmeros, cuatro se sitúan entre los veinte peores y ninguno entre los doce primeros. La capital insular no es el

municipio mejor situado, sino que se ve superado por el municipio cercano de Breña Baja. En tercera posición se encuentra el municipio de Breña Alta y en cuarta posición el segundo municipio en importancia poblacional de la isla, Los Llanos de Aridane. El segundo y tercer municipio peor ubicados de Canarias pertenecen a esta isla (Garafía y Puntagorda). De los dos municipios herreños, Frontera se encuentra entre los municipios peor situados y Valverde se ubica en el puesto 41.

A nivel de situación global de cada isla nos encontramos, como era de prever, a las islas con un mayor número de municipios peor ubicados en las peores posiciones (El Hierro, La Gomera y La Palma). Sin embargo Gran Canaria y sobre todo Tenerife aparentemente mejoran la posición con respecto a la que podría deducirse de la ubicación de sus municipios, sobrepasando a la isla de Fuerteventura. Ello se debe a que la capital Gran Canaria y el eje Santa Cruz - La Laguna, que en ambos casos representan más del 50% de la población insular están situados en los mejores puestos de la clasificación por municipio y "tiran" de los demás municipios de la isla hacia una mejor situación global de la misma.



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Características generales: socioeconomía: características de la vivienda

Las cifras del Censo de Viviendas de 1991 indican un crecimiento del conjunto de edificaciones en Canarias durante la década de los ochenta. Las viviendas familiares ocupadas, que son el conjunto de viviendas principales y secundarias, aumentaron entre 1981 y 1991 en un 27,8%. Sin embargo, las viviendas secundarias son las que mayor aumento experimentaron (66%), siguiendo la misma pauta que en el resto de comunidades autónomas del Estado. Por otro lado, los establecimientos colectivos se incrementaron en la Comunidad de Canarias durante este período intercensal en un 45,3%, pasando de 1.189 en 1981 a 1.728 establecimientos en 1991.

La Encuesta de Población de Canarias 1996 presenta resultados sobre las viviendas y sus características, aunque no obstante, corresponden exclusivamente a aquellas que estaban ocupadas. No se recogieron los datos de otras viviendas (vacías, secundarias, etc.), que tradicionalmente se investigan a través de un censo específico de viviendas. Debido a esta razón, el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) ha ajustado algunos valores correspondientes al Censo de Viviendas de 1991, permitiendo compararlos con los obtenidos en 1996.

El 69% de las viviendas de Canarias en 1991 se definen como principales (ocupadas de forma habitual por una o más personas). Las viviendas secundarias (ocupadas sólo parte del año para veraneo, trabajos temporales, etc.) representan el 12% del total de edificaciones existentes.

La isla de mayor proporción de viviendas principales es Gran Canaria (74%) y, consecuentemente, es también la isla de menor proporción de viviendas secundarias (10%), expresándose así un acentuado uso de residencia permanente en los inmuebles de este territorio insular. Gran Canaria también acoge el mayor porcentaje de alojamientos (recintos que no responden a la definición convencional de vivienda), tales como chabolas, cuevas, remolques, barcos, entre otros.

Por el contrario, la isla de menor volumen relativo de viviendas principales es Lanzarote (54%). Esta isla tiene, por lo mismo, un alto porcentaje de viviendas secundarias (22%) y de establecimientos colectivos (0,7%). Fuerteventura sobresale por ser la isla con mayor proporción de establecimientos colectivos (0,8%).

Tenerife obtiene una proporción menor (66,7%) que la media de Canarias (68,8%) en viviendas principales. Sin embargo, mantiene la misma proporción que el archipiélago en cuanto a viviendas secundarias (12%) y se distingue por su baja proporción de establecimientos colectivos (0,1%).

La islas de La Gomera, La Palma y El Hierro también muestran distribuciones heterogéneas en la tipología de viviendas. La Gomera sobresale por su alto porcentaje de viviendas desocupadas (18%), el mayor de toda la Comunidad de Canarias, y también por un alto porcentaje de viviendas secundarias (18%). La Palma dispone de una proporción de viviendas principales igual a la media de la Comunidad (68%). El Hierro tiene una baja proporción de viviendas principales (55%), y una muy alta de viviendas desocupadas (16%), y de viviendas secundarias (26%), esta última la mayor de todo el Archipiélago.

Las viviendas familiares ocupadas han aumentado un 15,65% entre 1991 y 1996, lo que en cifras absolutas suman 64.009 viviendas. Este es un indicador clarividente de la capacidad que está demostrando la economía canaria para generar nuevos hogares (independencia de los jóvenes, integración de los inmigrantes), y para multiplicar las actividades ligadas al sector de la construcción. Para obtener una idea del significado de este ritmo de crecimiento de las viviendas, hay que mencionar que entre 1986 y 1991 -es decir, el quinquenio anterior al que se viene comentando-, el aumento de las viviendas ocupadas fue de tan sólo un 4,5%.

Régimen de tenencia

Según la Encuesta de Población de Canarias 1996, casi 1 de cada 4 viviendas familiares (el 24%) ha sido autoconstruida (Gráfico 1.C2). Este es un fenómeno de un gran calado social, económico y ecológico. Las necesidades de vivienda se han ido cubriendo de forma autónoma, al margen de la rigidez de la regulación urbanística, y con un coste paisajístico irreparable. Por añadidura, la autoconstrucción de viviendas implica siempre una reducción de la recaudación fiscal, que necesariamente se traduce en una reducción de las infraestructuras y equipamientos urbanos, generándose así un entorno físico más hostil hacia las relaciones humanas y la convivencia social.

Tabla I.C2. Viviendas familiares ocupadas según el régimen de tenencia. Canarias, 1991 y 1996

Régimen de tenencia	1991	1996	% Variación
Total	408.887	472.896	15,65
Propiedad por compra	212.749	172.114	-19,10
Propiedad por herencia o donación	40.830	46.181	13,11
Propiedad por autoconstrucción*	-	113.463	-
Facilitada gratuitamente	31.721	33.016	4,08
En alquiler	70.053	85.697	22,33
Otra forma	53.534	22.425	-58,11

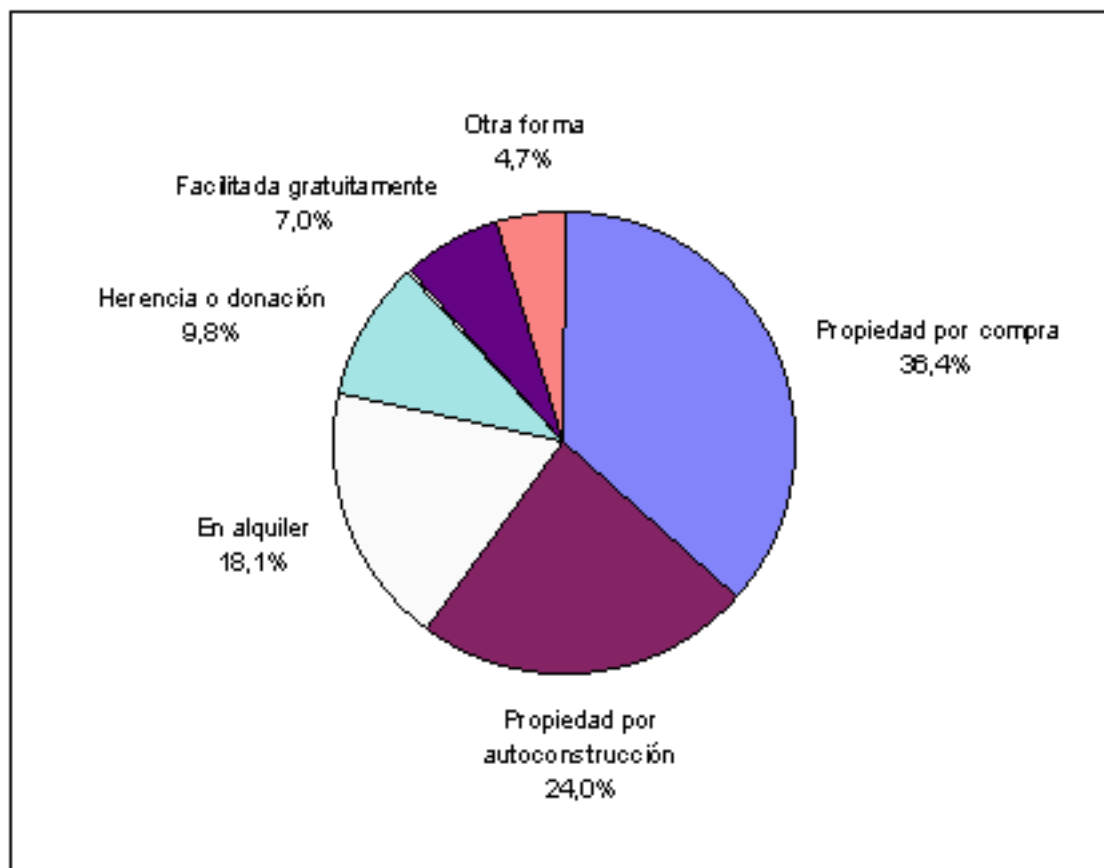
(* En el Censo de Población y Viviendas de 1991 no figuraba esta categoría. Así, las viviendas con esta característica en dicho año se pueden considerar incluidas en las siguientes formas de tenencia:

'En Propiedad por compra' y 'Otra forma'

(-) Dato no procedente

Fuente: -ISTAC: La población en cifras. Evolución de la población canaria 1991-1996

Gráfico 1.C2. Viviendas familiares ocupadas (%) según el régimen de tenencia. Canarias, 1996



Fuente: - Encuesta de Población de Canarias 1996. Las viviendas: características principales

Superficie y habitaciones

Desde el punto de vista del tamaño de las viviendas, en el período 1991-1996 aumentan de manera escalonada en relación al orden ascendente de su superficie. Las de gran tamaño (más de 150 m²) aumentan en un 29,6%, y las de menos (hasta 30 m²) en un 4,6% (Tabla II.C2). No ocurre lo mismo con el número de habitaciones de las viviendas, ya que son las de menos habitaciones las que crecen intensamente (Tabla III.C2).

Tabla II.C2. Viviendas familiares ocupadas según la superficie útil. Canarias, 1991 y 1996

Superficie útil	1991	1996	% Variación
Total	408.887	472.896	15,65
Hasta 30 m ²	7.420	7.758	4,56
De 31 a 60 m ²	66.969	71.104	6,17
De 61 a 90 m ²	175.134	202.761	15,77
De 91 a 120 m ²	104.808	123.203	17,55
De 121 a 150 m ²	27.894	33.519	20,17
Más de 150 m ²	26.662	34.551	29,59

Fuente: - ISTAC: La población en cifras. Evolución de la población canaria 1991-1996

Tabla III.C2. Viviendas familiares ocupadas según el número de habitaciones. Canarias, 1991 y 1996

Número de habitaciones	1991	1996	% Variación
Total	408.887	472.896	15,65
De 1 habitación	8.393	14.344	70,90
De 2 habitaciones	33.112	50.264	51,80
De 3 habitaciones	93.365	139.306	49,21
De 4 habitaciones	117.089	126.945	8,42
De 5 habitaciones	96.011	85.744	-10,69
De 6 y más habitaciones	60.513	56.293	-6,97
Sin especificar	404	-	-

(-) Dato no procedente

Fuente: -ISTAC: La población en cifras. Evolución de la población canaria 1991-1996

Instalaciones y servicios

En relación a las instalaciones y servicios disponibles en las viviendas, destaca que, en 1991, aproximadamente una de cada cuatro viviendas familiares ocupadas en Canarias carece tanto de baño o ducha como de agua caliente.

En relación a estas dos carencias, la situación es discretamente mejor en Tenerife y Gran Canaria y claramente peor en El Hierro. A destacar igualmente que, en base al censo de 1991, el 14% de las viviendas ocupadas en Fuerteventura y El Hierro no disponían de agua corriente, siendo el valor de 2,3% para la Comunidad Autónoma. El retrete constituye una carencia en el 7,53% de las viviendas ocupadas de Canarias, ascendiendo al 19% en La Gomera y al 27,7% en El Hierro. El alto porcentaje de viviendas secundarias en las islas no capitalinas, destinadas a uso esporádico, justifican la presencia de un mayor número de carencias en instalaciones y servicios en las mismas.

En 1996, tan sólo el 2,1% de las viviendas familiares ocupadas en Canarias no tienen agua corriente ni energía eléctrica, destacando sobre todo Fuerteventura y Lanzarote (Tabla V.C2). Sin embargo, la ausencia de teléfono en las viviendas alcanza el 24,4%. La disponibilidad de garaje es de casi un tercio del total de viviendas, lo que en cifras absolutas se traduce en 137.548 viviendas con garaje.

Tabla IV.C2. Viviendas familiares ocupadas según las instalaciones y servicios de que disponen. Canarias, 1991 y 1996

Instalaciones y servicios	1991	% 1991	1996	% 1996
Agua corriente	408.887	100,00	472.896	100,00
Tienen	402.445	98,42	463.036	97,91
No tienen	6.099	1,49	9.860	2,09
Sin especificar	343	0,08	-	-
Energía eléctrica	408.887	100,00	472.896	100,00
Tienen	399.922	97,81	463.139	97,94
No tienen	8.687	2,12	9.757	2,06
Sin especificar	278	0,07	-	-
Teléfono	408.887	100,00	472.896	100,00
Tienen	264.757	64,75	357.646	75,63
No tienen	143.399	35,07	115.250	24,37
Sin especificar	731	0,18	-	-

(-) Dato no procedente

Fuente: - ISTAC: La población en cifras. Evolución de la población canaria 1991-1996

Tabla V.C2. Viviendas familiares ocupadas (%) según las instalaciones y servicios de que carecen. Canarias e islas, 1996

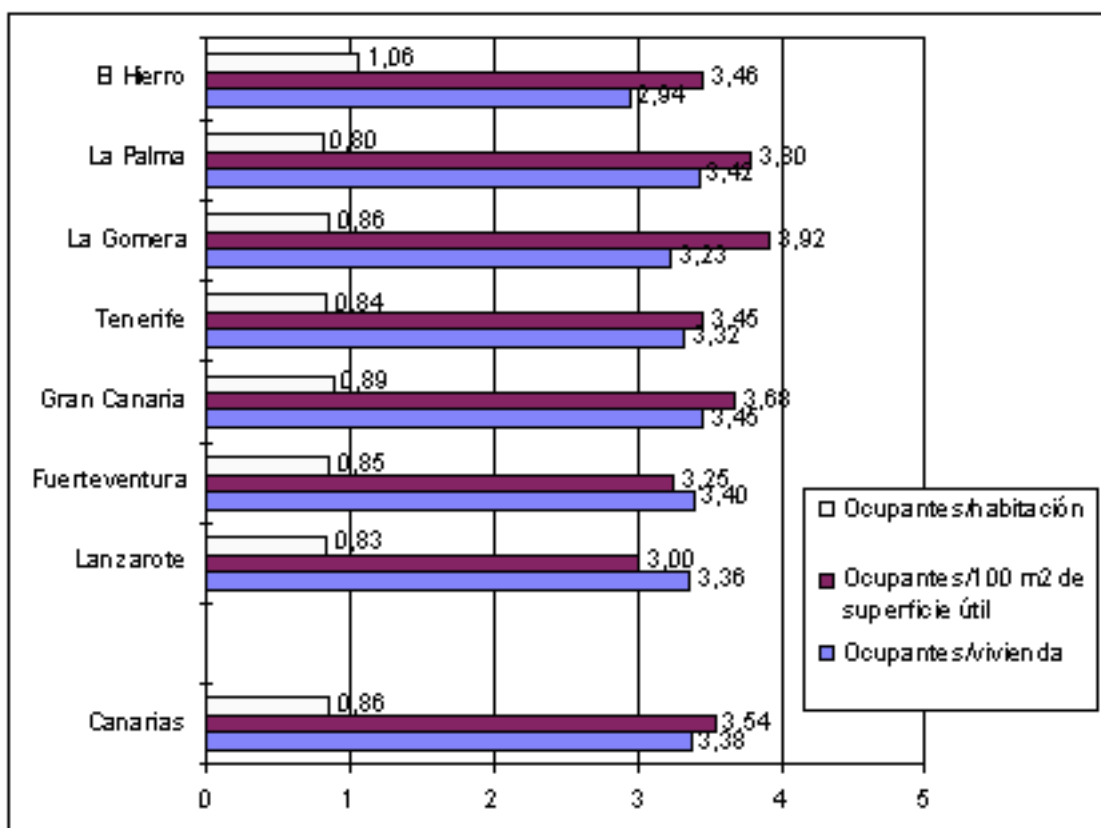
Instalaciones y servicios	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro	Canarias
Agua corriente	5,24	8,22	1,13	2,43	0,38	1,35	3,68	2,09
Energía eléctrica	1,88	3,54	1,49	2,69	1,41	1,42	1,66	2,06
Instalación de gas	35,46	67,23	32,26	10,40	3,50	11,73	4,38	22,56
Teléfono	30,49	35,71	22,72	24,22	28,81	26,04	33,27	24,37
Plazas de garaje	59,70	70,21	71,92	70,40	90,50	74,58	61,46	70,91

Fuente: - Encuesta de Población de Canarias 1996. Las viviendas: características principales

Número de ocupantes

En 1991, Canarias es la Comunidad Autónoma con mayor promedio de residentes (3,74%) por vivienda principal en todo el Estado (3,30%). Por islas, la de mayor índice de número de ocupantes por vivienda es Lanzarote (3,85%), seguida de Gran Canaria (3,79%) y Fuerteventura (3,78%). Según el análisis comparativo que posteriormente realizó el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), entre 1991 y 1996 el número medio de personas por vivienda en Canarias pasa de 3,6 a 3,4. Por islas, el mayor valor en 1996 corresponde a Gran Canaria (3,45), seguida de La Palma y Fuerteventura (Gráfico 2.C2).

Gráfico 2.C2. Indicadores de ocupación en viviendas familiares, según islas. Canarias, 1996



Fuente: - Encuesta de Población de Canarias 1996. Las viviendas: características principales

Condiciones de salubridad

La humedad es un factor conocido que favorece el desarrollo de los ácaros, agente implicado en la patogenia del asma bronquial extrínseco. Los ácaros se encuentran fundamentalmente en los dormitorios, donde se dan las mejores condiciones para su crecimiento. Además, estos subsisten mejor en zonas con elevada humedad relativa y temperatura estable, sin grandes cambios climáticos, como es el caso de Canarias. La frecuencia del asma bronquial y de la rinitis alérgica en nuestra región se sitúa próxima al 12% en edades escolares, siendo este un problema de salud crónico que afecta y limita tanto la calidad como la cantidad de vida. Es por esto de extrema importancia reducir los niveles de humedad en el domicilio, al objeto de disminuir las altas tasas de incidencia de asma bronquial en Canarias. A ello contribuirían unas apropiadas normas de construcción y soluciones arquitectónicas que tengan en cuenta los materiales, la orientación y la ventilación de las viviendas.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

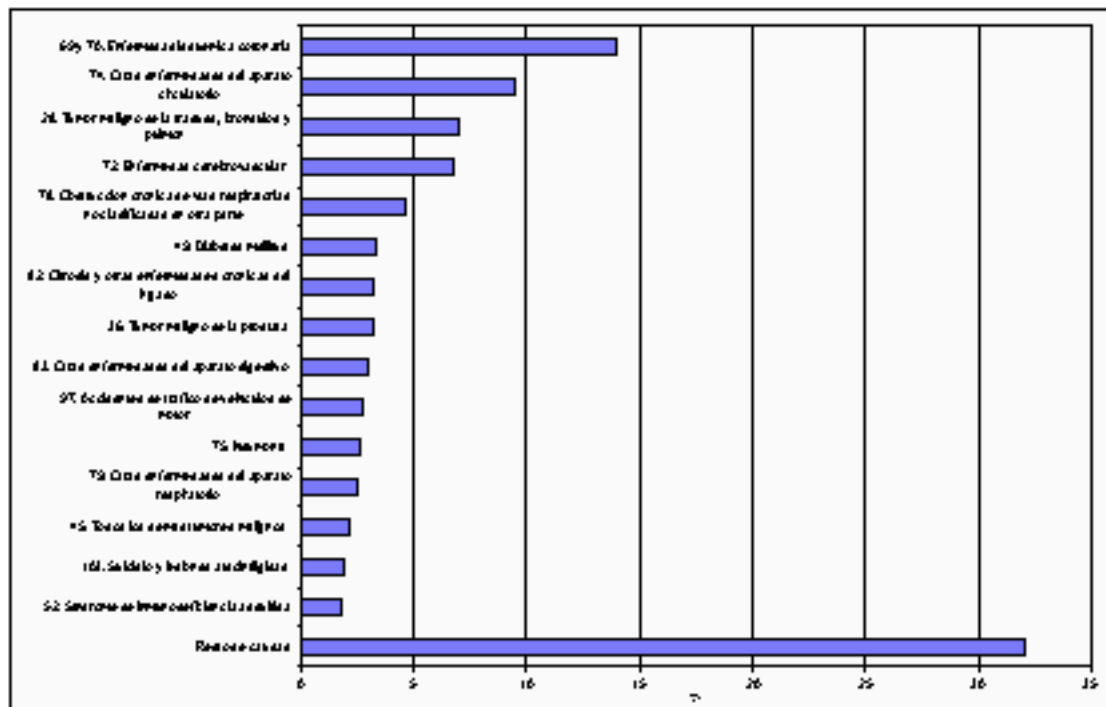
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: mortalidad: mortalidad proporcional

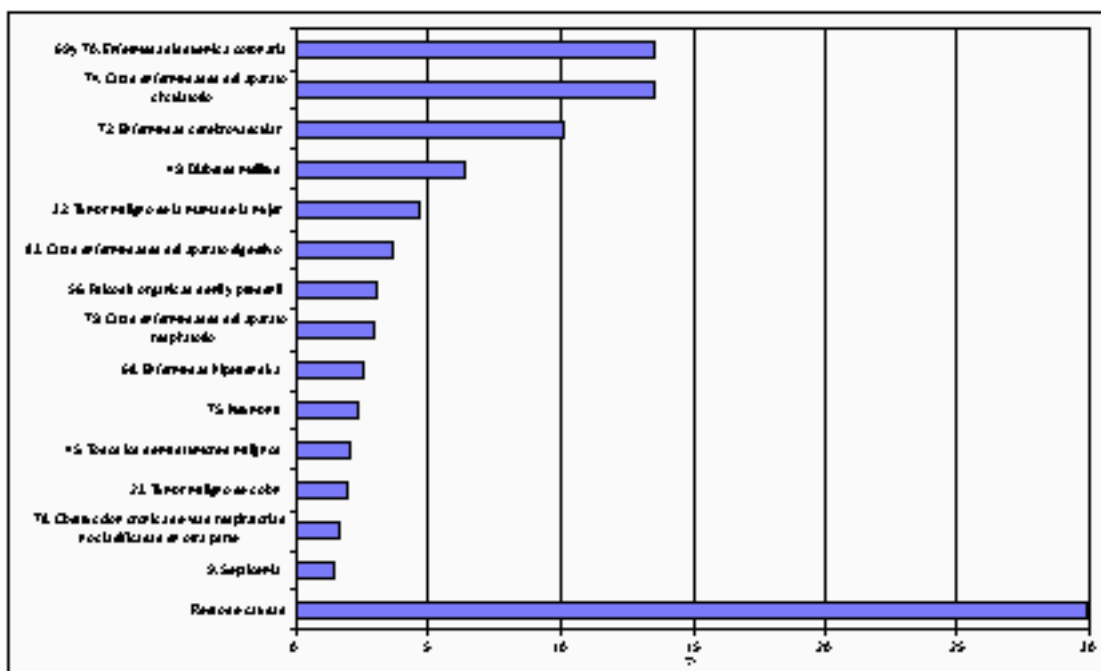
Considerando todos los grupos de edad y utilizando para el análisis la lista reducida de causas de muerte de la CIE 9ª, en el año 1996 y para los dos géneros, destaca la mortalidad debida a las enfermedades del aparato circulatorio (cardiopatía isquémica, otras enfermedades del aparato circulatorio y accidentes cerebrovasculares). En los hombres además hay que resaltar el tumor de la tráquea, bronquios y pulmón, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que ocupan el 3º y 5º lugar respectivamente entre las causas de muerte mientras que en las mujeres es la diabetes y el tumor maligno de mama las patologías que ocupan el 4º y 5º lugar como causa de defunción. Con respecto al periodo 1988-1990, se ha producido un descenso relativo de las enfermedades cerebrovasculares en los dos géneros, en relación al resto de causas.

Gráfico 1.D1. Principales causas de muerte (%), hombres, todas las edades. Canarias, 1996 (N=6.016)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

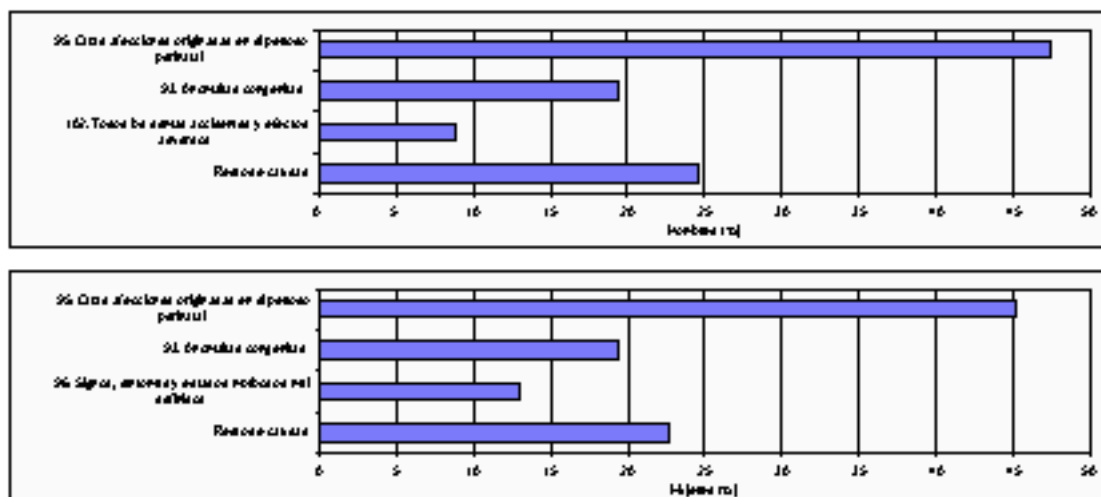
Gráfico 2.D1. Principales causas de muerte (%), mujeres, todas las edades. Canarias, 1996 (N=4.772)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

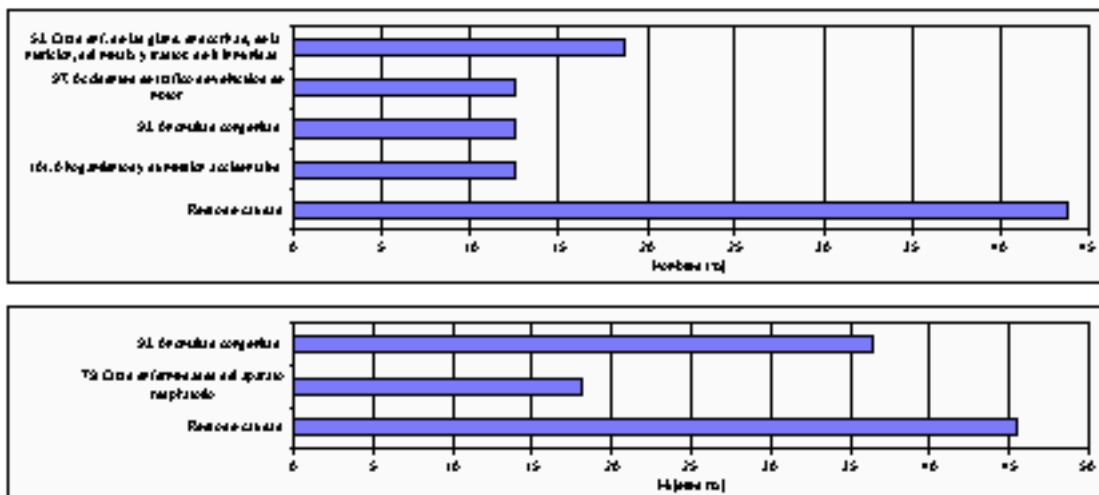
En el primer año de vida y como es de esperar, destaca tanto en hombres como en mujeres, la mortalidad debida a patologías originadas en el periodo perinatal y a las enfermedades de origen congénito. En el siguiente grupo de edad (1-4 años), el escaso número de defunciones impide el que pueda resaltarse un patrón de mortalidad concreto, únicamente persiste en ambos sexos la mortalidad por anomalías congénitas. Este mismo hecho ocurre en el siguiente tramo de edad (5-14 años) en el que llama la atención la sobremortalidad masculina (razón hombre/mujer de 1.9). En los hombres las muertes son debidas a causas externas mientras que en las mujeres la patología a destacar es la tumoral.

Gráfico 3.D1. Principales causas de muerte (%) en menores de 1 año para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=57 y N=31)



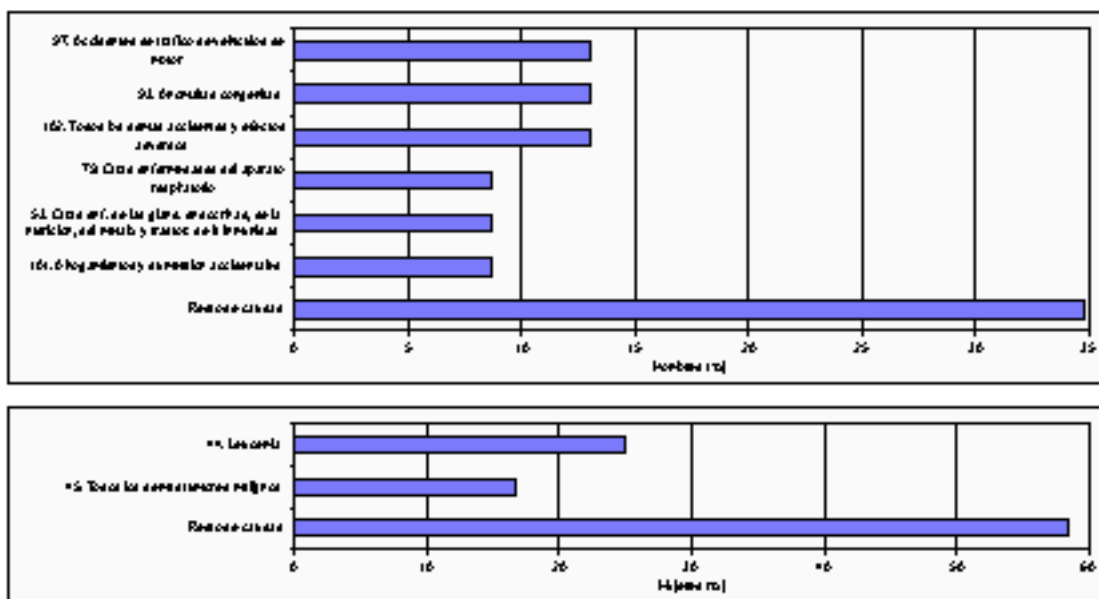
Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

Gráfico 4.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 1 a 4 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=16 y N=11)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

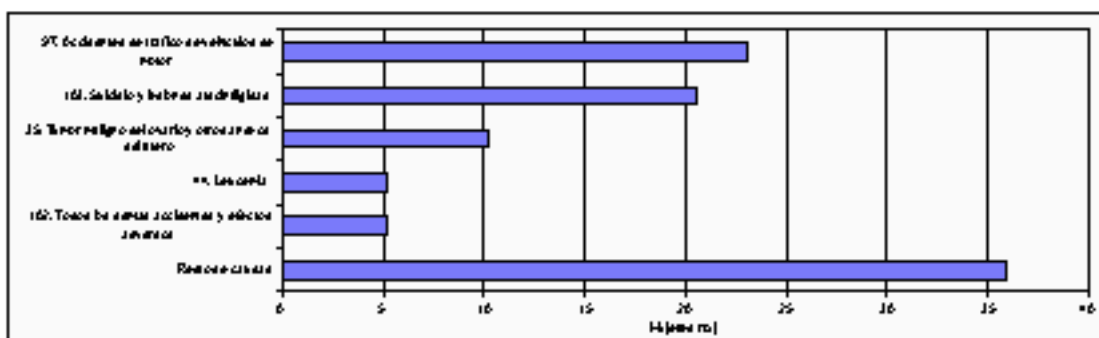
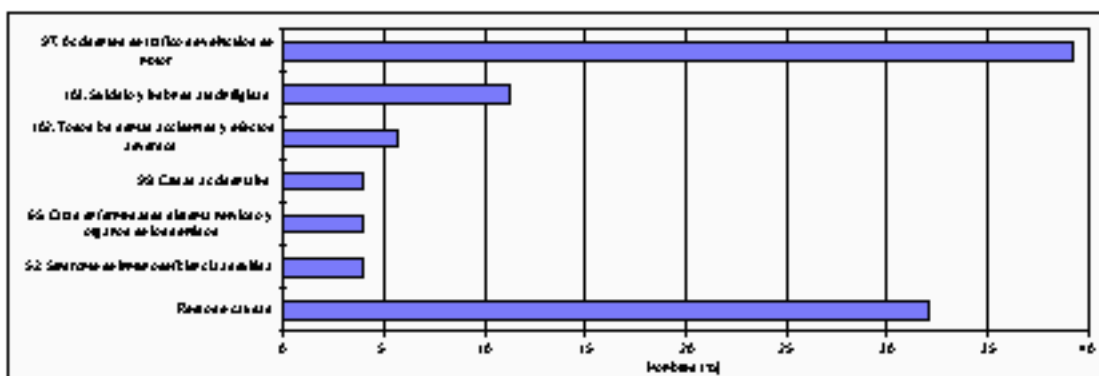
Gráfico 5.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 5 a 14 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=23 y N=12)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

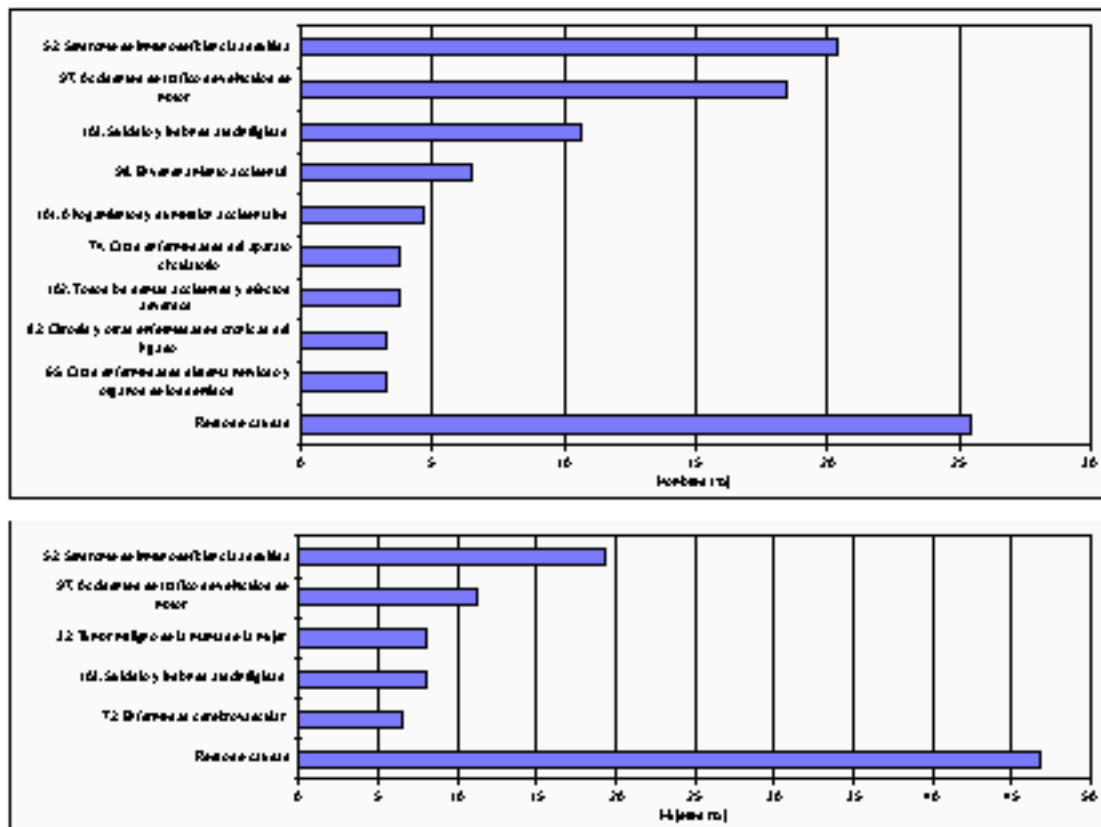
En relación al grupo de edad de 15 a 24 años, la sobremortalidad masculina es aún mayor con una razón hombre/mujer de 3.2. En cuanto a las causas destaca la importancia en ambos géneros de las causas de muerte: "accidentes de tráfico de vehículos de motor" y "suicidio y lesiones autoinfligidas". Nuevamente en los hombres pre-domina la mortalidad por el conjunto de causa externas mientras que en las mujeres destaca también la mortalidad por tumores. Un comentario similar puede hacerse para el grupo comprendido entre los 25-34 años en el que hay de nuevo una llamativa sobremortalidad masculina (razón hombre/mujer de 3.5). En este grupo y en los dos sexos aparece como primera causa de muerte el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Gráfico 6.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 15 a 24 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=125 y N=39)



Fuente: ISTAC: Definiciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

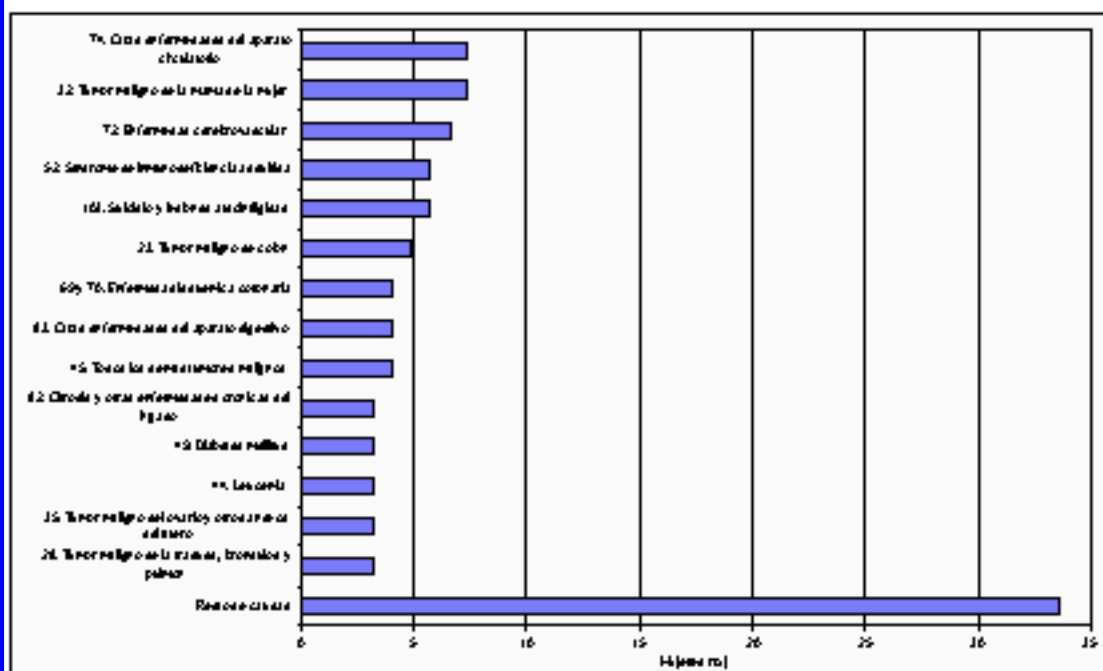
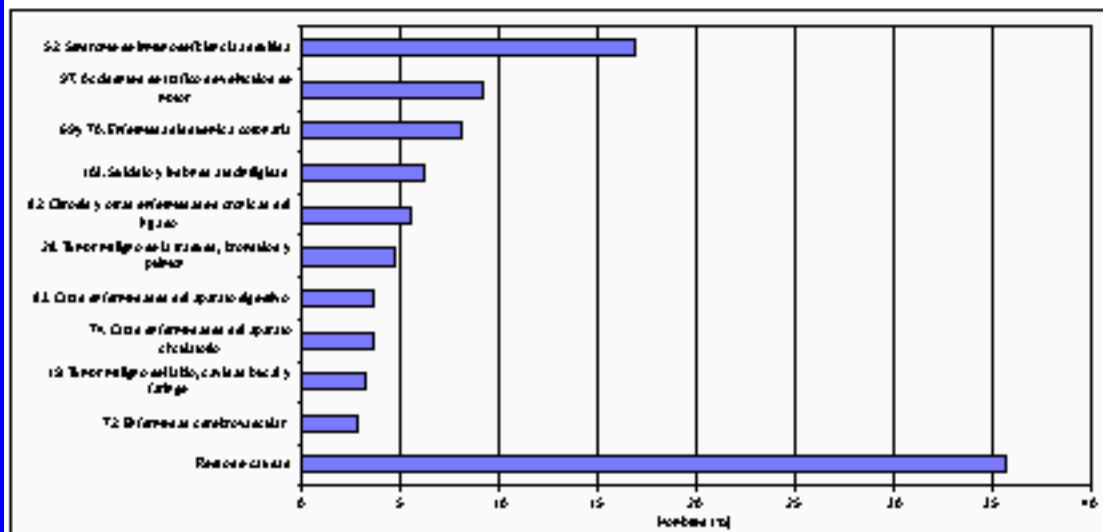
Gráfico 7.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 25 a 34 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=216 y N=62)



Fuente: ISTAC: Definiciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

Esta misma causa (SIDA) ocupa el primer lugar entre los hombres de 35 a 44 años seguida de lejos por los accidentes de tráfico. En este grupo de edad la sobremortalidad masculina es menor con una razón hombre/mujer de 2.2. En las mujeres de esta edad la mortalidad se reparte entre varios grupos de causas con un similar peso y apareciendo las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer de mama junto al SIDA y los suicidios.

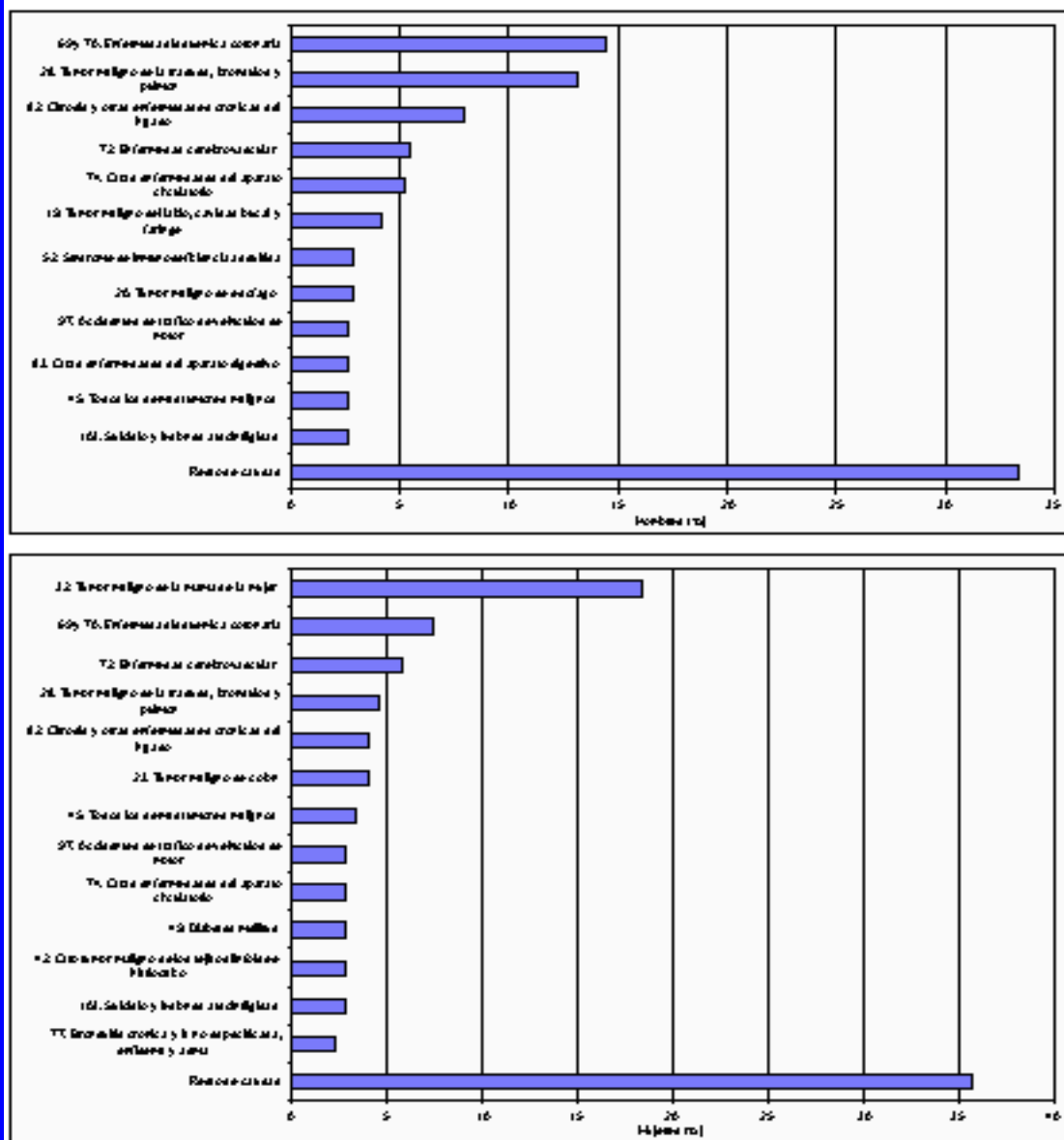
Gráfico 8.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 35 a 44 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=272 y N=122)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

Entre los 45 y 54 años, de nuevo se asemejan las causas de muerte entre los dos géneros. Así, y aunque no coincidan en el orden, los primeros lugares se ocupan por la "enfermedad isquémica cardíaca" y los tumores de "tráquea, bronquios y pulmones" en los hombres y "de mama" en las mujeres.

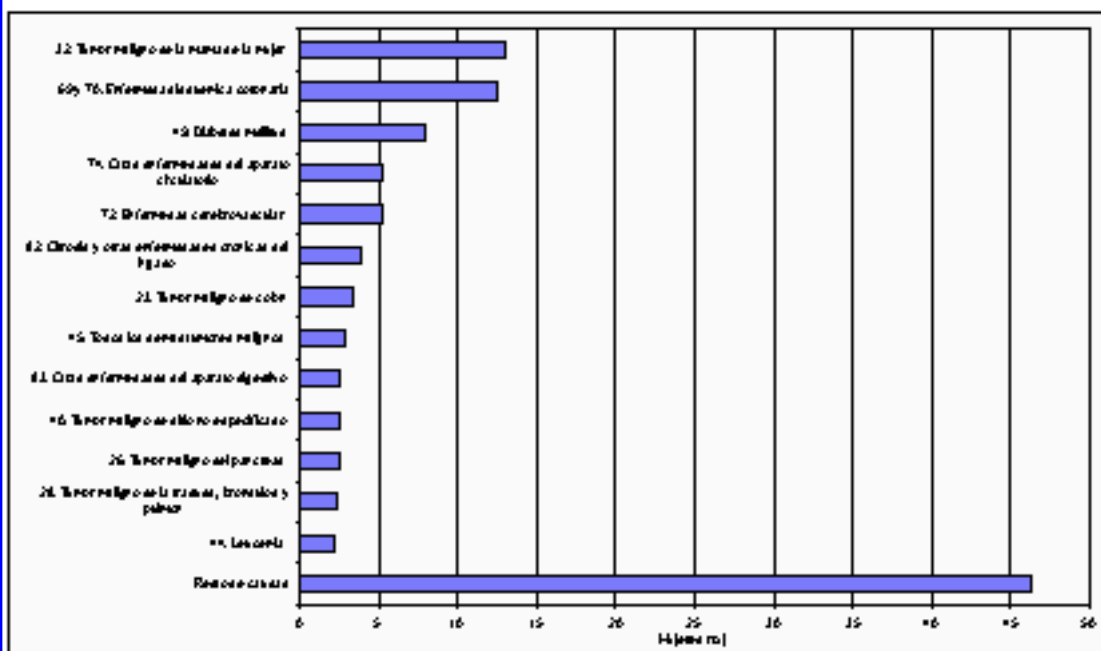
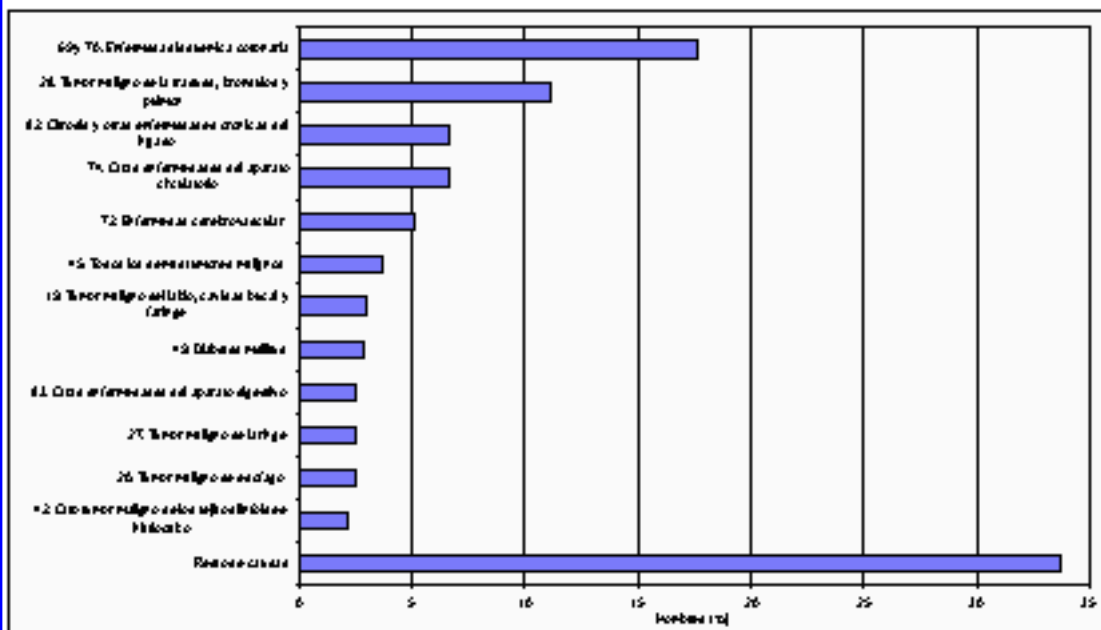
Gráfico 9.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 45 a 54 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=456 y N=174)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9°)

En el grupo de 55 a 64 años continúan en los primeros lugares la "enfermedad isquémica coronaria" y los tumores de mama en la mujer y de tráquea, bronquios y pulmón en el hombre, pero se observa un aumento relativo de otras patologías como la diabetes mellitus en las mujeres, que pasa a ocupar el tercer lugar.

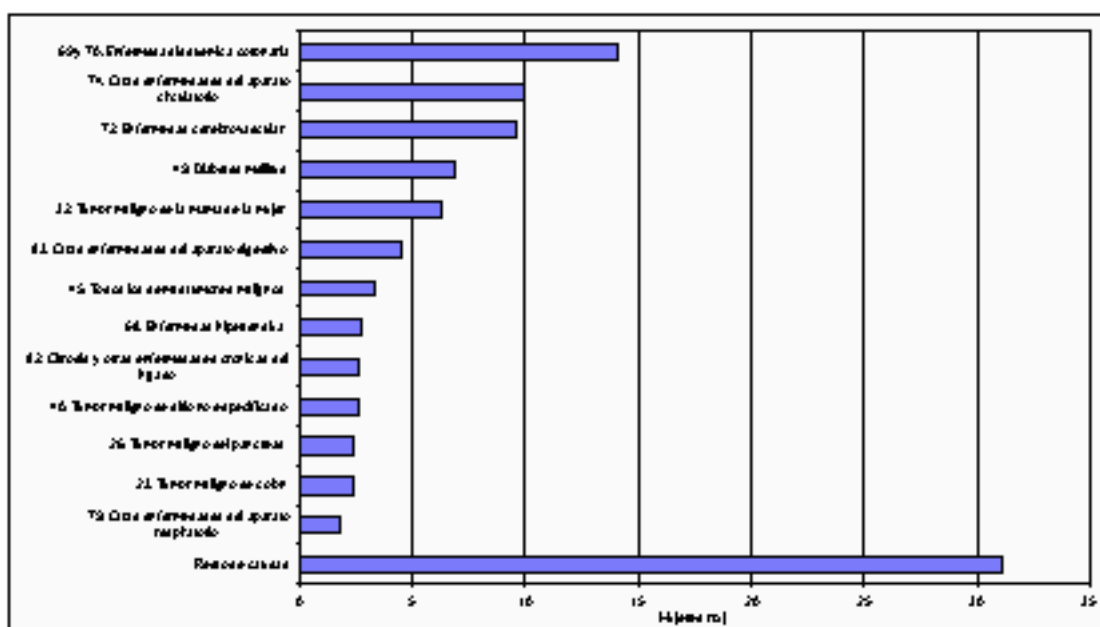
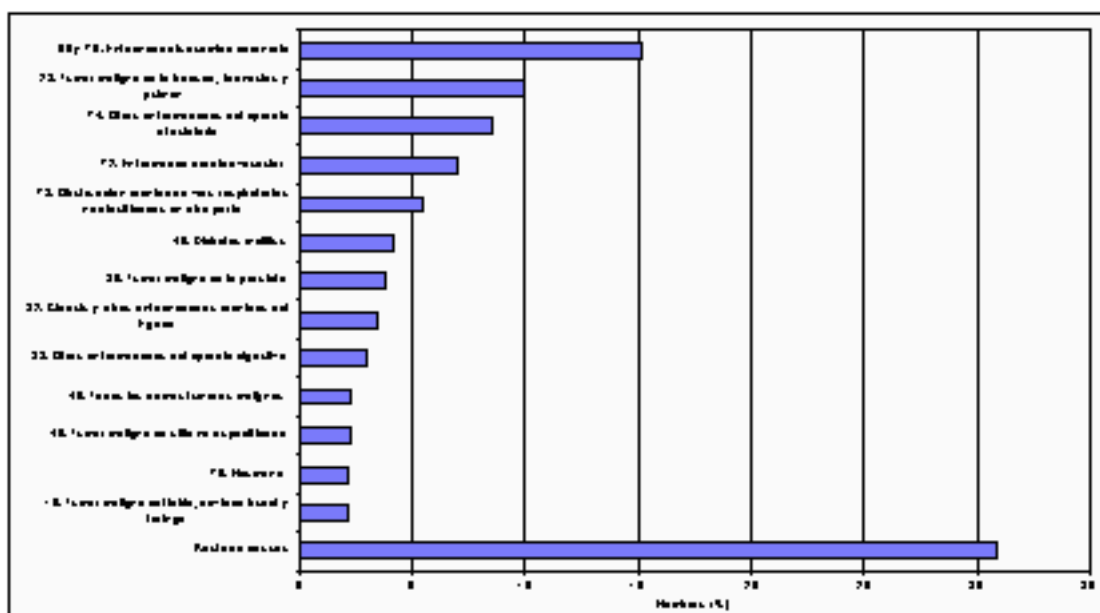
Gráfico 10.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 55 a 64 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=842 y N=415)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9^a)

Es de destacar en el grupo de 65 a 74 años que, en ambos géneros, se sitúan en los primeros lugares las enfermedades cardiovasculares ("enfermedad isquémica coronaria"; "otras enfermedades del aparato circulatorio" y "enfermedad cerebrovascular"). En los hombres hace su aparición el "tumor maligno de próstata" (en el séptimo lugar, detrás de la diabetes mellitus) y continúa siendo importante el porcentaje de defunciones por "tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón". Llama la atención en las mujeres el desplazamiento del "tumor maligno de mama" desde el primer lugar que ocupaba desde los 45 años, hasta el 5º lugar.

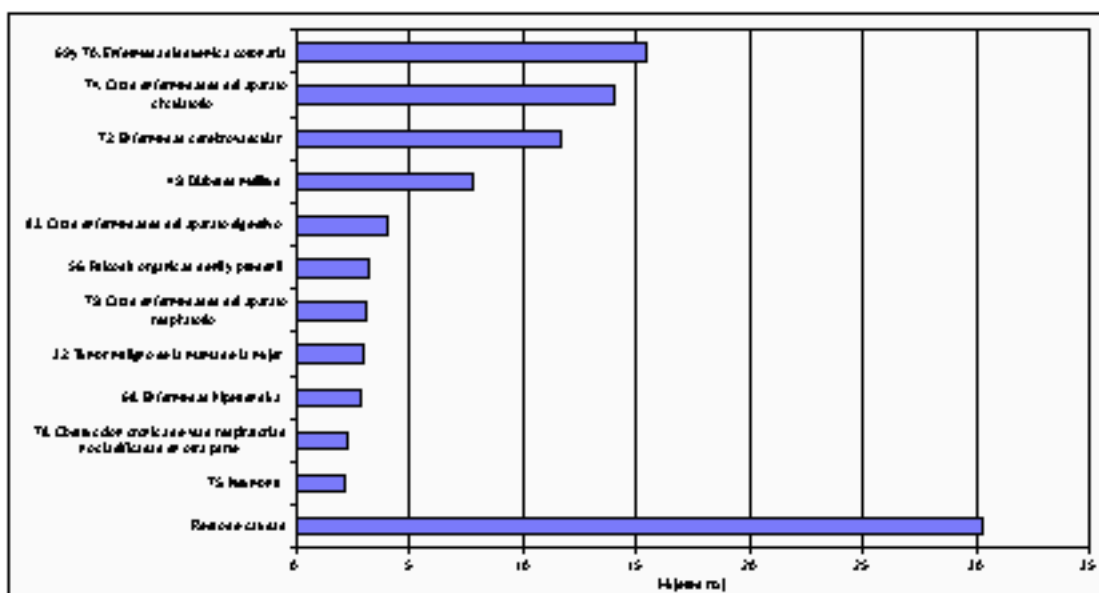
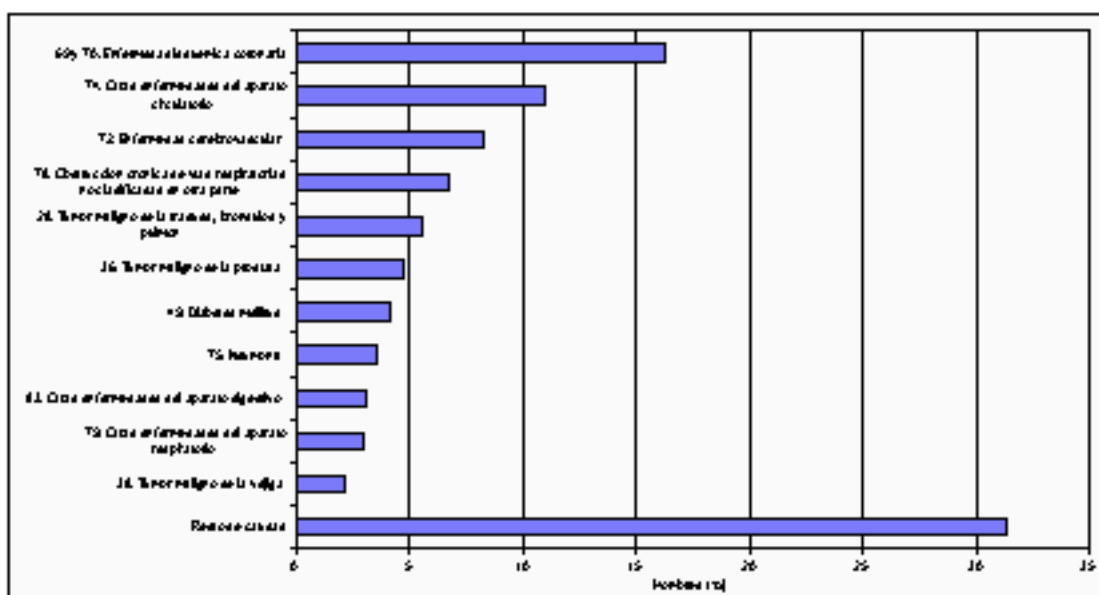
Gráfico 11.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 65 a 74 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=1.431 y N=806)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9ª)

En el grupo de 75 a 84 años de edad continúan las enfermedades cardiovasculares ocupando los primeros lugares de causas de defunción, tanto en hombres como en mujeres. Aumenta el peso de las enfermedades del aparato respiratorio ("obstrucción crónica de vías respiratorias no clasificadas en otra parte" y "otras enfermedades del aparato respiratorio" y hace su aparición la "neumonía"). En los hombres sigue siendo frecuente la muerte por "tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón", aumentando el "tumor maligno de próstata". En las mujeres aumenta el peso de la diabetes y aparecen las "psicosis orgánicas seniles y preseniles".

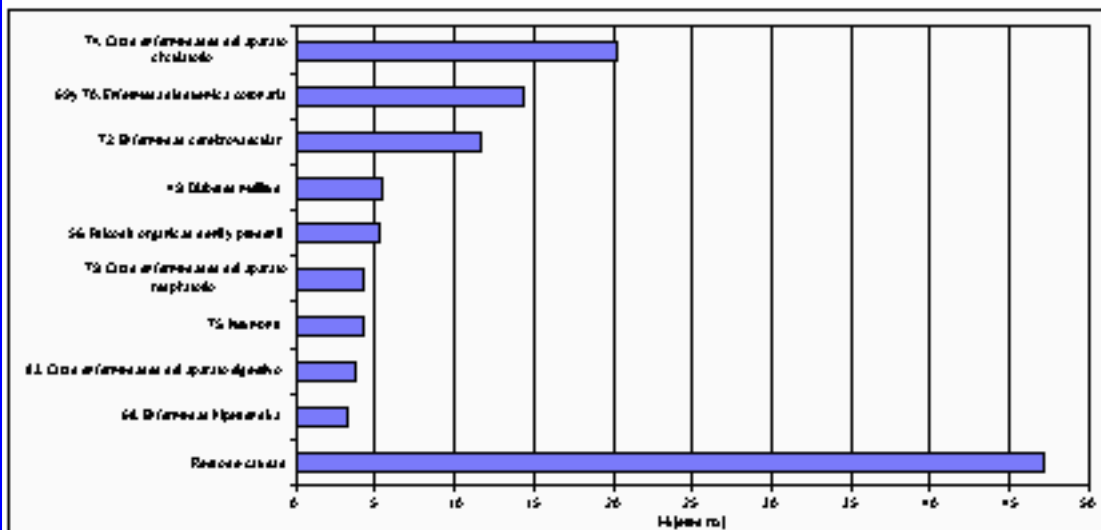
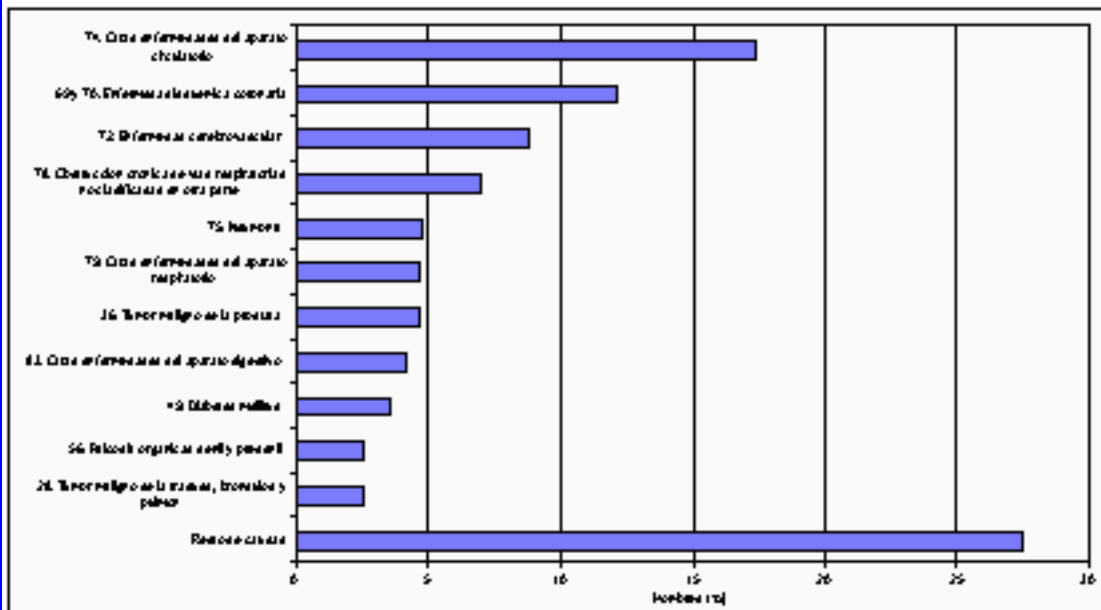
Gráfico 12.D1. Principales causas de muerte (%) en el grupo de edad de 75 a 84 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=1.598 y N=1.592)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9^a)

A partir de los 84 años, y aunque con distinto peso según el género, las causas de muerte comunes a hombres y mujeres son las "enfermedades cardiovasculares" descritas en el grupo anterior; las "enfermedades respiratorias" reseñadas en el grupo de 75 a 84 años, con un aumento de la "neumonía"; la "diabetes mellitus"; la "psicosis orgánica senil y presenil" y "otras enfermedades del aparato digestivo". En los hombres continúa siendo relevante el "tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón".

Gráfico 13.D1. Principales causas de muerte (%) en mayores de 84 años para hombres y mujeres. Canarias, 1996 (N=978 y N=1.507)



Fuente: ISTAC: Defunciones Canarias 1996 (Lista reducida C.I.E. 9^a)

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



TEMAS:

- [Tasas brutas de mortalidad.](#)
- [Tendencias de la mortalidad.](#)

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD.

Las tasas brutas de mortalidad ajustadas por el método directo mostraron pocos cambios a lo largo de los once años del periodo estudiado 1980-1990 (gráfico 31), salvo algunas pequeñas reducciones en la magnitud de este indicador global de mortalidad para Canarias.

La evolución de las mismas en Gran Canaria y Tenerife, ha seguido la misma tendencia aunque con tasas superiores en la primera de ellas.

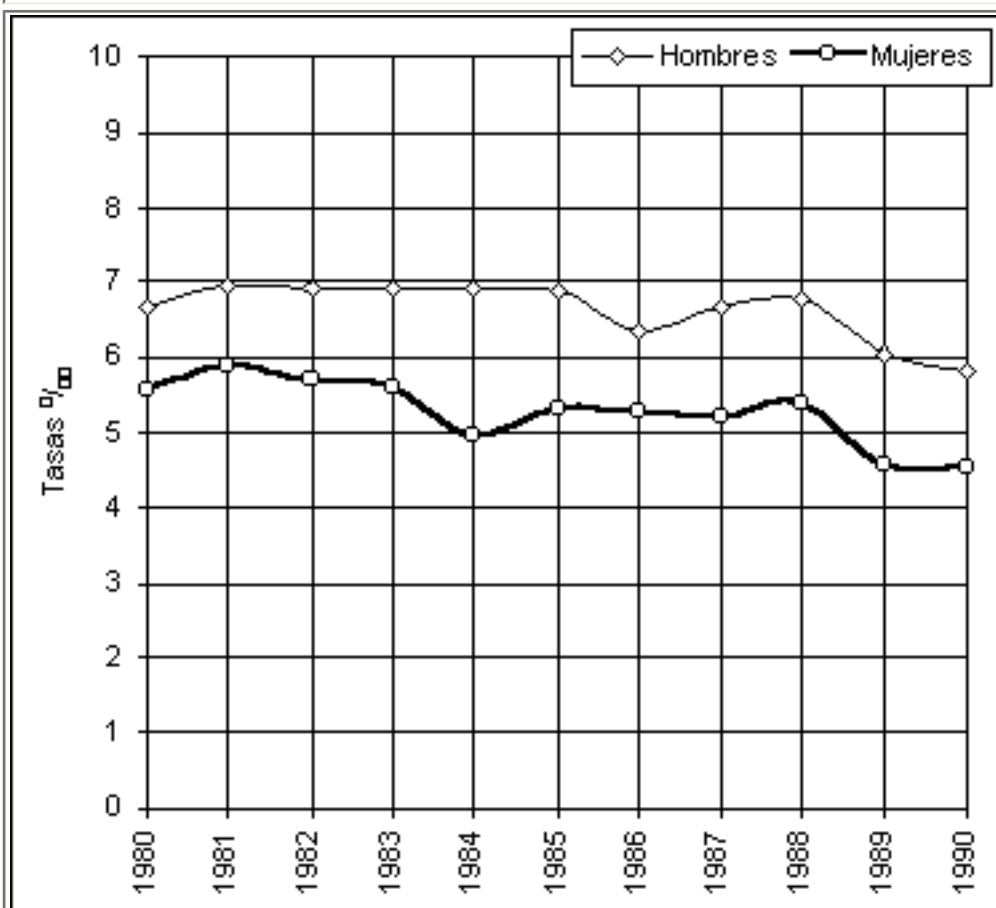
Al analizar las tasas brutas ajustadas por las principales causas de defunción y sexo, es de destacar la importante reducción que experimentaron

las "enfermedades cerebrovasculares" en los dos sexos y en todo el territorio, aunque de forma más pronunciada en Gran Canaria. La "enfermedad isquémica del corazón" no sufrió una variación evidente ni en hombres ni en mujeres.

Con tendencia al ascenso en todo el territorio se encuentran las dos tumoraciones malignas de mayor impacto en la mortalidad, la de pulmón en los hombres y la de mama en las mujeres, aunque en este último caso fue más fuerte en Gran Canaria (gráfico 32).

La categoría "otras causas externas", que agrupa todas las causas externas de lesión excepto los accidentes de tráfico, ascendió entre los hombres de Gran Canaria y los del total de la Comunidad

Gráfico 31. Tasas brutas de mortalidad ajustada por sexos, Canarias, 1980 a 1990.



Autónoma, disminuyendo en las mujeres de Tenerife.

Por su parte la "cirrosis hepática" redujo su tendencia sólo en Tenerife, manteniéndose estable en el resto de los ámbitos estudiados. La "diabetes mellitus" registró una tendencia hacia el incremento en el conjunto de la Comunidad y en Gran Canaria, no mostrando variaciones en Tenerife (gráfico 33).

TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

En lo concerniente a este indicador, considerando todas las causas de muerte en los diferentes grupos etarios, se observan tendencias discretas hacia la

reducción en los hombres de 30 a 49 años y de 85 y más; y en las mujeres entre 50 y 69 años de edad. En el resto de edades y territorios estudiados no se produjeron cambios a tener en cuenta. En el grupo de 15 a 29 años de edad la causa de mayor impacto fue "otras causas externas", que mostró una fuerte tendencia al aumento en ambos sexos y en todo el ámbito territorial analizado. Los "accidentes de tráfico" fueron la otra causa que incrementó la magnitud de sus tasas, sobre todo en el grupo de varones de Tenerife, puesto que las mujeres de esta isla presentaron, por el contrario, una marcada variación hacia el descenso.

En el grupo de 30 a 49 años de edad, y en Tenerife el sexo femenino experimentó un discreto aumento en "otras causas externas", mientras que en los hombres disminuyó de manera notable.

Los "accidentes de tráfico" reportaron un alza muy fuerte entre los hombres de Gran

Gráfico 32. Tasas brutas de mortalidad, ajustadas según causas principales y sexo, Canarias, 1980 a 1990.

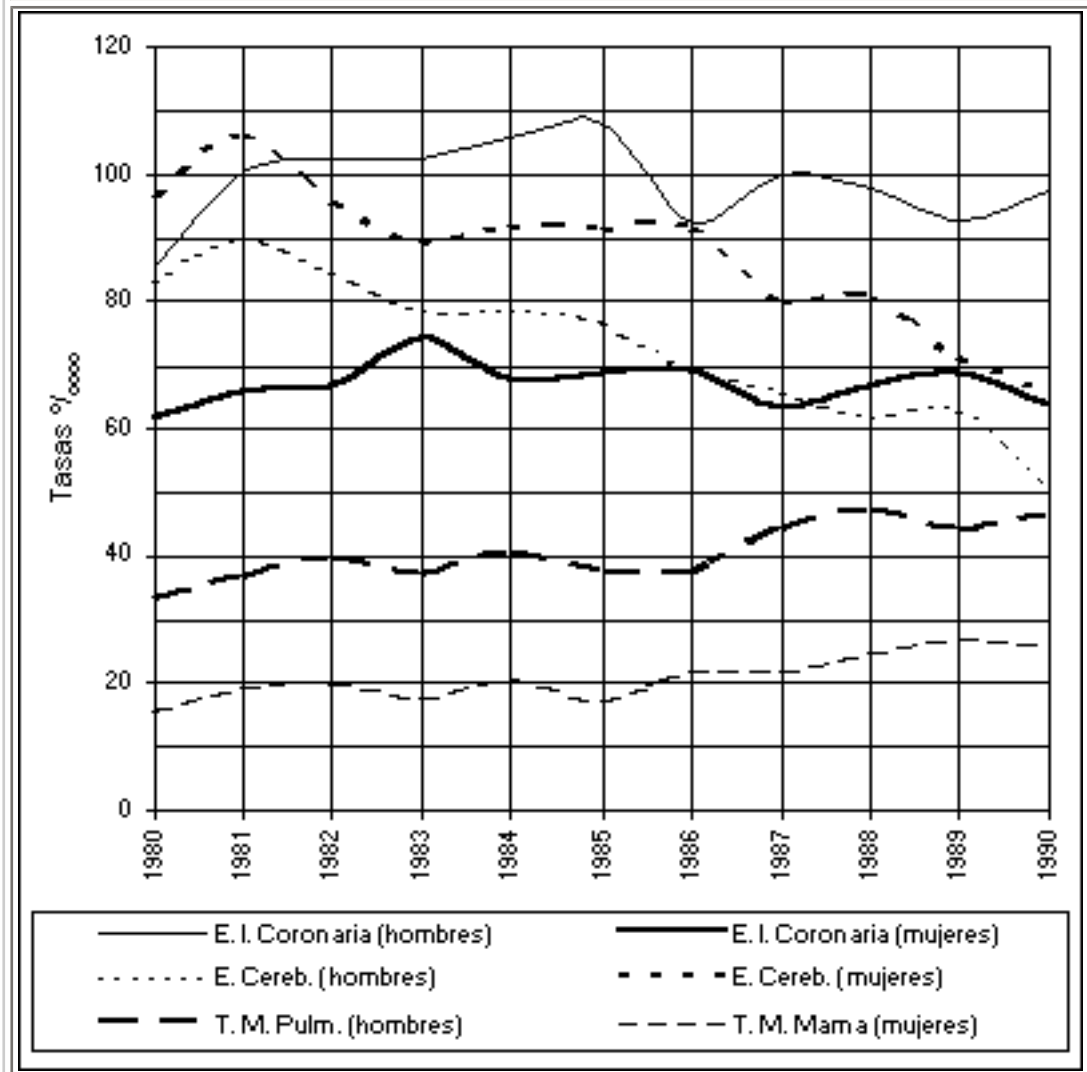


Gráfico 33. Tasas brutas de mortalidad, ajustadas según causas principales y sexo, Canarias, 1980 a 1990.

Canaria, no existiendo cambios en el resto. La "enfermedad isquémica cardiaca" decreció de forma significativa en Gran Canaria y en el conjunto de la Comunidad Autónoma, sufriendo un ligero descenso en Tenerife. El "tumor de mama" tuvo un comportamiento estable en todos los territorios. La "cirrosis" disminuyó entre las mujeres de forma muy manifiesta en todas las unidades territoriales estudiadas, siendo más marcada en Tenerife.

En el grupo de 50 a 69 años de edad, el "tumor maligno de mama" fue la causa que registró el

aumento más importante, fundamentalmente en Gran Canaria, mientras que las "enfermedades cerebrovasculares" en las mujeres presentaron una disminución muy significativa en todo el territorio.

La "enfermedad isquémica cardiaca" redujo su impacto tanto entre los hombres como entre las mujeres en todos los lugares, pero de forma más señalada en las mujeres de Gran Canaria.

En el grupo de 70 a 84 años, la "enfermedad isquémica del corazón" redujo su tendencia de forma discreta los varones de Gran Canaria. En el resto de los casos se comportó prácticamente invariable. Es de destacar el importante ascenso del "tumor maligno de pulmón" en los hombres, sobre todo de Gran Canaria.

Por su parte, la "diabetes mellitus" disminuyó, de manera poco relevante, en las mujeres de Tenerife.

Finalmente, en el grupo de 85 años y más, la mortalidad por "neumonía-influenza" en los hombres decreció ligeramente en Tenerife,

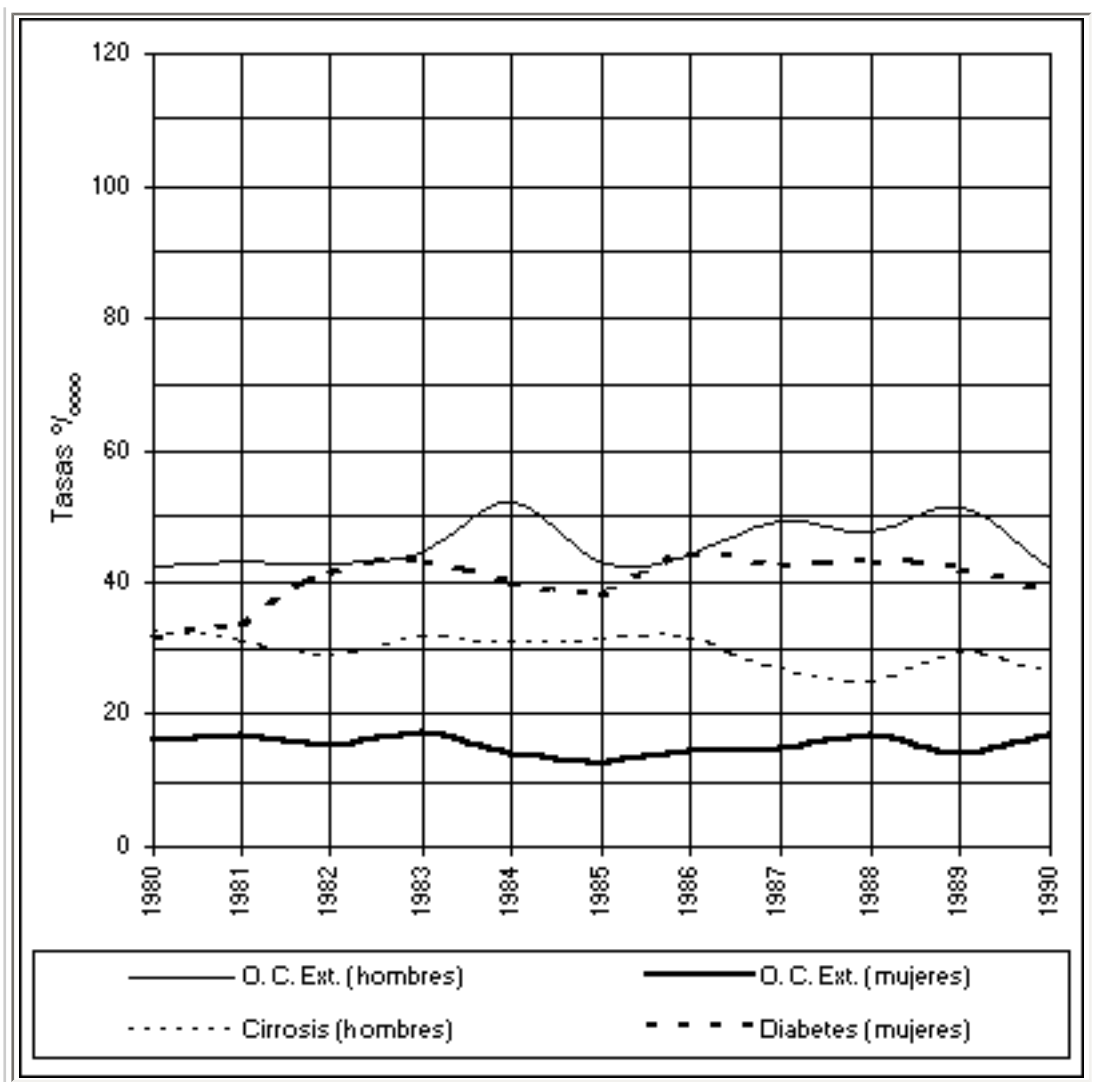
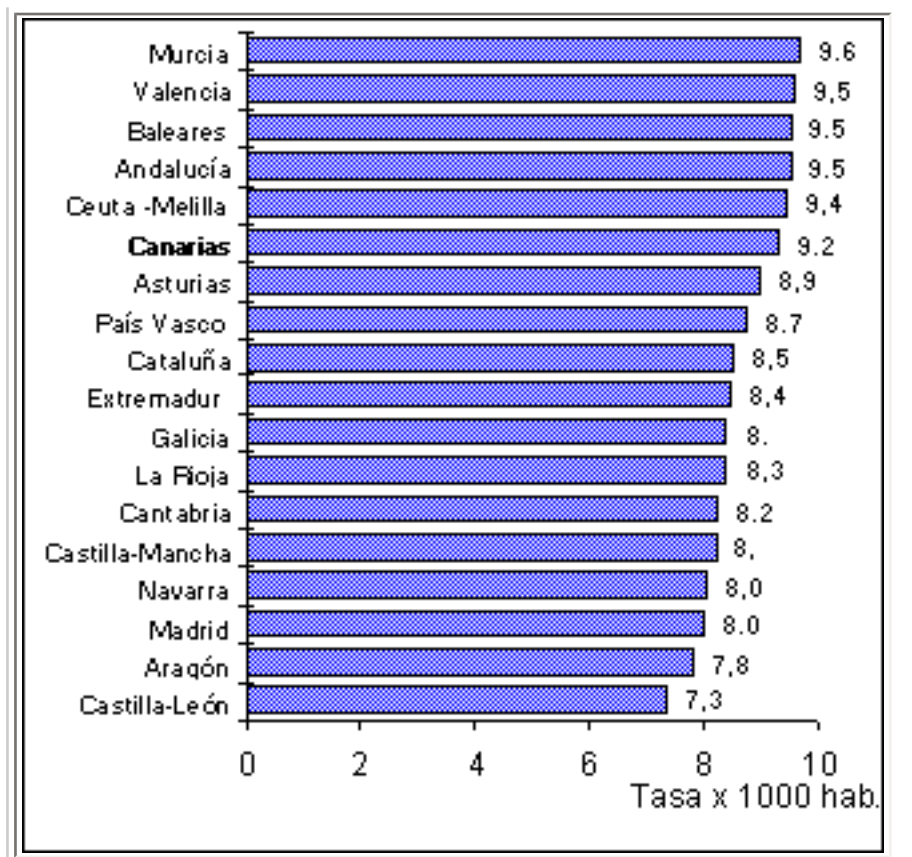


Gráfico 34. Tasas estandarizadas de mortalidad por comunidades autónomas, 1991.

manteniéndose sin cambios en el resto de los casos.

La "diabetes" registró un fuerte ascenso en Gran Canaria que trascendió al conjunto de la Comunidad.

La tasa estandarizada de mortalidad canaria ocupa una posición media-alta en el contexto general de España, mejorando los valores ofrecidos por Ceuta y Melilla, Andalucía, Baleares, Valencia y Murcia (gráfico 34).



[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Serie Plan de Salud - Documento 2

Servicio Canario de Salud

Tabla VI. Causas con exceso de mortalidad estadísticamente significativo, según áreas de salud.

	R.M.E.	R.A.V.P.E.
Las Palmas de G.C.	Tuberculosis; Ca. pulmón; HTA y ACV; Cirrosis	Tuberculosis; Ca. pulmón
Área norte de G.C.		
Área sur de G.C.	HTA y ACV; Acc. tráfico	HTA y ACV; Acc. tráfico
Fuerteventura	Acc. tráfico	Acc. tráfico
Lanzarote	Ca. pulmón; Acc. tráfico	Acc. tráfico
Santa Cruz de Tf.	Ca. útero	
Área norte de Tf.	Cirrosis	Cirrosis
Área sur de Tf.	Acc. tráfico	Acc. tráfico
La Palma		
La Gomera		
El Hierro		

Con el fin de detectar áreas y patologías que requieran una atención especial y evaluar la eficacia de los servicios sanitarios, se ha estudiado la mortalidad evitable a través de dos indicadores: la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) y la Razón de Años de

Vida Potencialmente Perdidos (RAVPE). El primero mide el exceso o defecto de mortalidad para cada causa y en cada una de las áreas, respecto a la que tendría que existir si dichas poblaciones estuvieran sometidas a la tasa estándar de la Comunidad Autónoma. La RAVPE localiza este exceso o defecto en el número de años de vida perdidos en cada área y para cada una de las causas respecto a los que se pierden en el conjunto de las comunidades autónomas. La elección de las causas de muerte se ha hecho siguiendo la lista de Rutstein et al., agrupando las 21 causas que aparecen en la tabla III. Se ha tomado como población de referencia la del Padrón Municipal de Habitantes de Canarias de 1986 y como unidades espaciales las áreas sanitarias y los municipios capitalinos provinciales, habiéndose estudiado las defunciones producidas entre 1982 y 1990.

En las Tablas VI y VII se analizan las causas de mortalidad estadísticamente significativas, tanto por exceso como por defecto, en cada una de las islas, quedando divididas las islas capitalinas en zona

Tabla VII. Causas con defecto de mortalidad estadísticamente significativo, según áreas de salud.

norte, sur y municipio capitalino.

Considerando el conjunto de todas las causas, se ha detectado un exceso de mortalidad respecto a la totalidad de Canarias en Las Palmas de Gran Canaria y en el Sur de Gran Canaria y de Tenerife, Lanzarote y Fuerteventura, siendo estadísticamente

	R.M.E	R.A.V.P.E.
Las Palmas de G.C.		
Área norte de G.C.	Ca. pulmón; Cirrosis	Ca. pulmón; Cirrosis; Acc. tráfico
Área sur de G.C.		Hernias abdominales
Fuerteventura		Ca. útero
Lanzarote		
Santa Cruz de Tf.	Acc. tráfico	Enf. reumática crónica corazón; Colecistitis y coleditiasis; Acc. tráfico; Hernias abdominales;
Área norte de Tf.	HTA y ACV; Acc. tráfico	Ca. pulmón; Acc. tráfico
Área sur de Tf.		Colecistitis y coleditiasis
La Palma	Ca. pulmón; Ca. útero; HTA y ACV; Acc. tráfico; Cirrosis	Ca. pulmón; HTA y ACV; Cirrosis; Acc. tráfico; Asma
La Gomera	Acc. tráfico	Tuberculosis
El Hierro	HTA y ACV; Cirrosis	Ca. pulmón; Cirrosis

significativo en todas ellas excepto en el sur de Tenerife. En estas mismas los años de vida perdidos son también superiores a lo esperado, produciéndose estas muertes en edades más tempranas que en la totalidad del archipiélago, teniendo significación estadística los valores del sur de Gran Canaria y de Fuerteventura. Por el contrario, el norte de Gran Canaria, norte de Tenerife, La Palma, La Gomera y la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, presentan un defecto en las defunciones esperadas que es estadísticamente significativo en todas ellas excepto en la última. Estos valores se acompañan de un menor número de años de vida potencialmente perdidos respecto a los del conjunto del archipiélago, teniendo importancia estadística los de La Palma y norte de Gran Canaria y Tenerife. La isla de El Hierro tiene un patrón diferente, probablemente debido al escaso número de defunciones observadas por ser una comunidad con pocos habitantes. La HTA, ACV y cirrosis son causas que presentan defecto de mortalidad estadísticamente significativo en esta isla con respecto a la globalidad de la Comunidad Autónoma. Además presenta un exceso en el número de años de vida perdidos debido a la elevada tasa de mortalidad por accidentes de vehículos a motor en edades jóvenes.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

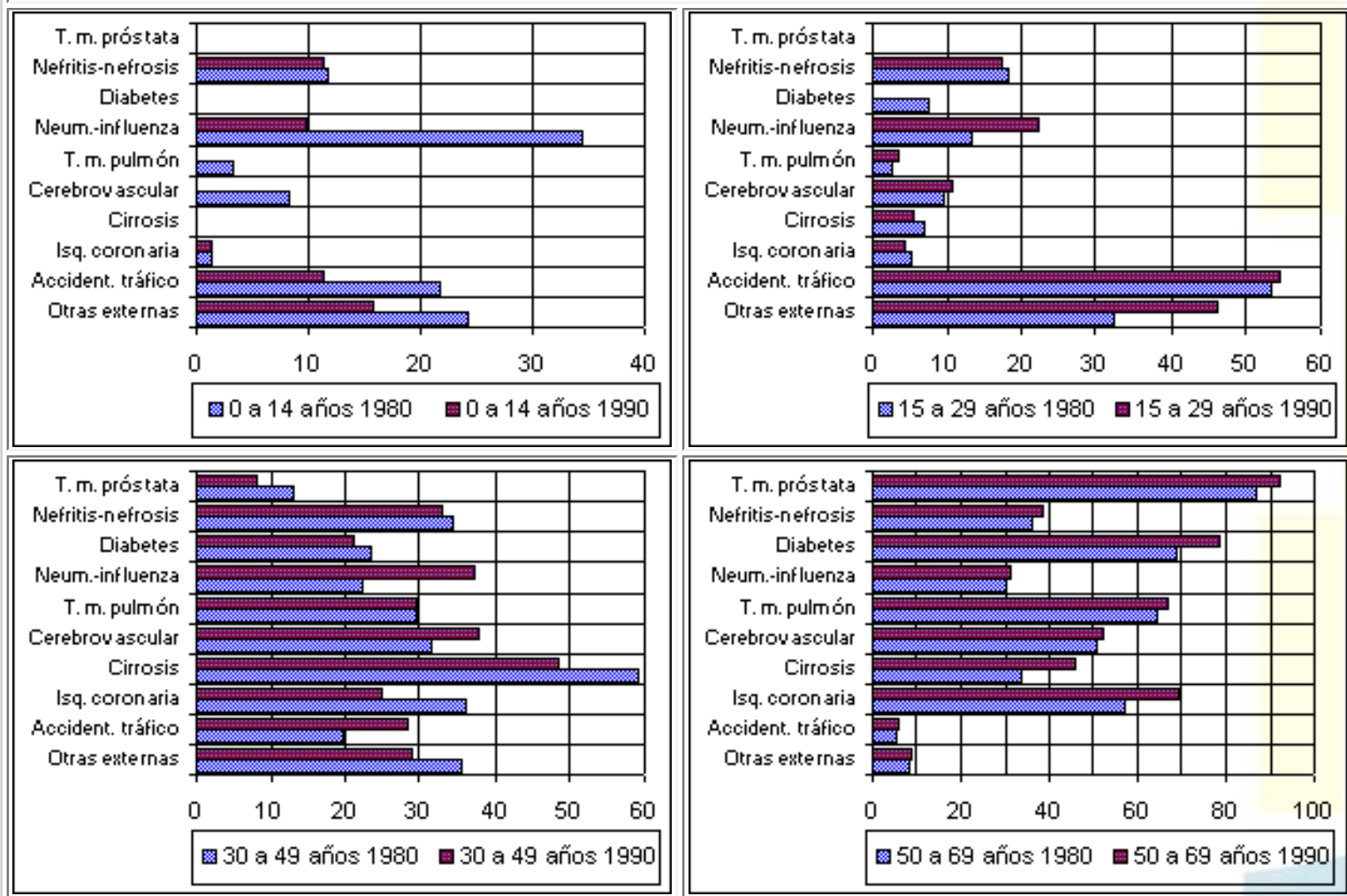
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: mortalidad: años potenciales de vida perdidos

Gráfico 35. Años de vida potenciales perdidos según causas de defunción, contribución porcentual por grupos de edad en hombres. Canarias, 1980 y 1990. Tasas por grupos de edad.



La mortalidad prematura expresada a través del indicador años de vida potenciales perdidos (AVPP), constituye una valiosa estimación de la mortalidad evitable, por cuanto el índice calculado mide el impacto de la mortalidad por las principales causas de defunción en edades tempranas de la vida.

Constituye así una de las medidas de la mortalidad preferidas en la toma de decisiones a los efectos de la planificación sanitaria.

En los gráficos 35 y 36 pueden apreciarse las tasas de años de vida potenciales perdidos por cada 100.000 habitantes para las causas de muerte estudiadas, así como la contribución de los grupos de edad seleccionados a esa mortalidad prematura en los años 1980 y 1990, en los hombres de la Comunidad Autónoma Canaria.

Es de destacar el hecho de que el rubro constituido por "otras causas externas" (todas las externas excepto los "accidentes del tráfico"), representan la primera causa de mortalidad prematura en los dos años analizados, apenas sin variación y con gran diferencia en cifras con respecto de la segunda causa en importancia,

Gráfico 36. Años de vida potenciales perdidos según causas de defunción en hombres. Canarias, 1980 y 1990. Tasas por total de la población.

también de tipo externa (accidentes de la circulación).

En ambos casos la participación de los jóvenes entre 15 y 29 años es muy importante, máxime en los accidentes del tráfico.

La "enfermedad isquémica del corazón" es la tercera causa de muerte prematura, aunque en términos de mortalidad general (todas las edades reunidas) es la más importante.

Aquí la aportación a la cifra total de AVPP es más pronunciada en el último grupo de edad incluido en el estudio.

La "cirrosis" ocupa el cuarto puesto en 1980 y el quinto en 1990, desplazada en esta última fecha por el "tumor maligno del pulmón".

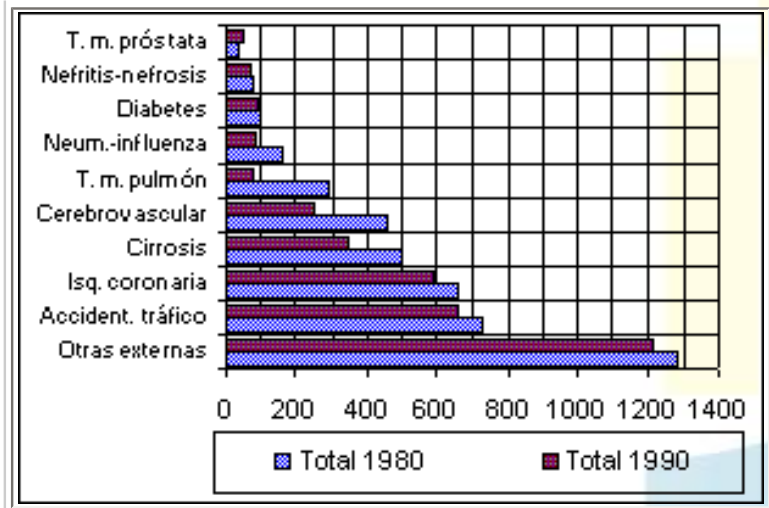
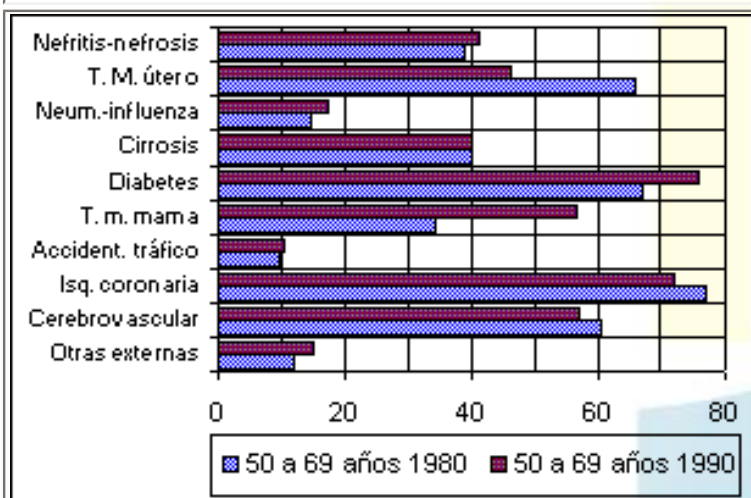
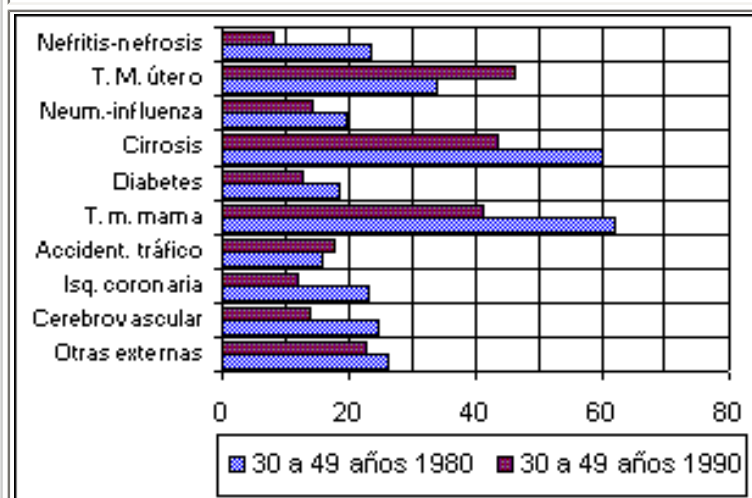
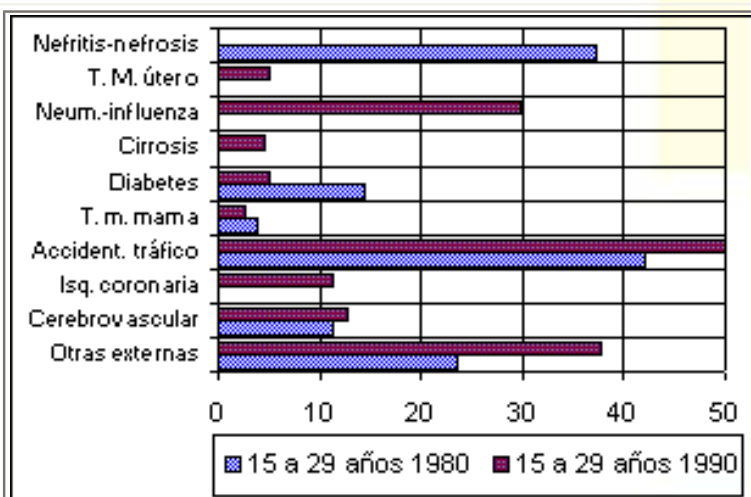
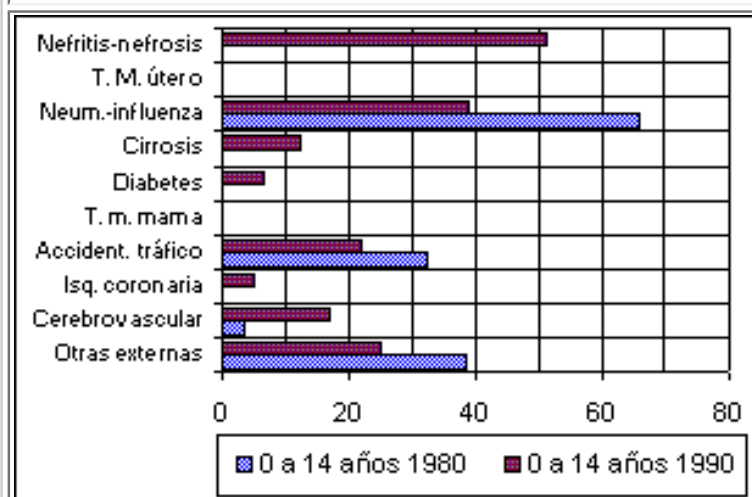


Gráfico 37. Años de vida potenciales perdidos según causas de defunción, contribución porcentual por grupos de edad en mujeres. Canarias, 1980 y 1990. Tasas por grupos de edad.



Esta última entidad asciende desde el sexto lugar que representaba en la fecha inicial.

Esto constituye uno de los hechos más relevantes del estudio, al igual que lo registrado en el caso del "tumor

maligno de próstata", que a pesar de mantenerse en el décimo lugar en ambos años no incrementándose su tasa de mortalidad prematura.

Los gráficos 37 y 38, muestran los resultados obtenidos en el indicador objeto de análisis, para las dos fechas comparadas en las mujeres.

El hecho más trascendente en los resultados hallados, lo constituye el incremento de la mortalidad prematura por tumor maligno de mama (ascienden de un quinto a un segundo lugar) siendo esta causa de mayor impacto que el tumor maligno del pulmón entre los hombres.

Por otro lado, la cirrosis ocupa un lugar importante y registra un incremento en la fecha final con respecto a 1980.

Es de destacar, además, la gran participación en la mortalidad total de las edades más jóvenes tanto en otras causas externas, como en accidentes de tráfico; aumentando la tasa en la primera agrupación.

Según el estudio "Defunciones según causa de muerte, 1990, Movimiento Natural de la Población" del Instituto Nacional de Estadística, Canarias es la novena Comunidad Autónoma en años potenciales de vida perdidos para los hombres y la cuarta para las mujeres (gráfico 39).

Gráfico 38. Años de vida potenciales perdidos según causas de defunción en mujeres. Canarias, 1980 y 1990. Tasas por total de la población.

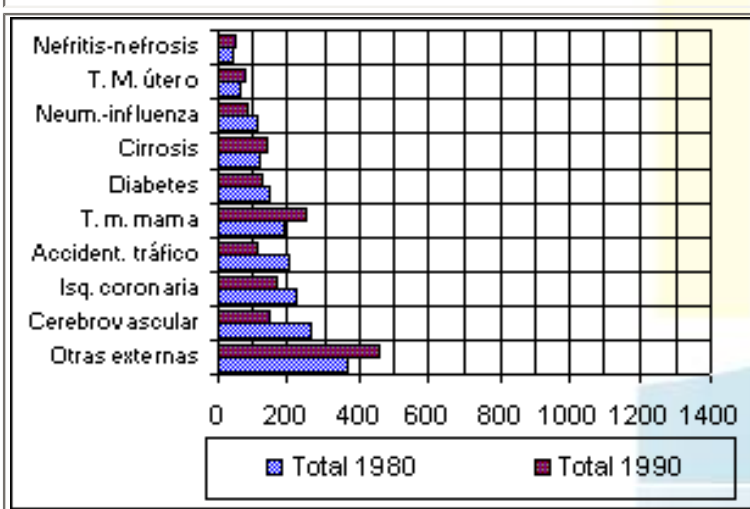
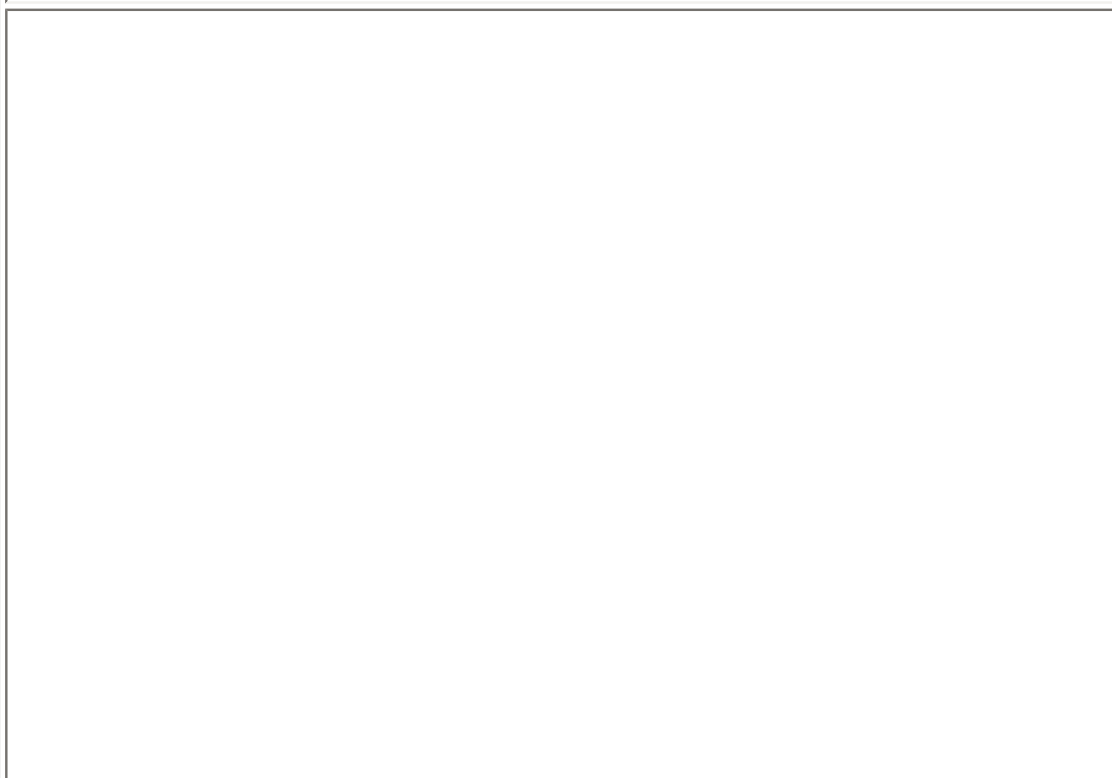
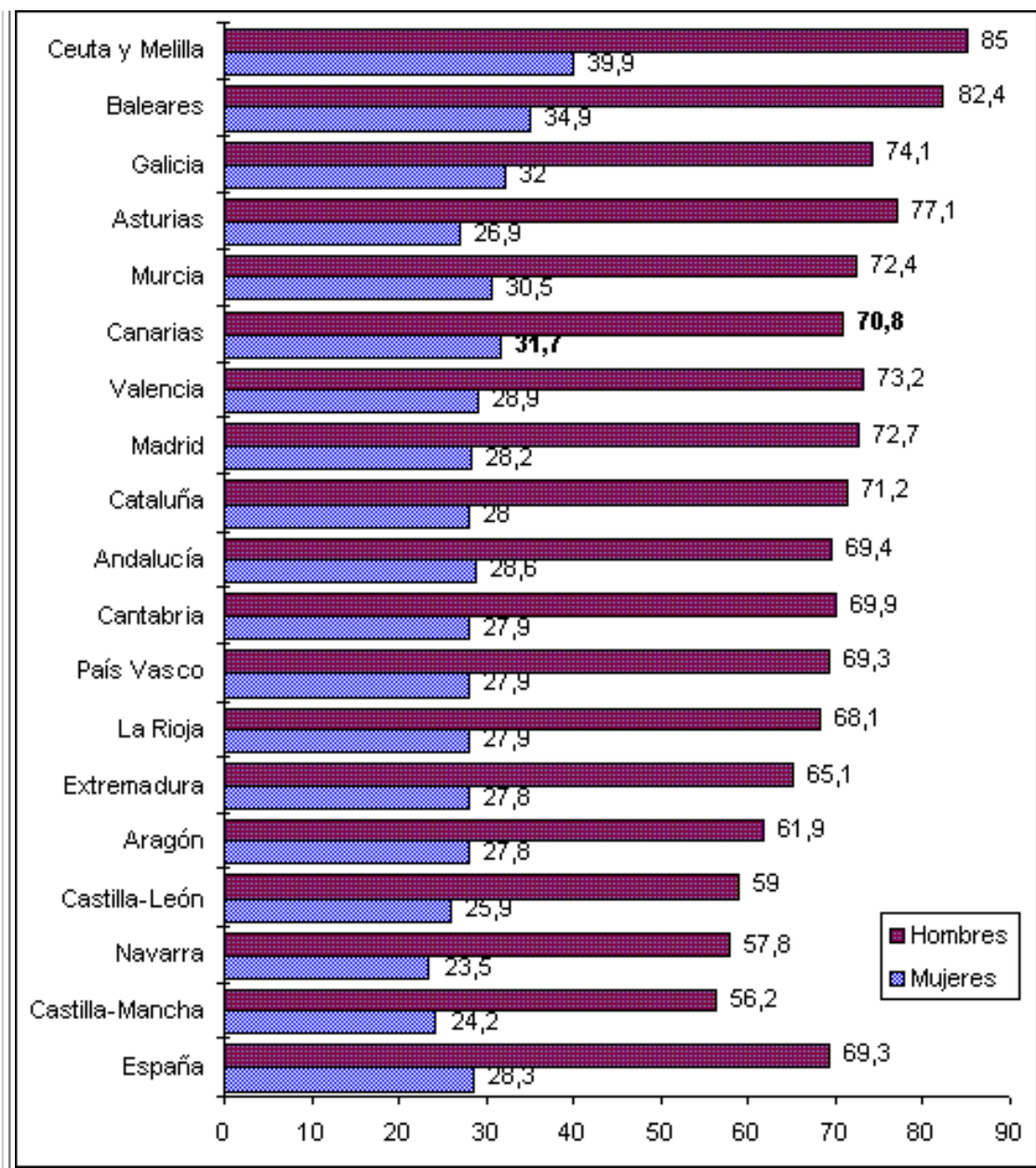


Gráfico 39. Tasas x 103 habitantes de A.P.V.P. según CC.AA., 1990.





[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

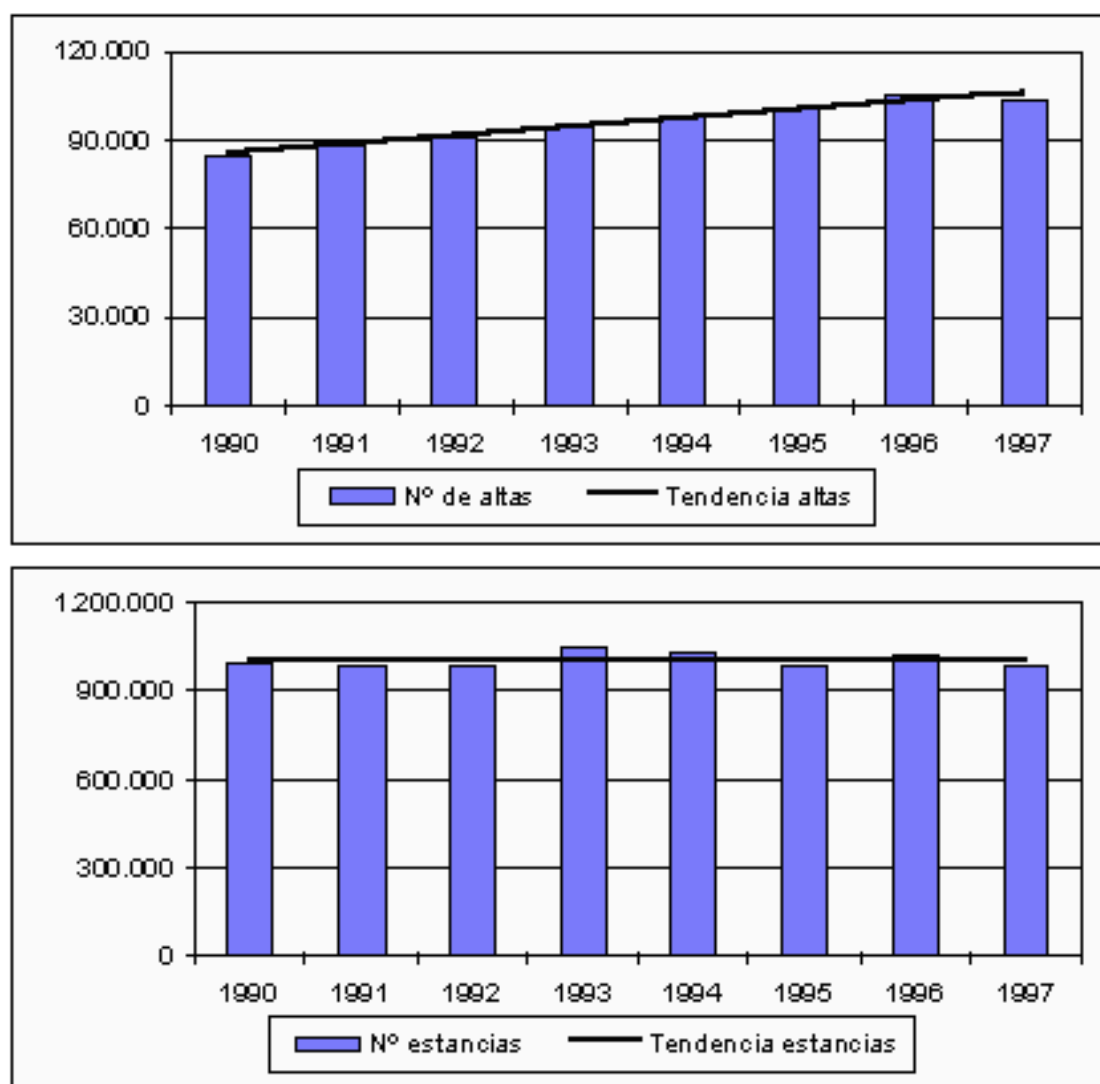
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Situación de salud: morbilidad: morbilidad asistida en hospitales

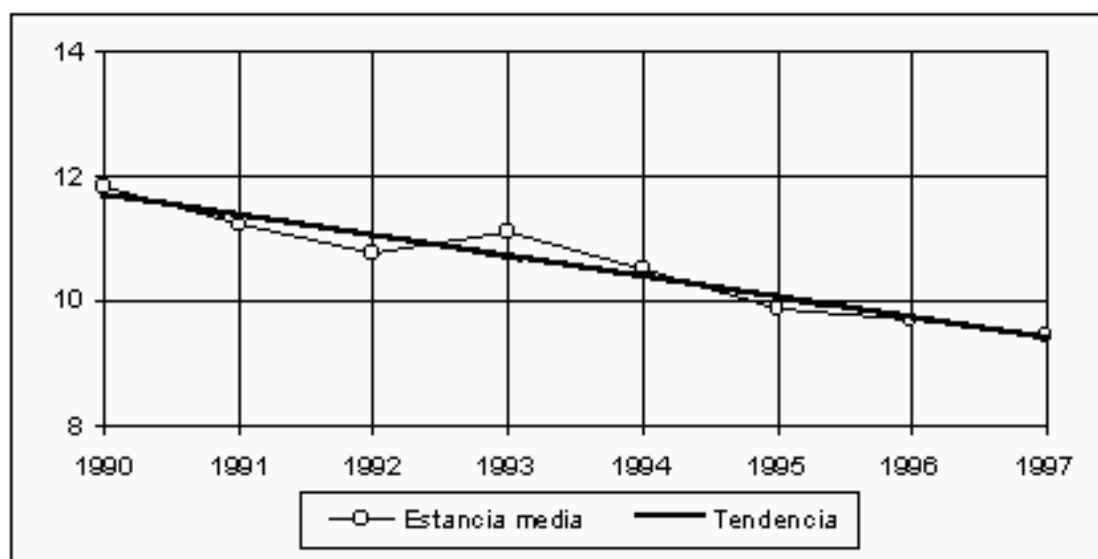
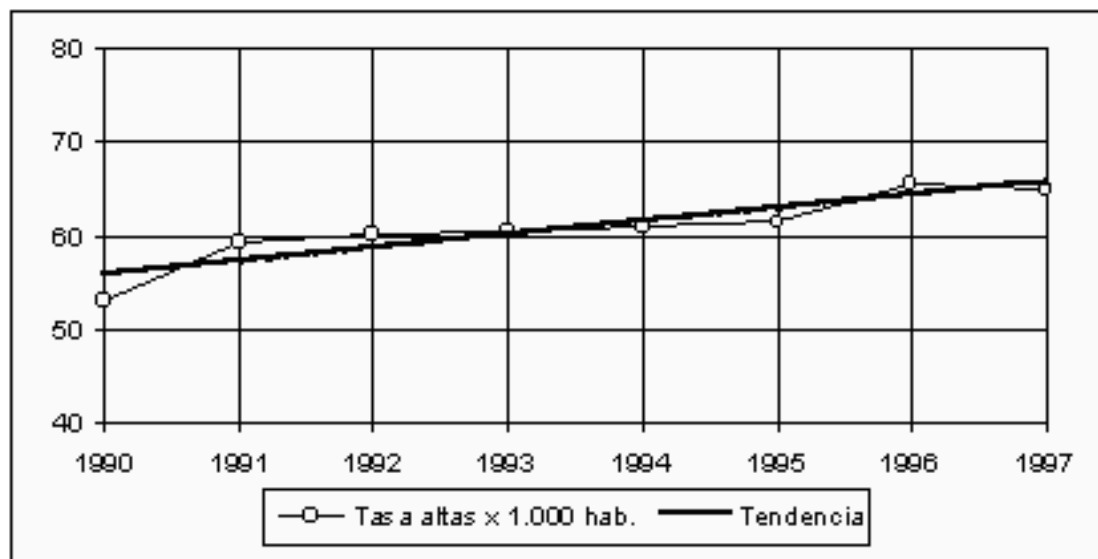
La Comunidad Autónoma dispone actualmente de información referente a las altas hospitalarias en la totalidad de sus hospitales de agudos. El análisis de estos datos nos ayuda a conocer la morbilidad asistida en los centros hospitalarios en general y más específicamente en los hospitales de la red del Servicio Canario de Salud. La utilización de los servicios hospitalarios ha ido aumentando paulatinamente durante la última década, al igual que han aumentado el uso de servicios en Atención Primaria de Salud y el consumo de medicamentos (Gráfico 1.E20). El aumento de las altas hospitalarias se ha acompañado de una clara tendencia al descenso en el parámetro de la estancia media, lo que supone una mejoría en la gestión del recurso hospitalario por parte de los propios profesionales sanitarios. Asimismo, se observa que la tasa de altas por mil habitantes ha seguido una tendencia mantenida de ascenso (Gráfico 2.E20).

Gráfico 1.E20. Evolución del número de altas y estancias en hospitales de referencia y comarcales. Canarias, 1990 a 1997



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), años 1990 a 1995
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, años 1996 y 1997

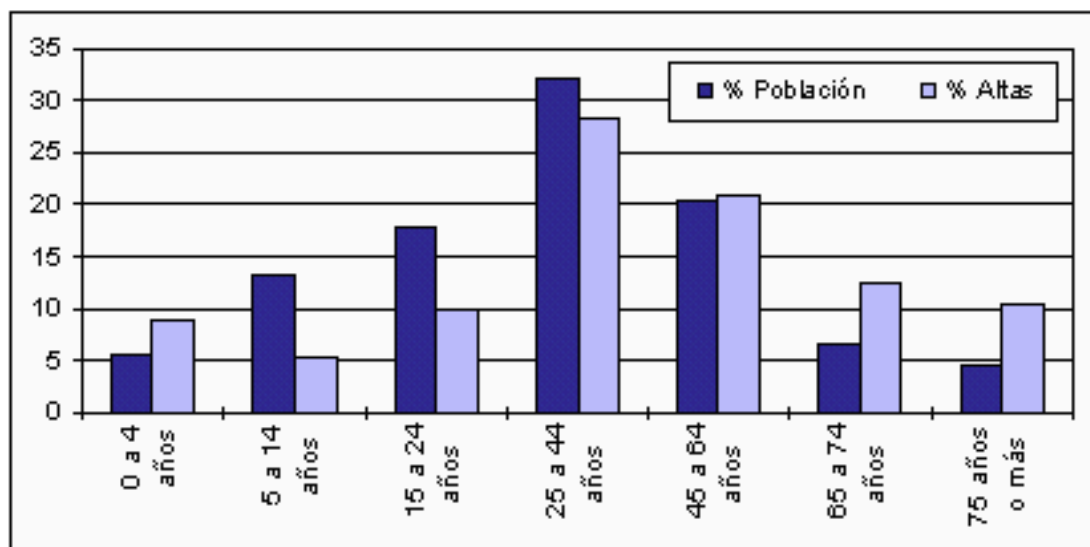
Gráfico 2.E20. Evolución de las tasas de altas por 10³ habitantes y estancias medias. Canarias, 1990 a 1997 (población de derecho para cada año)



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), años 1990 a 1995
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, años 1996 y 1997
 - ISTAC: Población de Derecho de Canarias
 (Elaboración propia)

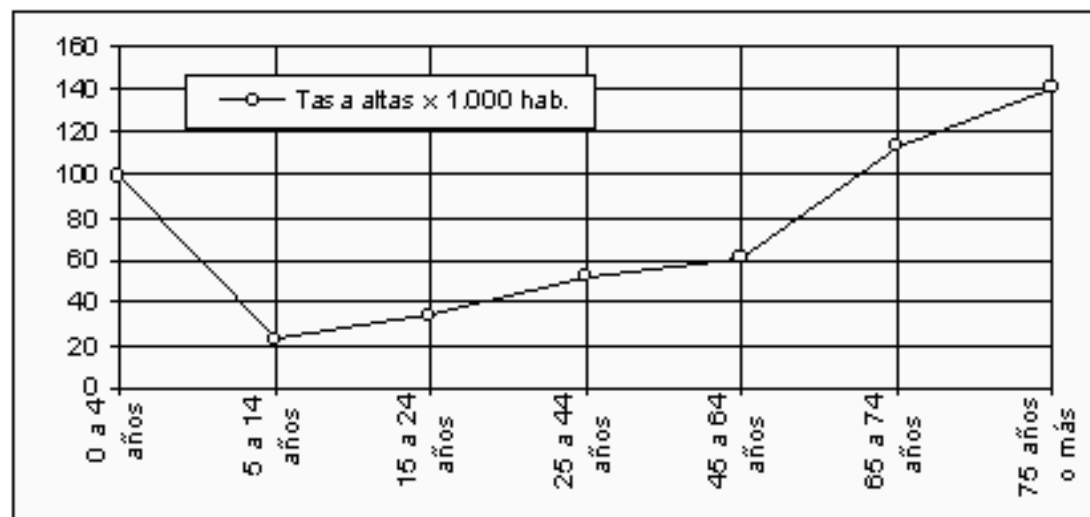
La edad es un factor relacionado con el volumen de los ingresos tanto en nuestros hospitales como en el resto de hospitales en el mundo occidental (Gráfico 3.E20). La frecuentación y la duración de la estancia varía con la edad. Es más elevada en los primeros años de la vida, disminuyendo en las edades jóvenes y vuelve a aumentar en las etapas avanzadas de la vida. La alta frecuentación en el grupo de 25 a 44 años, se debe a la elevada proporción de ingresos por parto de mujeres en edad fértil. En el análisis por grupos de edad, observamos que los grupos extremos de la vida (menores de 4 años y mayores de 75 años) son los que presentan tasas más altas de hospitalización (Gráfico 4.E20).

Gráfico 3.E20. Distribución de las altas hospitalarias en hospitales de referencia y comarcales (%) frente a la distribución de la población por grupos de edad (%). Canarias, 1997



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), 1997 (datos provisionales)
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996

Gráfico 4.E20. Tasas de altas hospitalarias en hospitales de referencia y comarcales por 10³ habitantes por grupos de edad. Canarias, 1997

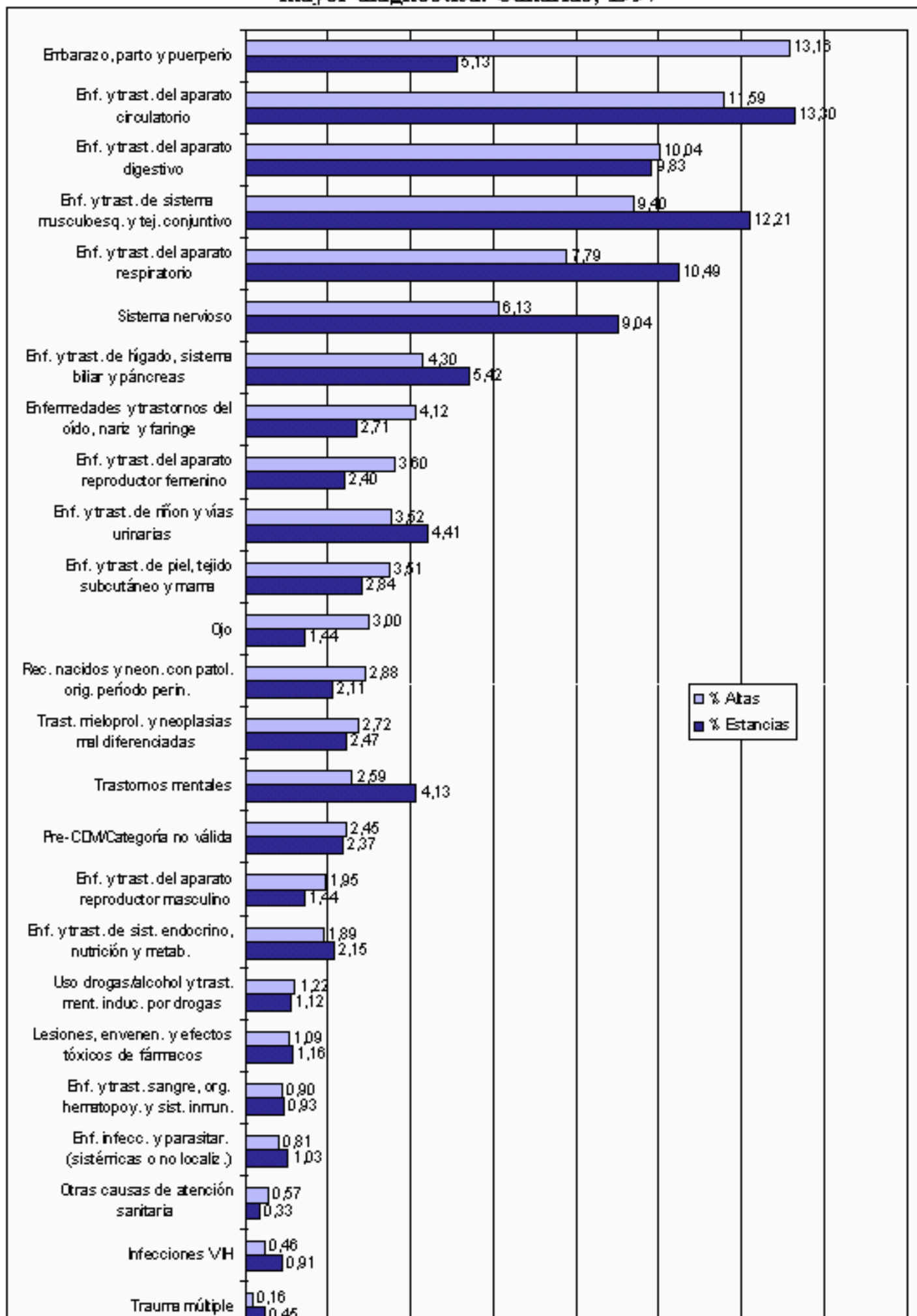


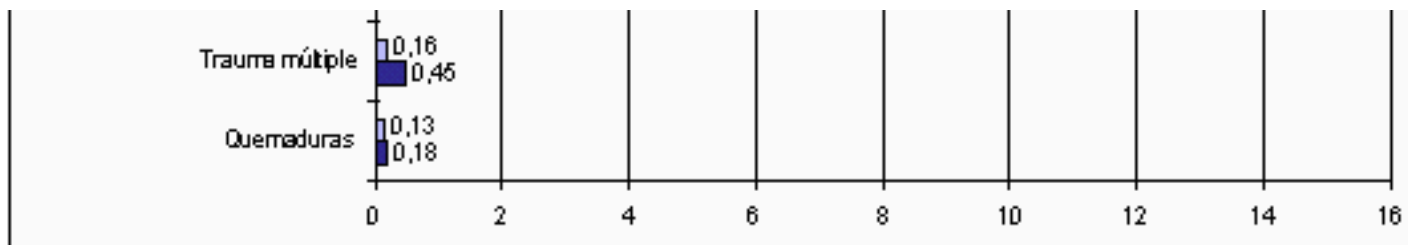
Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), 1997 (datos provisionales)
 - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
 - ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 (Elaboración propia)

El motivo que origina el mayor porcentaje de ingresos en hospitales de agudos es el embarazo, parto y puerperio con un 13,16% de altas y un 5,13% de estancias. El segundo grupo son las enfermedades del aparato circulatorio con un 11,59% de altas y un 13,30% de estancias (Gráfico 5.E20).

Gráfico 5.E20. Distribución de altas y estancias en hospitales de referencia y comarcales (%) según categoría

Gráfico 5.E20. Distribución de altas y estancias en hospitales de referencia y comarcales (%), según categoría mayor diagnóstica. Canarias, 1997

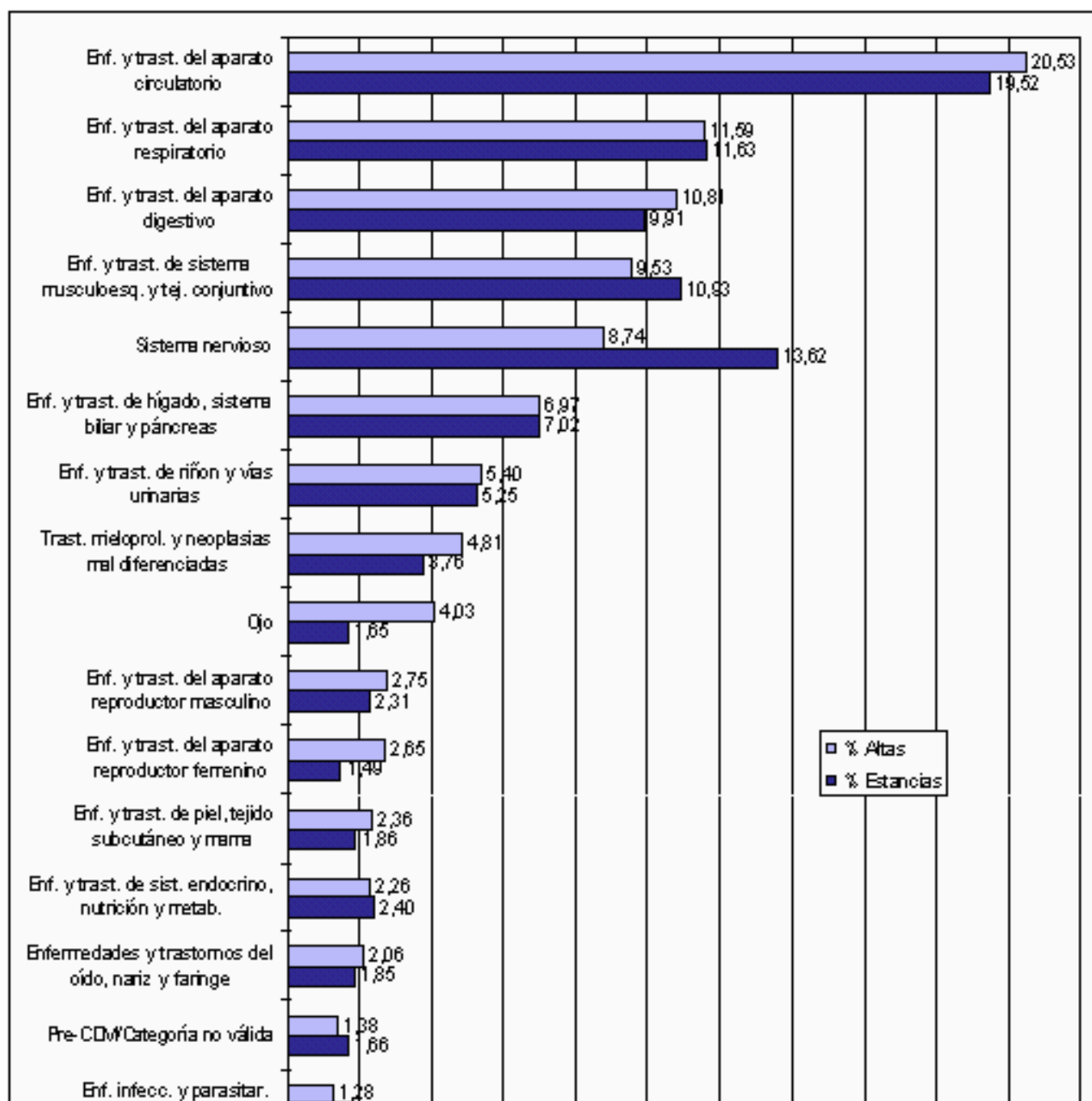


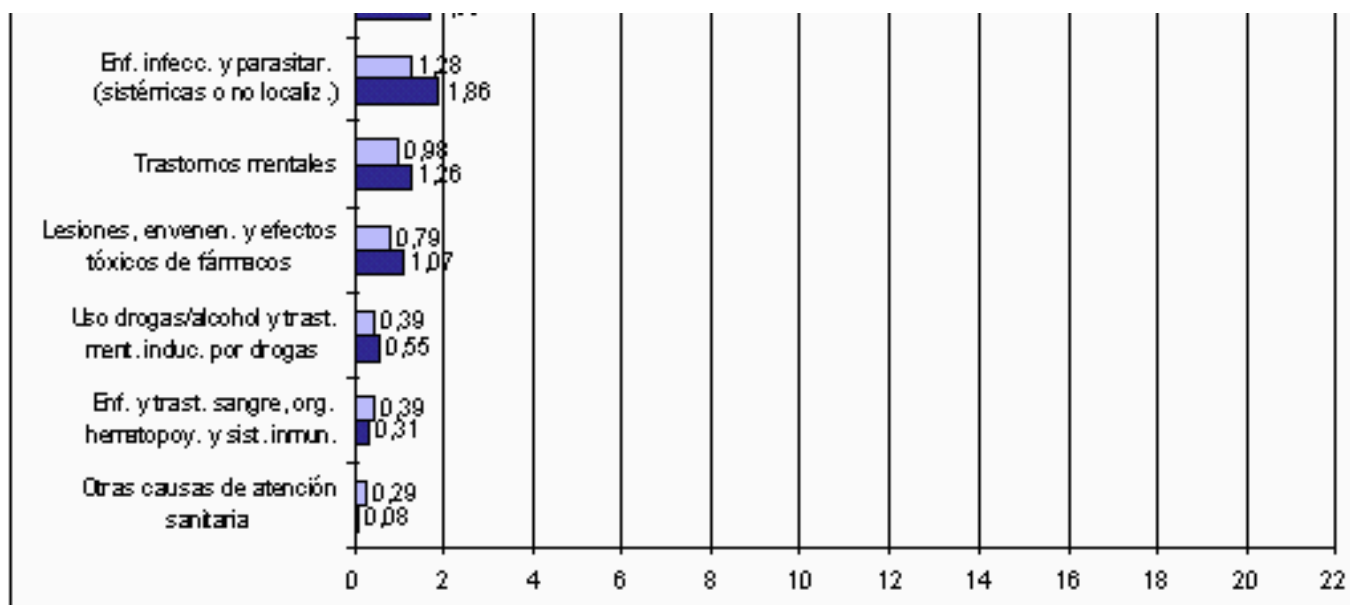


Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

En la población mayor de 65 años, el grupo de patología que condiciona mayor frecuencia de hospitalización, según categorías mayores diagnósticas, es "enfermedades del sistema circulatorio" con un 20,53% de altas; el segundo, las "enfermedades y trastornos del aparato respiratorio" con un 11,59%; y el "aparato digestivo", con un 10,81% en tercer lugar (Gráfico 6.E20). Las neoplasias ocupan el octavo lugar con un 4,81% de las altas.

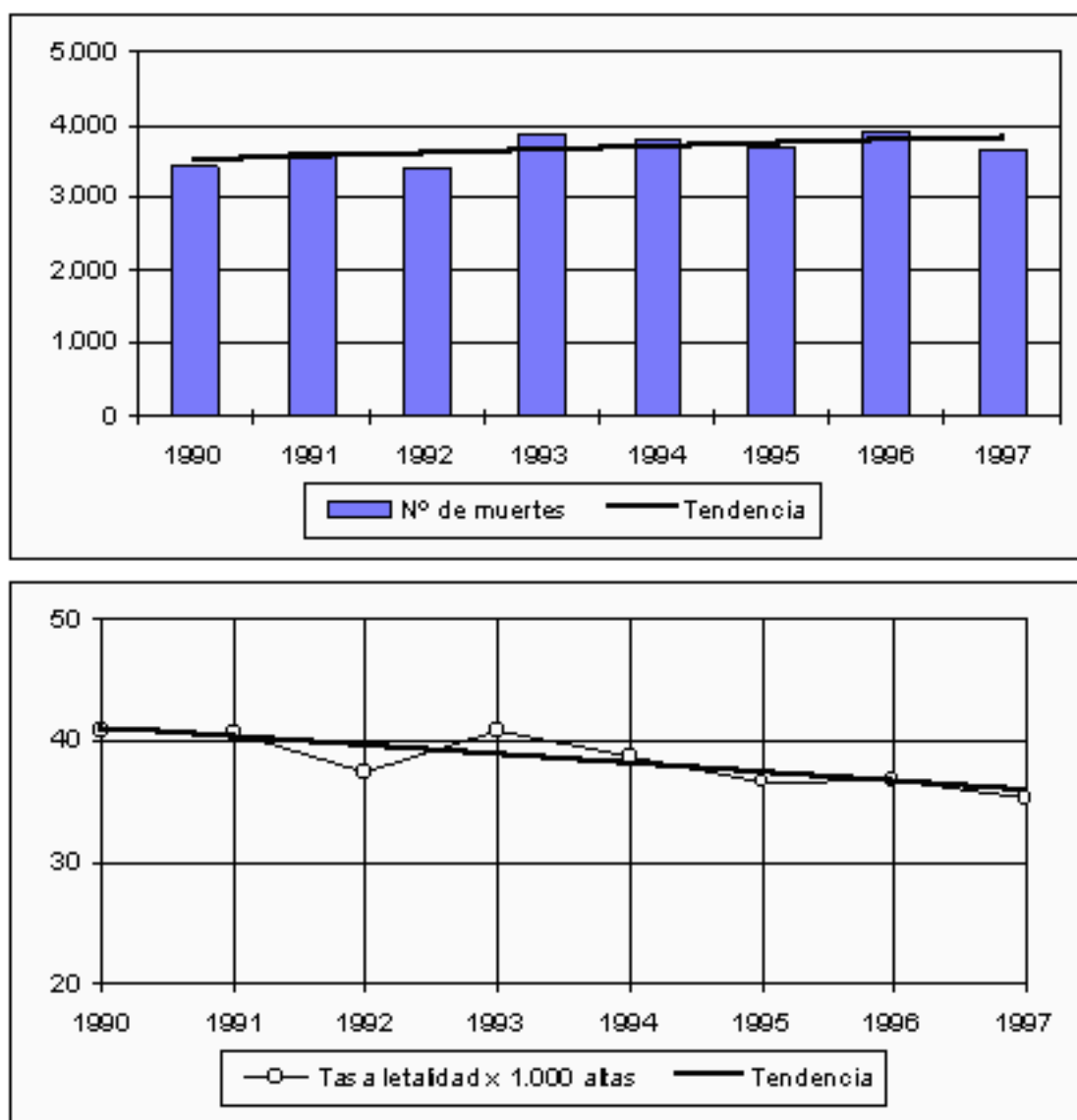
Gráfico 6.E20. Distribución de altas hospitalarias, según categoría mayor diagnóstica (%), en mayores de 65 años. Canarias, 1997





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

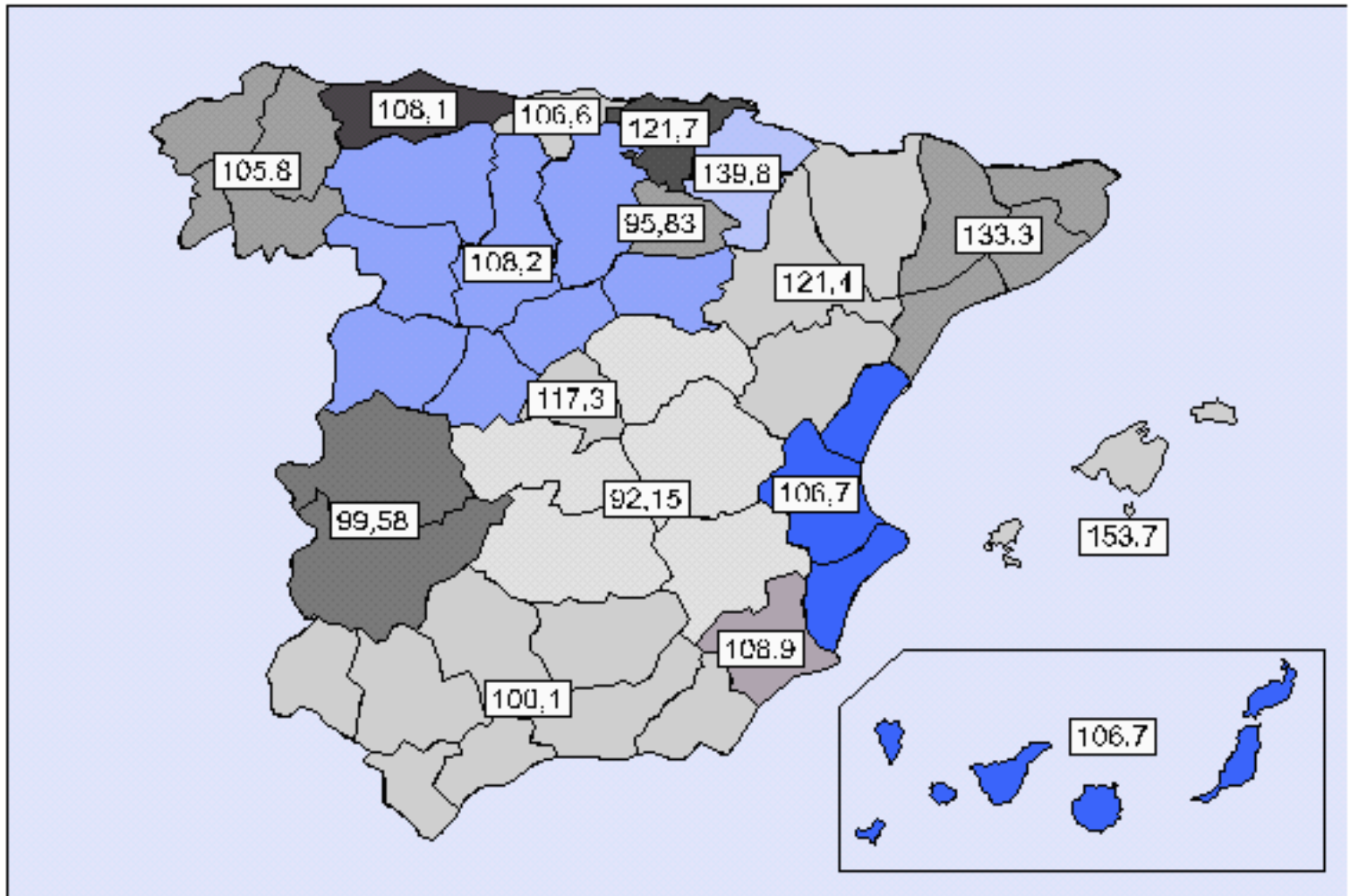
Gráfico 7.E20. Evolución de la mortalidad en hospitales de referencia y comarcales (número y tasas x 10³ altas). Canarias, 1990 a 1997



Fuentes: -Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), años 1990 a 1995
 -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, años 1996 y 1997

con Régimen de Internado (EESRI), años 1990 a 1995
-Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión, años 1996 y 1997
(datos provisionales)

Gráfico 8.E20. Frecuentación hospitalaria total (pública y privada), 1996. Altas por 10³ habitantes



Fuentes: - Ministerio de Sanidad y Consumo. INE: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1996 (datos provisionales)
- Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión
- INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

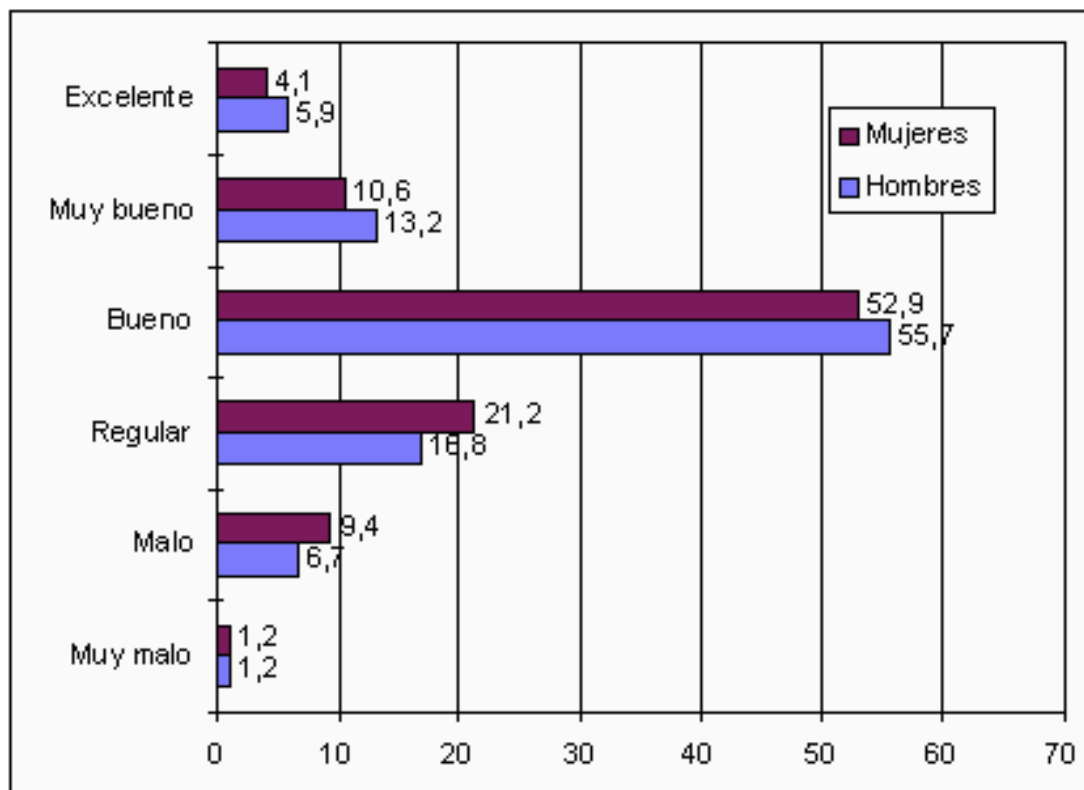


Situación de salud: autovaloración de la salud por los usuarios

El conocimiento del estado de salud de cualquier población o comunidad exige la búsqueda de información procedente de fuentes distintas y complementarias. Si bien es imprescindible conocer los resultados de los registros de mortalidad y su evolución, así como los datos asistenciales y epidemiológicos sobre los factores de riesgo, las enfermedades e incapacidades que afectan a la sociedad, es, asimismo, imprescindible investigar acerca de cómo se siente la sociedad canaria con respecto al binomio salud-enfermedad. La Encuesta de Salud de Canarias (ESCA) de 1997 nos provee de información de interés en relación a cómo percibe la población canaria su nivel de salud, pudiendo, por primera vez, establecer la evolución con respecto a la información recogida en 1990. En la ESCA, además de ofrecer información sobre la autovaloración del estado de salud y algunos de los problemas crónicos identificados por la propia población, se lleva a cabo un análisis diferencial de éstos en relación a algunas variables como el género, edad, estado civil, situación laboral y categoría social. Recientemente, además, se ha comprobado el valor predictivo sobre morbi-mortalidad asociado a la autovaloración del estado de salud, lo que confiere mayor importancia a la obtención y utilización de esta información desde la perspectiva de planificación y provisión de servicios sociales y sanitarios.

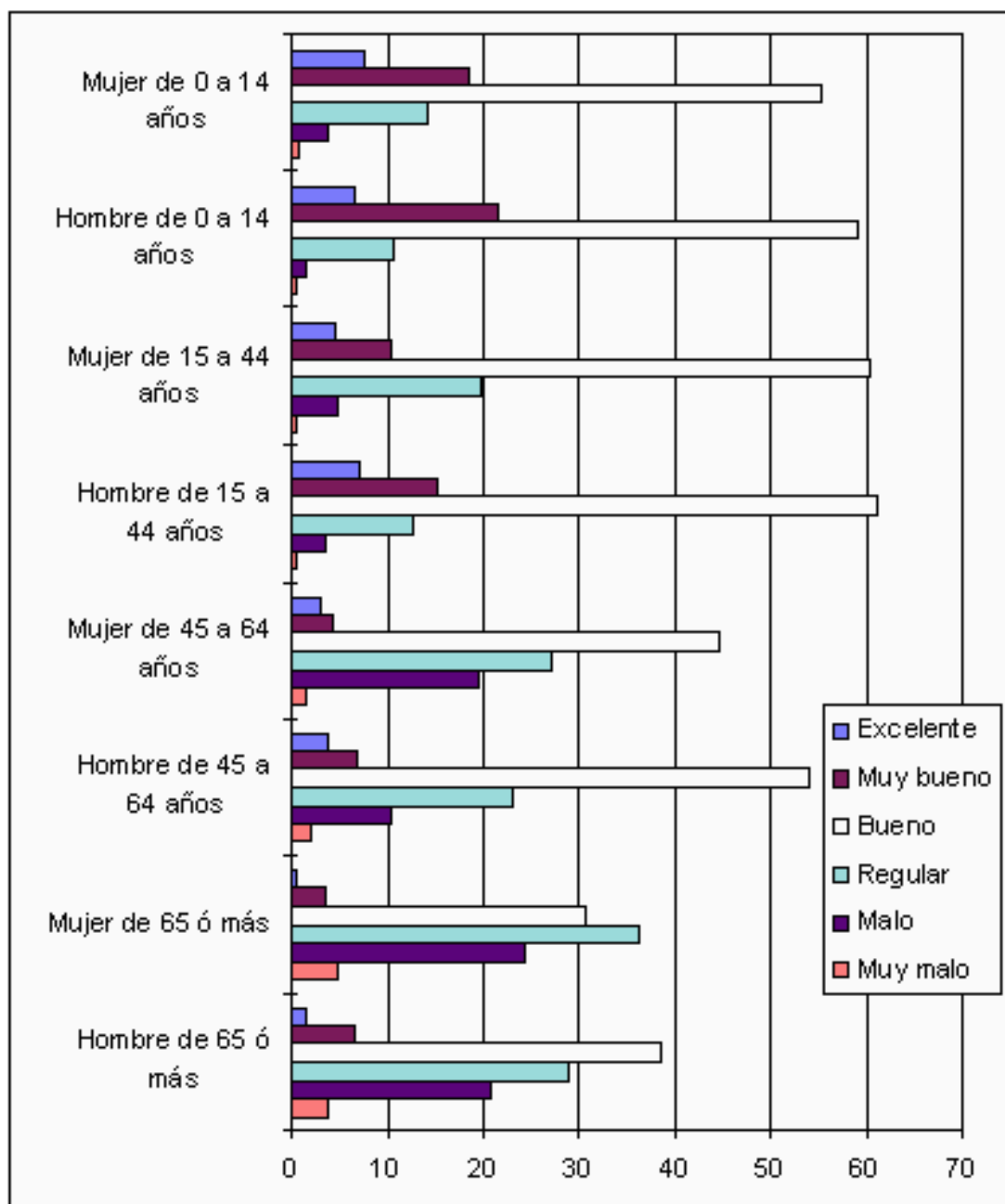
Si comparamos los resultados de autovaloración del estado de salud expresados por la población canaria en 1997, con los obtenidos para el conjunto de la población española en ese mismo año, observamos que el 71% de los canarios consideraba su nivel de salud de "bueno, muy bueno o excelente", frente al 68% de la población española que lo valoraba como "bueno o muy bueno". La distribución por géneros, grandes grupos de edad y estado civil, no ofrece variaciones importantes exceptuando, como cabría esperar, a la población anciana y a los viudo/as (Gráficos 1.G, 2.G y 3.G). En lo que se refiere a la situación laboral, los que se encontraban en paro los últimos 12 meses habiendo trabajado antes, las personas ocupadas en labores del hogar y sobre todo los jubilados, autovaloraron su estado de salud menos satisfactoriamente que el resto de categorías estudiadas (Gráfico 4.G). Los diversos estratos de categoría social tampoco indican diferencias marcadas, a excepción del grupo III (personal de servicios) que reportó un porcentaje elevado en la apreciación de "mal estado de salud" (Gráfico 5.G).

**Gráfico 1.G. Autovaloración del estado de salud (%)
según género. Canarias, 1997**



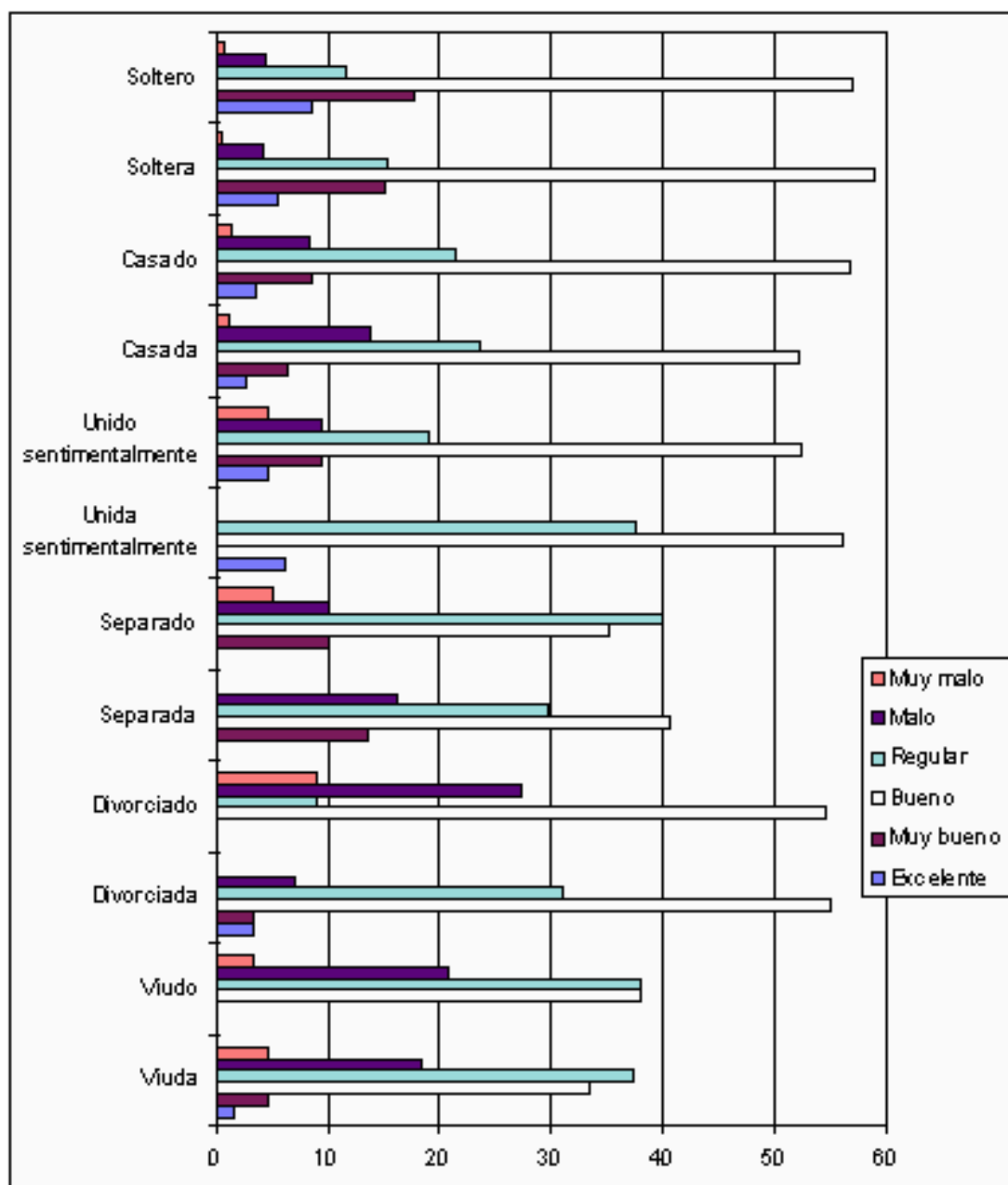
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

**Gráfico 2.G. Autovaloración del estado de salud (%)
por grupos de edad y género. Canarias, 1997**



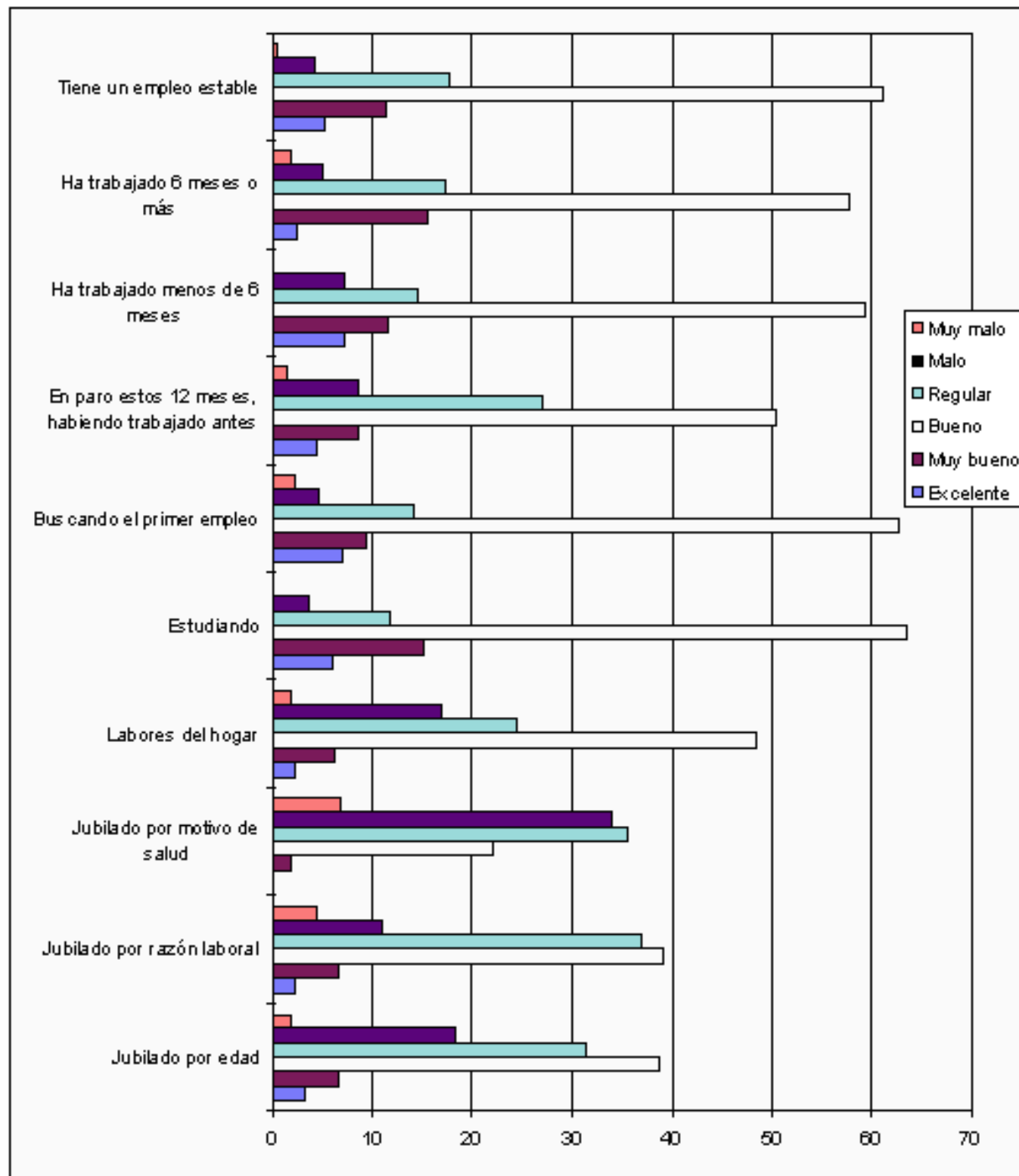
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 3.G. Autovaloración del estado de salud (%) según estado civil y género. Canarias, 1997



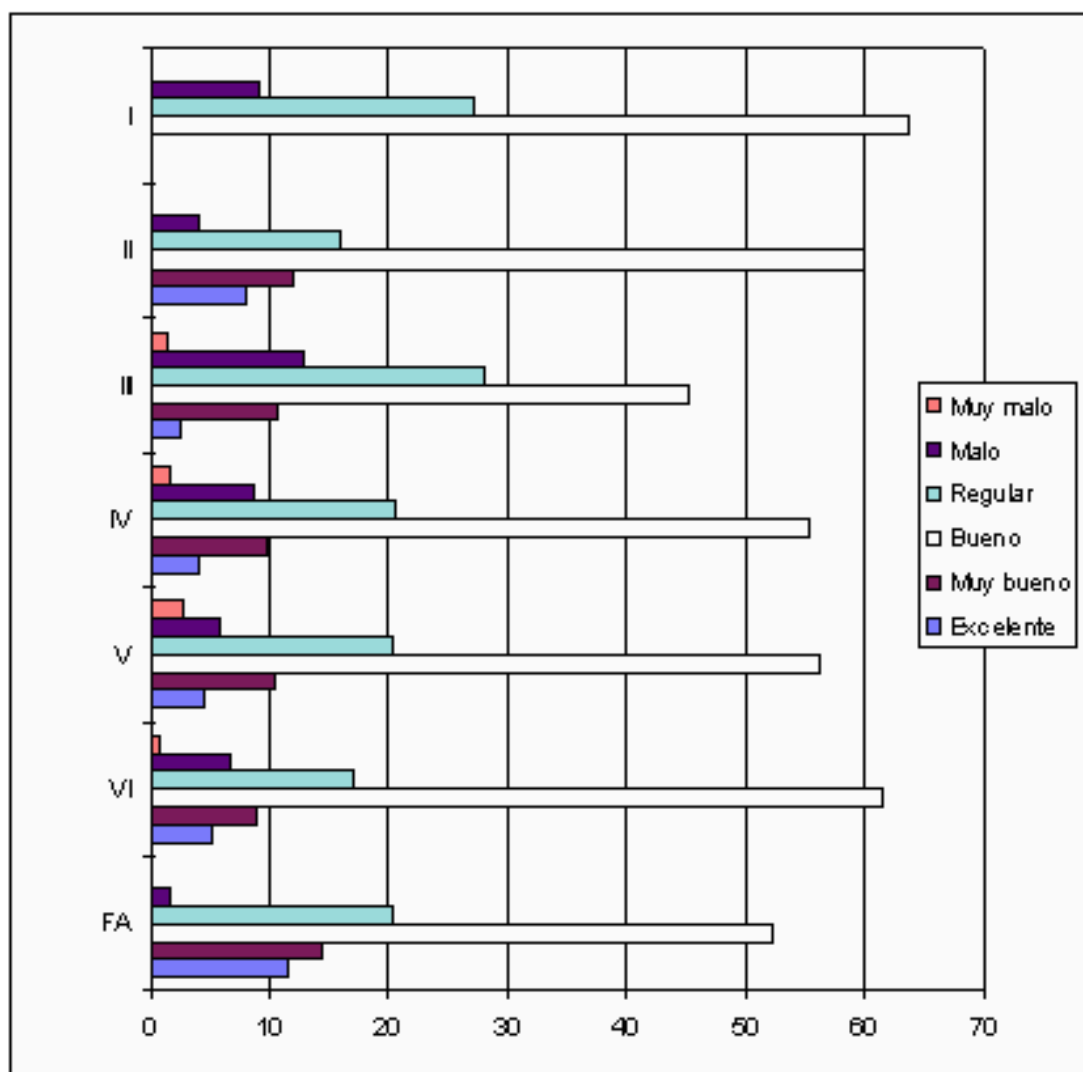
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 4.G. Autovaloración del estado de salud (%) según situación laboral en los 12 últimos meses. Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

**Gráfico 5.G. Autovaloración del estado de salud (%)
según categoría social. Canarias, 1997**

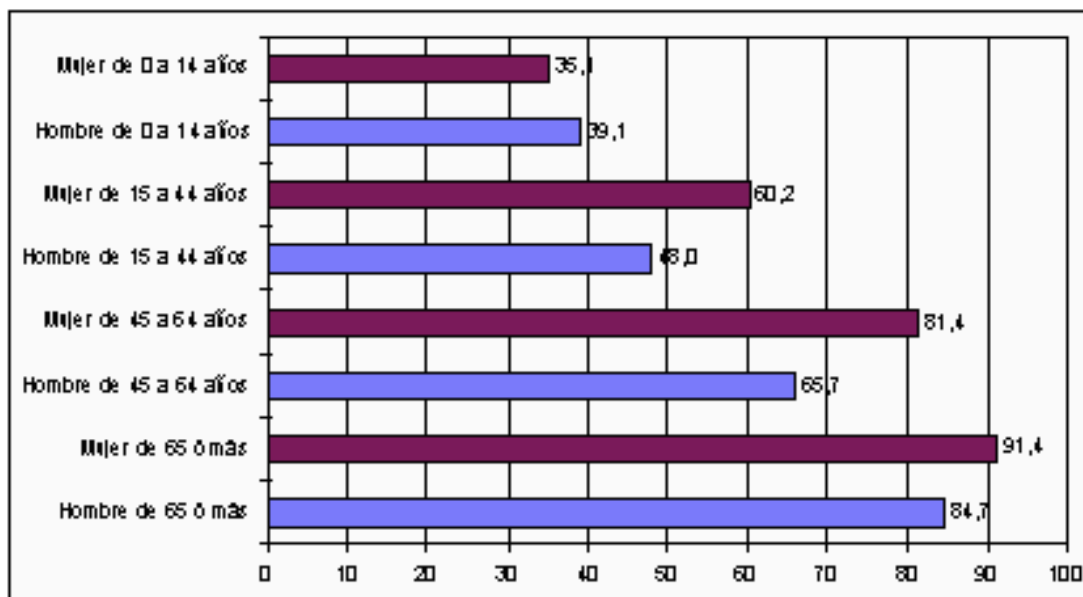


Grupo I: altos cuadros; Grupo II: cuadros medios; Grupo III: personal de servicios;
Grupo IV: obreros cualificados; Grupo V: personal sin cualificar;
Grupo VI: religiosos y sin determinar; Grupo FA: fuerzas armadas.

Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

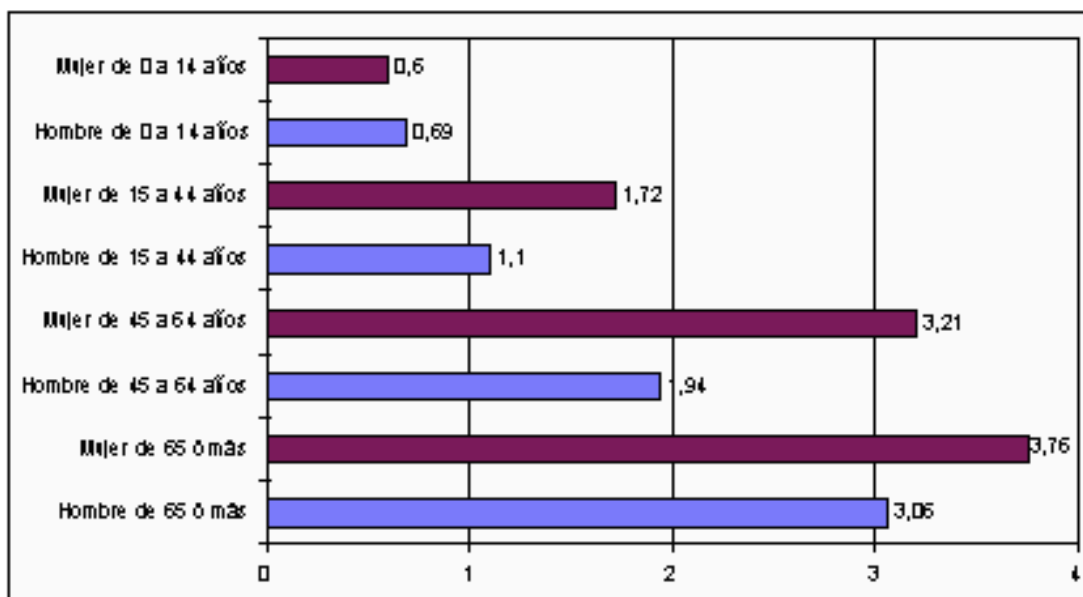
Para el conjunto de la población estudiada por la ESCA en 1997, el 57,17% refiere padecer algún problema de salud crónico, siendo discretamente mayor el porcentaje de población femenina que refiere estos problemas crónicos de salud (60,9% vs. 57,3%) con respecto al género masculino. En el Gráfico 6.G observamos las diferencias de afectación crónica percibida según el género y por grupo de edad, consolidándose la mayor frecuencia de comunicación de problemas de salud crónicos por parte de la mujer al aumentar la edad. Algunas de las personas que refieren sentirse enfermas, comunican más de un problema de salud crónico; siendo el promedio de 2,94. Nuevamente, la mujer, independientemente de la edad, comunica un valor promedio de procesos crónicos superior (3,23) al varón (2,59) en Canarias (Gráfico 7.G). Entre los procesos crónicos más frecuentes destacan los problemas osteoarticulares (dolores reumáticos y dolor de espalda) y dolor de cabeza, seguidos de hipertensión arterial (Gráfico 8.G).

Gráfico 6.G. Distribución de la población afectada de morbilidad crónica percibida (%) por edades y géneros. Canarias, 1997



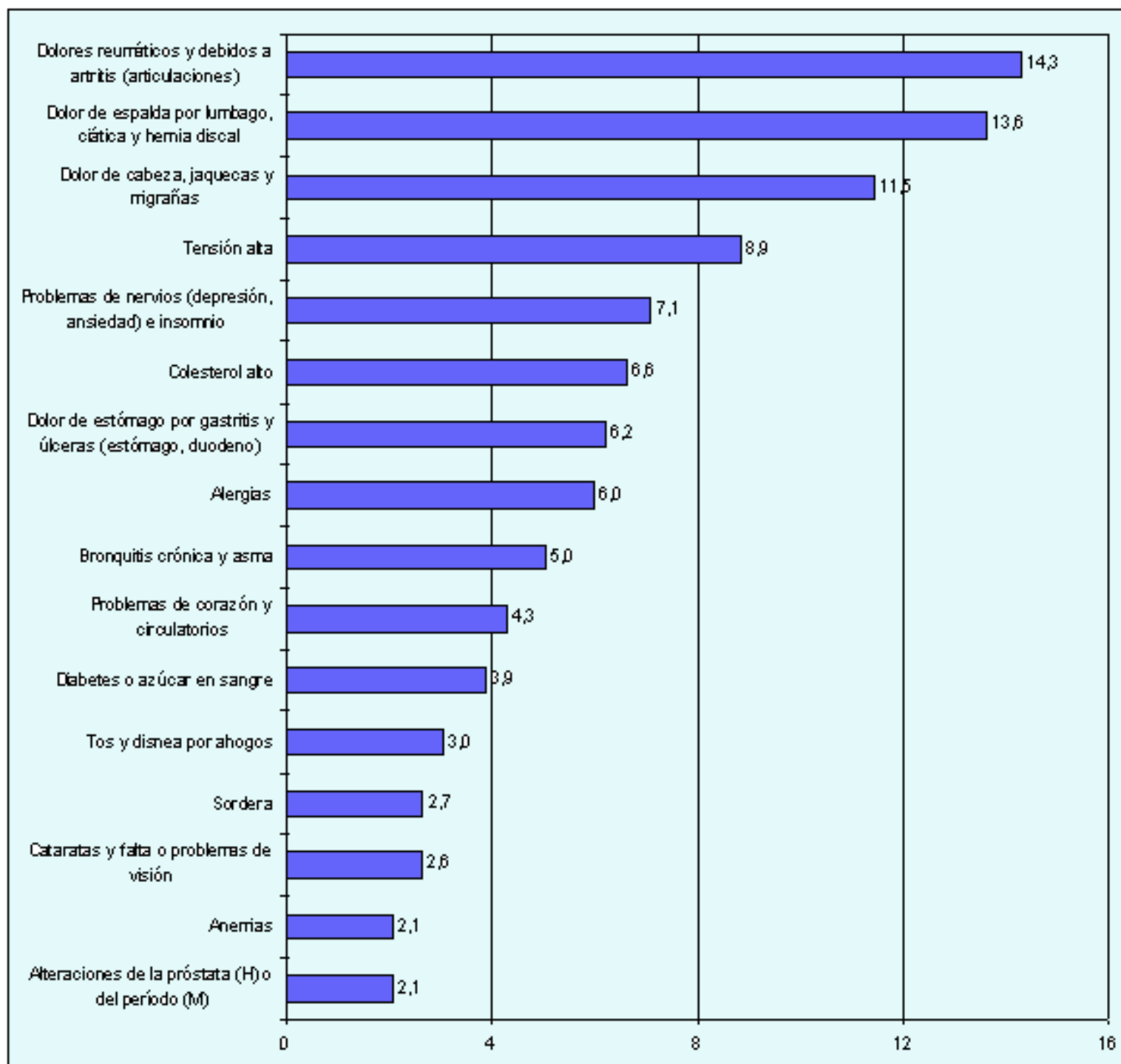
Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 7.G. Promedio de enfermedades crónicas referidas por grupos de edad y género. Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 8.G. Distribución de la morbilidad crónica percibida (%). Canarias, 1997



Fuente: - Encuesta de Salud de Canarias, 1997

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: alta tecnología médica

Los cuidados médicos han incrementado considerablemente, a lo largo del siglo XX, su precisión diagnóstica y su efectividad terapéutica. La mejora continua de la tecnología ha constituido uno de los aspectos que han contribuido sustancialmente a este logro. Bajo el epígrafe de tecnología sanitaria se encuentran desde el desarrollo de procedimientos preventivos como las vacunas, aparataje diagnóstico como la resonancia nuclear magnética, agentes terapéuticos como la calcitonina o la cirugía de pontaje sobre las arterias coronarias, o elementos que permiten la rehabilitación del ser humano como son las prótesis. No obstante, de forma más general, los países de la Unión Europea, Japón, Estados Unidos y otros prefieren hablar de Alta Tecnología, Nuevas Tecnologías, o más concretamente de "Big Ticket Technology", refiriéndose a "aquellos modernos sistemas electro-médicos, cuyo coste de inversión supera una determinada cantidad". En la actualidad, son numerosas las aplicaciones de la electrónica, la informática y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las técnicas de diagnóstico clínico. Estas técnicas acostumbran a caracterizarse por un alto coste de inversión y por la necesidad de personal especializado. Las tecnologías médicas se pueden clasificar en tecnologías de diagnóstico y terapéuticas según sus efectos potenciales en relación con la práctica médica.

Los aspectos relacionados con el coste, efectividad y seguridad de las nuevas tecnologías están altamente interrelacionados, son complejos y han de ser comparados sistemáticamente con la tecnología existente. A menos que una nueva tecnología sea totalmente innovadora, el problema es saber si su efectividad y seguridad son de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente. Determinar tales aspectos suele requerir ensayos clínicos no exentos de dificultades. A este hecho se añade la gradual variación en el campo de las indicaciones de uso por cambios producidos en y por la propia tecnología. Además, versiones de segunda o tercera generación tienden a seguir cada cual a la anterior más rápidamente. Por estas razones las tecnologías médicas costosas están siendo progresivamente sujetas a la evaluación económica y a algún tipo de regulación con el objetivo de conseguir un uso y difusión racionales.

Este cúmulo de inquietudes llevó a la OMS a incluir en el programa "Salud para todos en el año 2000" el objetivo 38: "Antes de 1990, todos los estados miembros, deberán establecer un mecanismo oficial de valoración sistemática del adecuado uso de las tecnologías sanitarias, de su eficacia práctica y económica, de su seguridad y aceptabilidad, así como de la medida en que responden a los programas sanitarios y a las restricciones económicas nacionales".

En España existen unos criterios orientadores para la instalación de equipos de alta tecnología médica, elaborados por la Subdirección General de Evaluación Tecnológica del Ministerio de Sanidad y Consumo, que son los "Criterios de Ordenación de Recursos". Estos están aún incompletos, apareciendo incluidos en su última publicación sólo cinco de los once equipos que se contemplan en este estudio.

Elegir eficientemente pretende mejorar la salud partiendo de cualesquiera que sean los recursos disponibles. Elegir equitativamente significa aumentar la igualdad de oportunidades para la obtención de salud, o el acceso a la atención sanitaria. La eficiencia y la equidad en la asignación de

recursos para la atención sanitaria son los aspectos económicos centrales que propone y asume la OMS en el programa "Salud para Todos". Son consecuentemente los principales pilares del programa "Apropiada Tecnología para la Salud".

La Comunidad Autónoma de Canarias cuenta con 61 equipos de Alta Tecnología Médica (ATM) para fines diagnósticos instalados en hospitales públicos y privados. De ellos, el 56% se encuentra en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y el 44% en Las Palmas (Tabla I.J).

Tabla I.J. Equipos de ATM con finalidad diagnóstica e indicadores por 10⁶ habitantes. Canarias y provincias, 1998

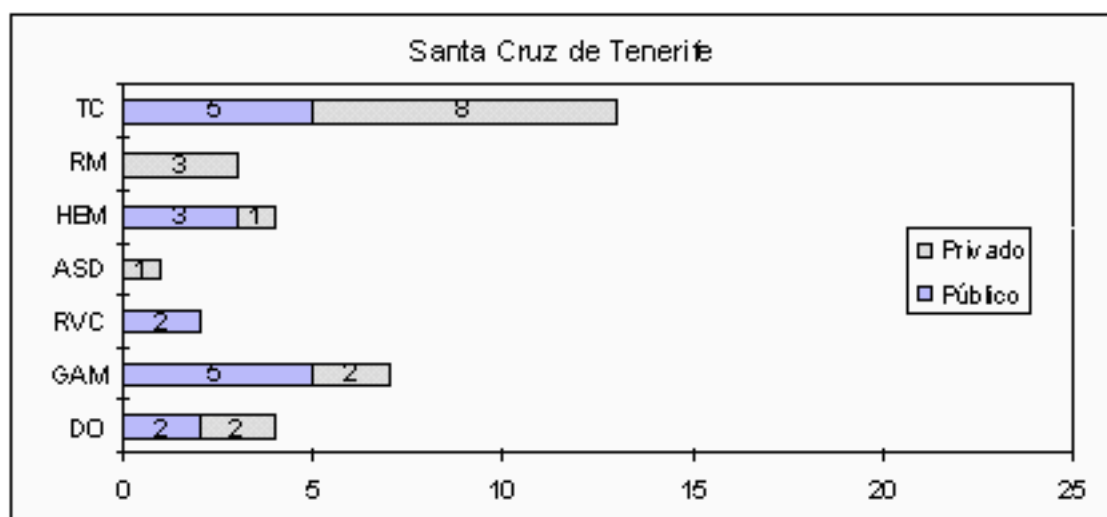
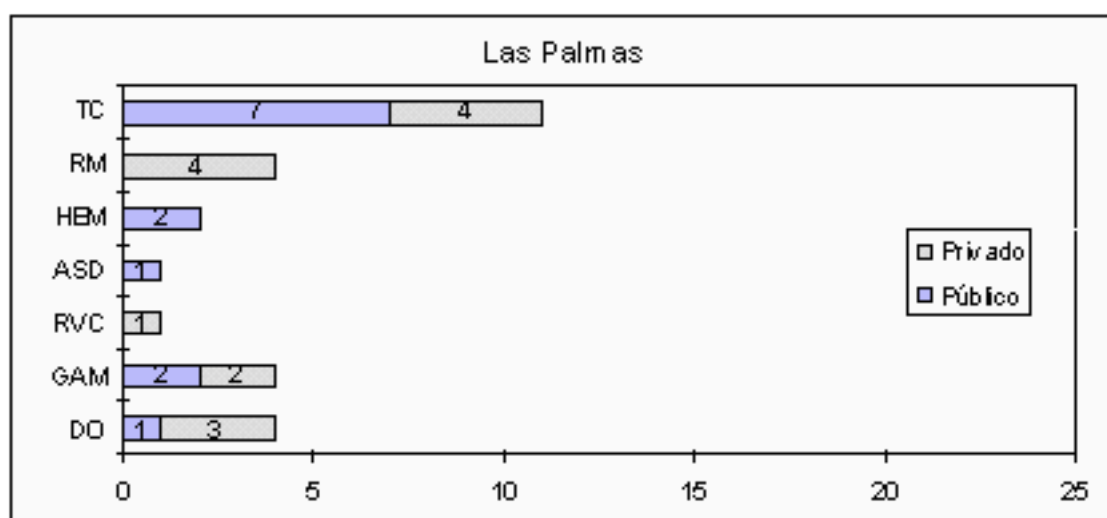
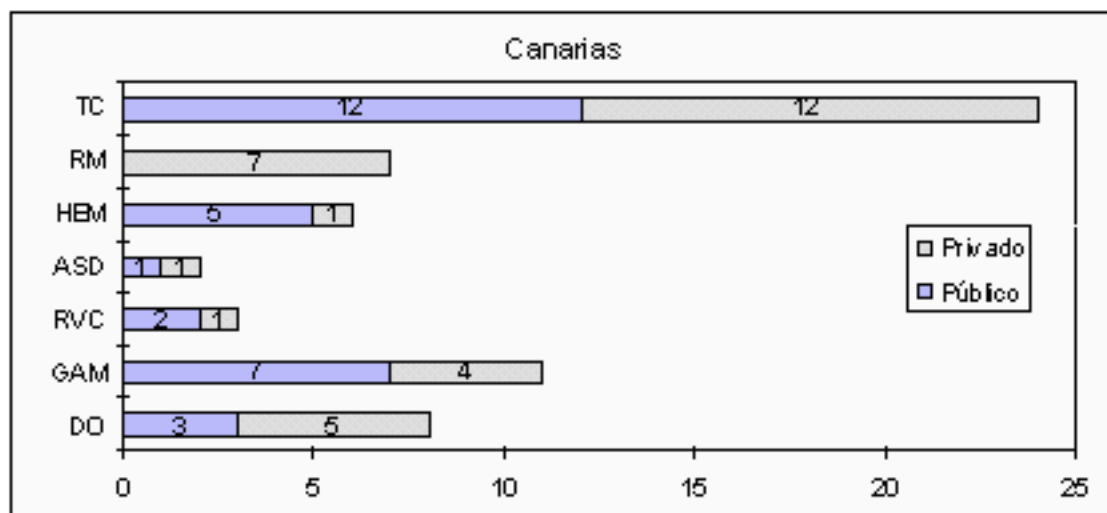
Equipos	Santa Cruz de Tenerife	Ind.	Las Palmas	Ind.	Canarias	Ind.
TC	13	16,66	11	12,94	24	14,72
RM	3	3,85	4	4,71	7	4,29
HEM	4	5,13	2	2,35	6	3,68
ASD	1	1,28	1	1,18	2	1,23
RVC	2	2,56	1	1,18	3	1,84
GAM	7	8,97	4	4,71	11	6,75
DO	4	5,13	4	4,71	8	4,91
Total	34		27		61	

TC: Tomografía Computerizada; RM: Resonancia Magnética; HEM: Hemodinámica;
 ASD: Angiografía por Sustracción Digital; RVC: Radiología Vascular Convencional (diagnóstica);
 GAM: Gammacámara; DO: Densitómetro Óseo

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

La distribución de estos equipos es ligeramente superior en Santa Cruz de Tenerife, excepto en la resonancia magnética (Gráfico 1.J).

Gráfico I.J. Distribución de los equipos de ATM con finalidad diagnóstica según titularidad. Canarias y provincias, 1998



TC: Tomografía Computerizada; RM: Resonancia Magnética; HEM: Hemodinámica;
 ASD: Angiografía por Sustracción Digital; RVC: Radiología Vascular Convencional (diagnóstica);
 GAM: Gammacámara; DO: Densitómetro Óseo

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

Canarias posee 17 equipos de Alta Tecnología Médica con fines terapéuticos cuya distribución se observa en la Tabla II.J. La provincia de Las Palmas cuenta con más equipos de radiología vascular

intervencionista que Santa Cruz de Tenerife, pero carece de aceleradores lineales de electrones. Además, la Comunidad Canaria cuenta con equipos de Alta Tecnología Médica funcionando en centros extrahospitalarios, 2 en la provincia de Las Palmas y 9 en la de Santa Cruz de Tenerife (Gráfico 3.J).

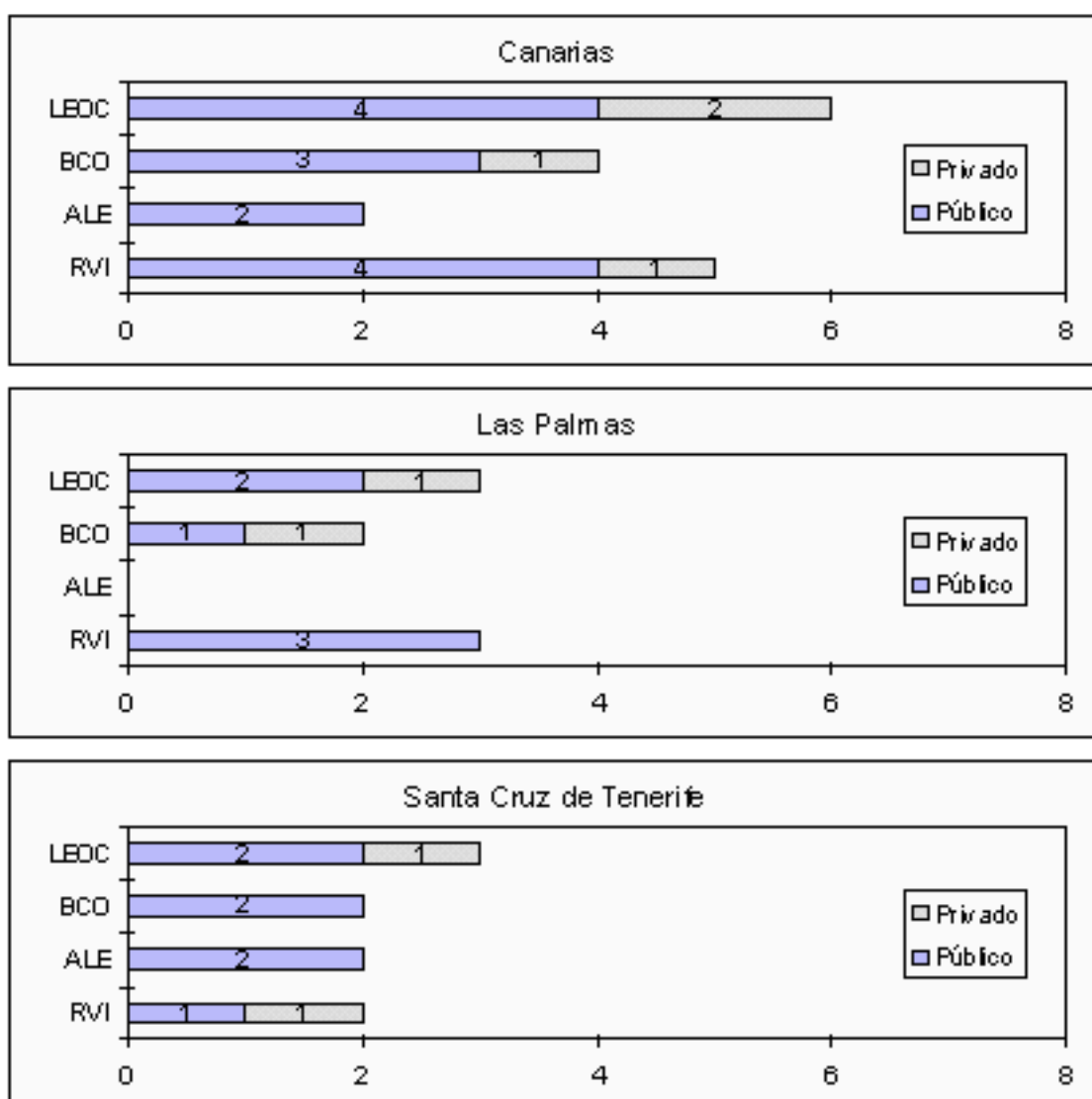
Tabla II.J. Equipos de ATM con finalidad terapéutica e indicadores por 10⁶ habitantes. Canarias y provincias, 1998

Equipos	Santa Cruz de Tenerife	Ind.	Las Palmas	Ind.	Canarias	Ind.
LEOC	3	3,85	3	3,53	6	3,68
BCO	2	2,56	2	2,35	4	2,45
ALE	2	2,56	0	0,00	2	1,23
RVI	2	2,56	3	3,53	5	3,07
Total	9		8		17	

LEOC: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto;
ALE: Acelerador Lineal de Electrones; RVI: Radiología Vascular Intervencionista (terapéutica)

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

Gráfico 2.J. Distribución de los equipos de ATM con finalidad terapéutica según titularidad. Canarias y provincias, 1998



LEOC: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto;
ALE: Acelerador Lineal de Electrones; RVI: Radiología Vascular Intervencionista (terapéutica)

LEOC: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto;
 ALE: Acelerador Lineal de Electrones; RVI: Radiología Vascular Intervencionista (terapéutica)

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

Tabla III.J. Equipos de ATM en funcionamiento según su dependencia patrimonial y funcional. Canarias y provincias, 1998

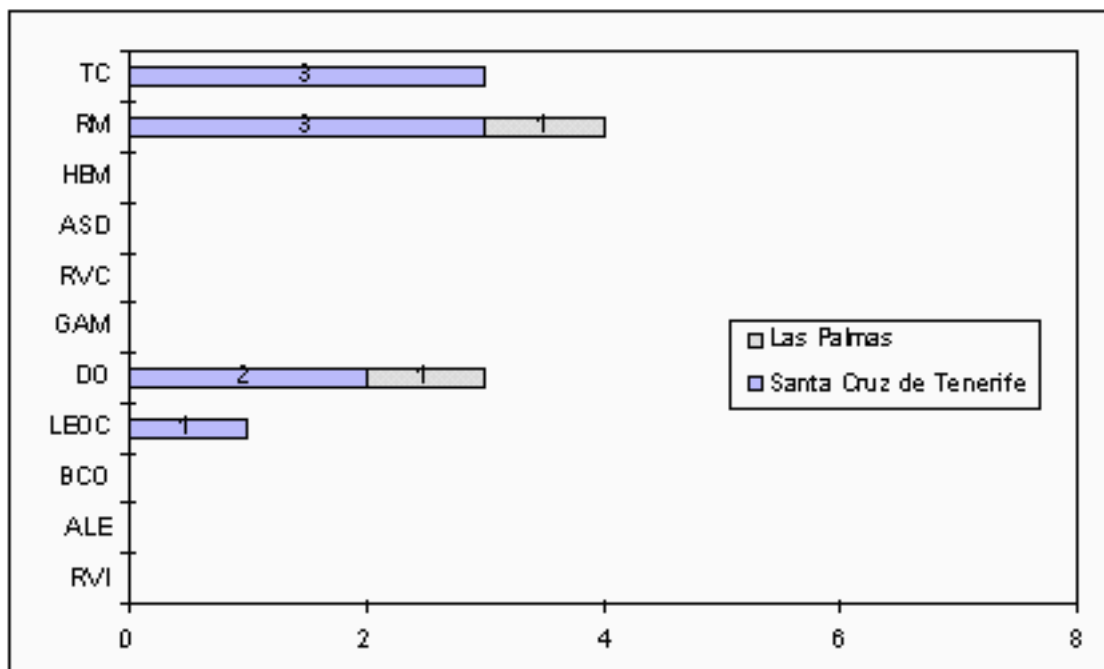
Equipo	Provincia	Públicos			Privados	
		Servicio Canario de Salud	Cabildos	Ministerio de Defensa	Privado concertado	Privado no concertado
TC	S/C de Tenerife	3	2		2	6
	Las Palmas	6		1	1	3
	Canarias	9	2	1	3	9
RM	S/C de Tenerife				3	
	Las Palmas				4	
	Canarias				7	
HEM	S/C de Tenerife	1	2		1	
	Las Palmas	2				
	Canarias	3	2		1	
ASD	S/C de Tenerife					1
	Las Palmas	1				
	Canarias	1				1
RVC	S/C de Tenerife	1	1			1
	Las Palmas					
	Canarias	1	1			1
GAM	S/C de Tenerife	2	3			2
	Las Palmas	2			2	
	Canarias	4	3		2	2
DO	S/C de Tenerife	1	1			2
	Las Palmas	1				3
	Canarias	2	1			5
LEOC	S/C de Tenerife		2			1
	Las Palmas	2				1
	Canarias	2	2			2
BCO	S/C de Tenerife	1	1			
	Las Palmas	1			1	
	Canarias	2	1		1	
ALE	S/C de Tenerife	1	1			
	Las Palmas					
	Canarias	1	1			
RVI	S/C de Tenerife		1			1
	Las Palmas	3				
	Canarias	3	1			1

TC: Tomografía Computarizada; RM: Resonancia Magnética; HEM: Hemodinámica;
 ASD: Angiografía por Sustracción Digital; RVC: Radiología Vascular Convencional (diagnóstica);
 GAM: Gammacámara; DO: Densitómetro Óseo

LEOC: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto;
 ALE: Acelerador Lineal de Electrones; RVI: Radiología Vascular Intervencionista (terapéutica)

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

Gráfico 3.J. Distribución de los equipos de ATM en funcionamiento en centros extrahospitalarios. Provincias canarias, 1998



TC: Tomografía Computerizada; RM: Resonancia Magnética; HEM: Hemodinámica;
 ASD: Angiografía por Sustracción Digital; RVC: Radiología Vascular Convencional (diagnóstica);
 GAM: Gammacámara; DO: Densitómetro Óseo

LEOC: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque; BCO: Bomba de Cobalto;
 ALE: Acelerador Lineal de Electrones; RVI: Radiología Vascular Intervencionista (terapéutica)

Fuente: - Mapa Tecnológico Sanitario de Canarias, 1998

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain

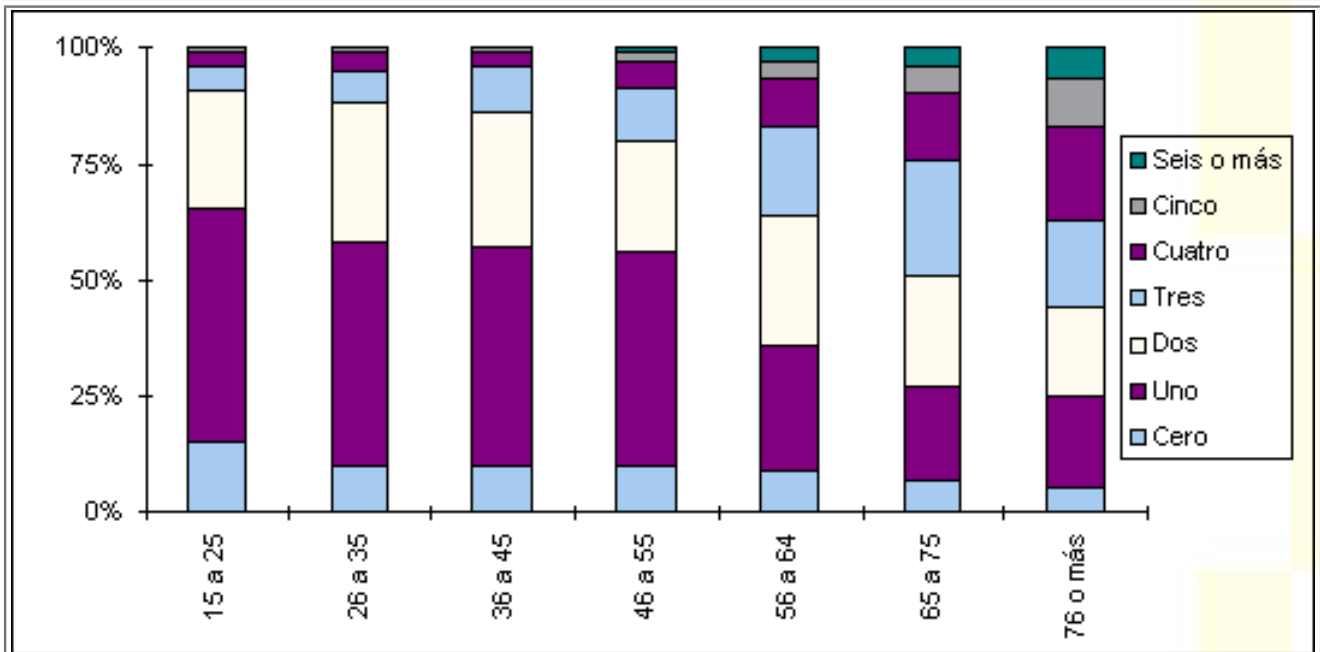
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: utilización de medicamentos

Gráfico 233. Distribución del número de fármacos prescritos por grupos de edad, expresado en porcentajes respecto al total de sujetos.



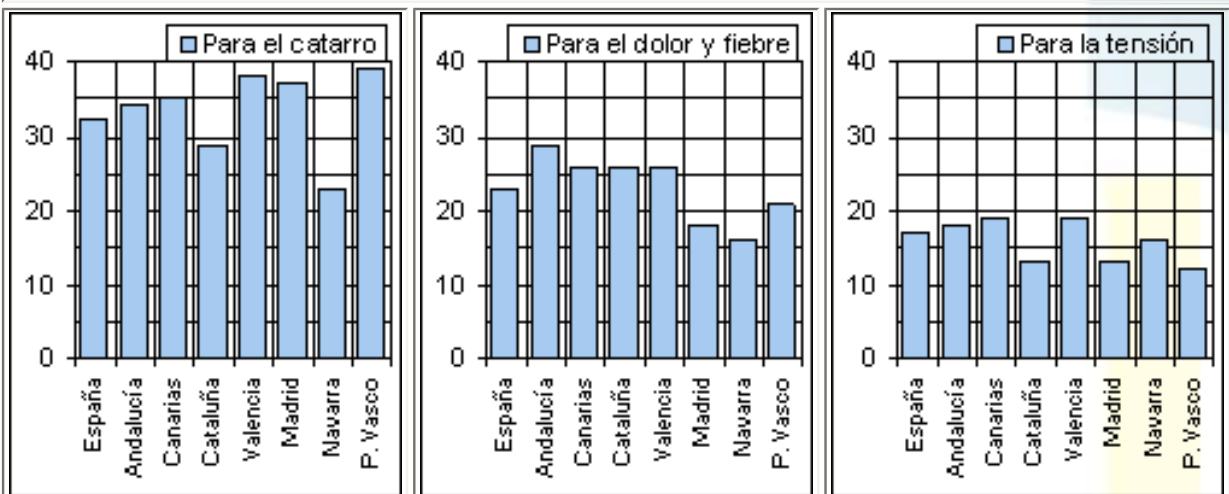
El proceso de desarrollo social en el que está inmersa nuestra comunidad ha propiciado, conjuntamente con otros factores, que durante los últimos años se haya instaurado, en las relaciones del ciudadano con el sistema sanitario, un ambiente excesivamente medicalizado.

En el seno de este ambiente el ciudadano busca en primer término, ayuda a sus problemas de salud a través de la relación médico-paciente; esperando en muchos casos como fin último de esta interacción la obtención de la prescripción medicamentosa.

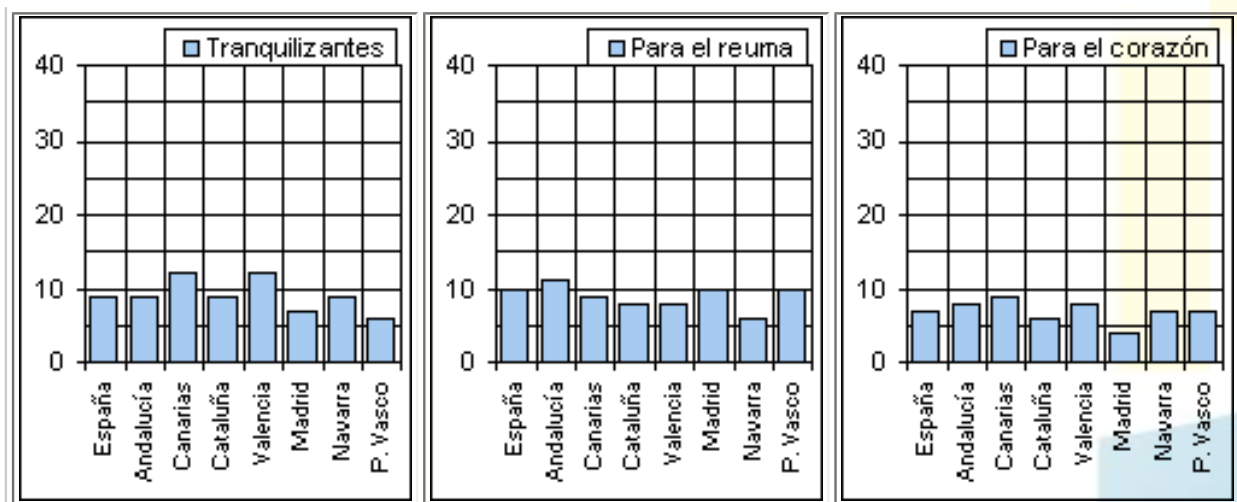
Sin querer justificar esta situación, esto ocurre porque el medicamento supone, en la actualidad, el instrumento terapéutico más importante y de mayor accesibilidad al usuario.

La exposición generalizada de la población al consumo de fármacos, frecuentemente por autoprescripción, el impacto de este consumo sobre el gasto sanitario

Gráfico 234. Características del medicamento consumido en las 2 últimas semanas por CC.AA. Población de 16 años y más. Encuesta Nacional de Salud de 1993.



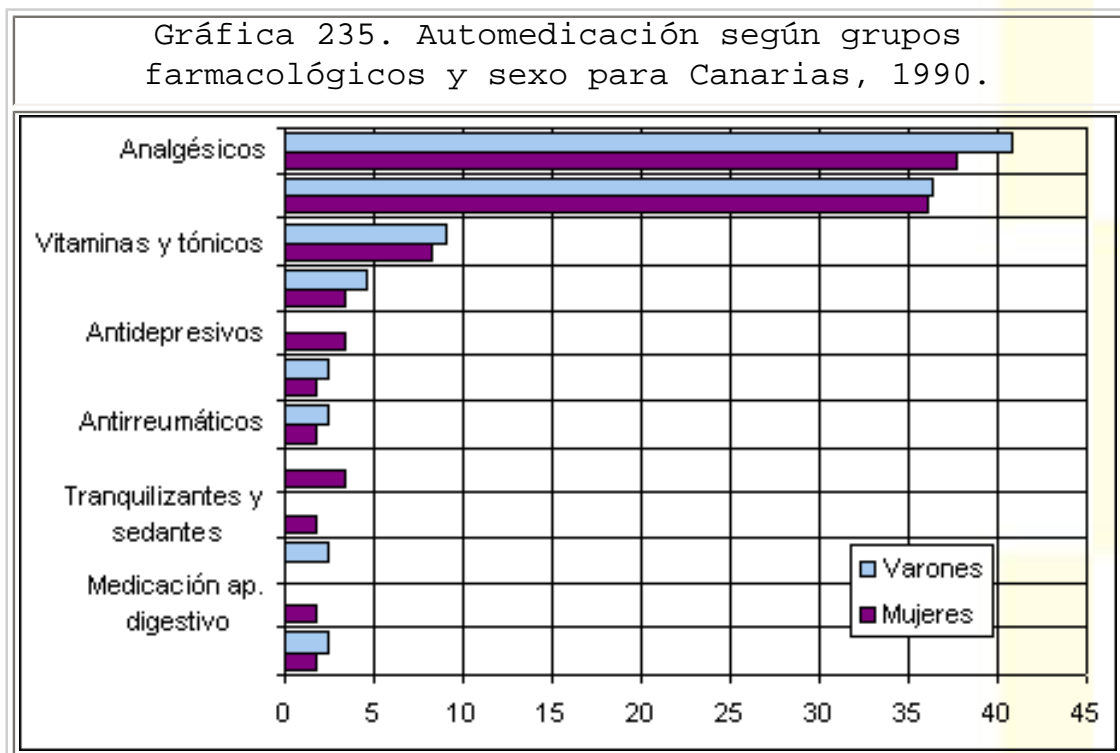
público y la constancia de que este comportamiento es potencialmente modificable, sin pérdida de la calidad de la prescripción, a través de procedimientos de selección, prescripción y utilización racional



de los medicamentos; hace conveniente que se realice un análisis de la situación actual en nuestra Comunidad Autónoma.

La documentación analizada para dimensionar este apartado procede de estudios poblacionales como la Encuesta de Salud de Canarias de 1990 y la Encuesta de Salud Nacional de 1993, así como de estudios epidemiológicos realizados en algunas áreas sanitarias de Canarias.

No obstante el grueso de la información ha sido extraída de la explotación de la base de datos del Sistema Informático para Farmacia (SIFAR); la cual integra toda la información procedente de la prescripción en el seno del Servicio Canario de Salud.

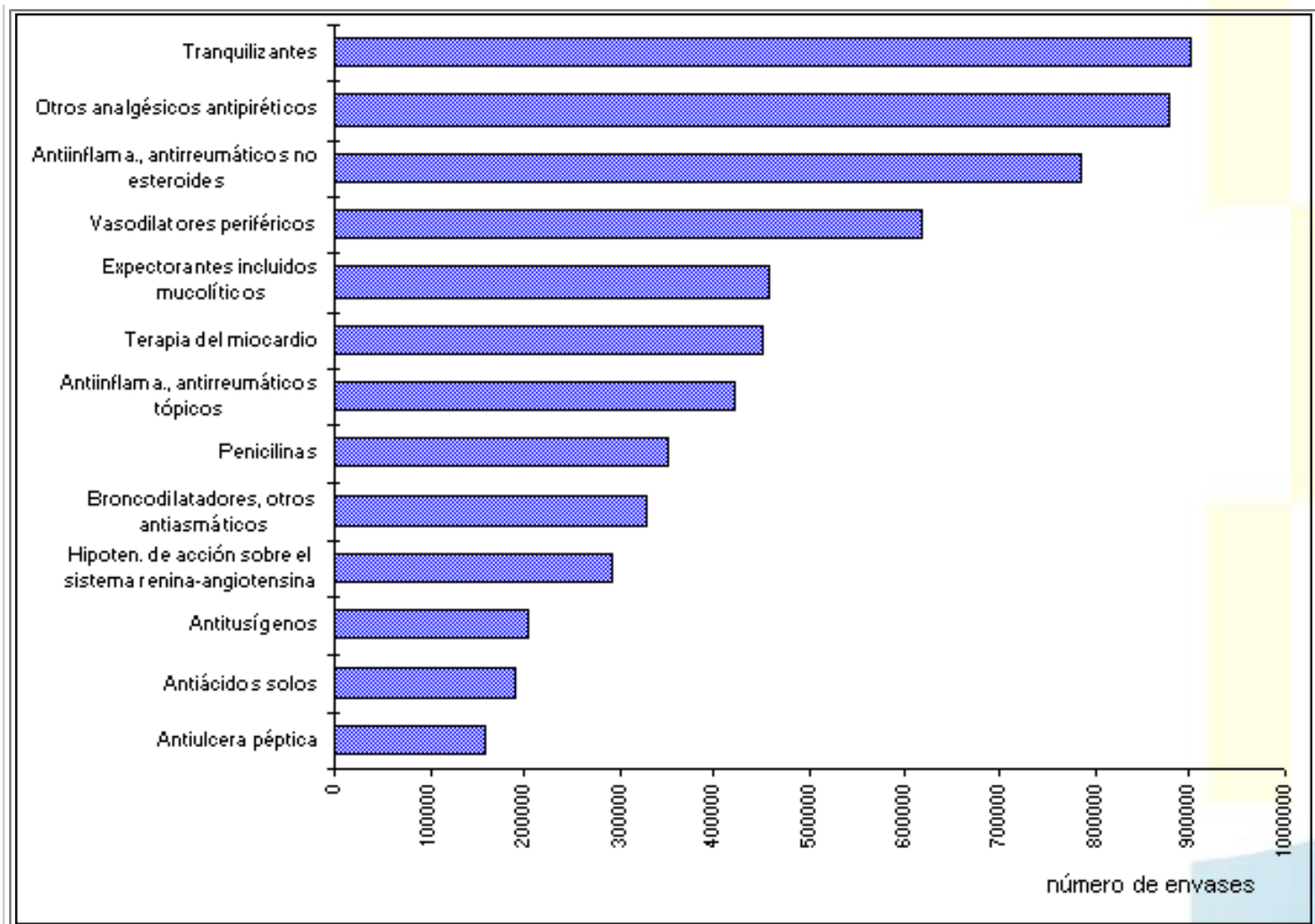


En Canarias, para 1990, el 43,50% de la población general había consumido medicamentos durante el mes anterior a la realización de la Encuesta de Salud.

Este porcentaje es más alto para las mujeres (48,36%) que para los hombres (38,66%).

Por grandes grupos de edad, casi el 33% de los menores de 15 años realizaron alguna ingesta medicamentosa durante el mes previo a la realización de la Encuesta de Salud de Canarias en 1990; mientras que este porcentaje ascendió al 37% para este grupo de edad en la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (en esta última encuesta el consumo se registraba para las 2 semanas previas a la misma).

Gráfico 236. Relación de los subgrupos terapéuticos más prescritos en el Servicio Canario de Salud según número de envases. Canarias, 1994.

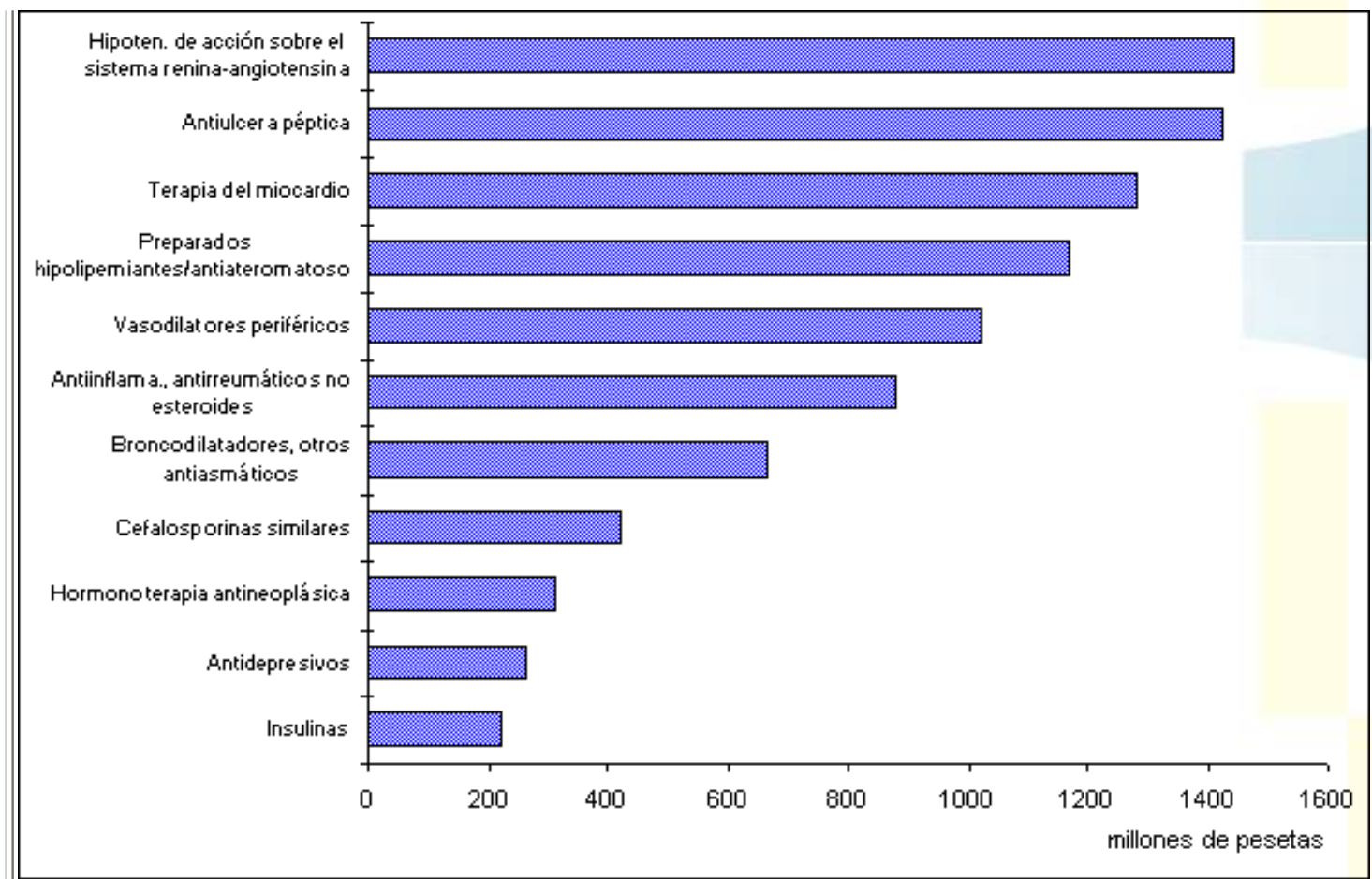


Para el grupo de más de 15 años, en Canarias (1990) el 46% realizó consumo de fármacos a lo largo del mes anterior a la encuesta, coincidiendo con el porcentaje detectado (46%) en la Encuesta Nacional de Salud de 1993.

Este porcentaje asciende al 88% para el grupo de edad de mayor de 65 años, lo que indica que el consumo de fármacos asciende con la edad.

El promedio de consumo de fármacos por individuo en el grupo de más de 65 años es de 2.

El Gráfico 237. Relación de los subgrupos terapéuticos más prescritos en el Servicio Canario de Salud según gasto total en millones de pesetas. Canarias, 1994.



90% de la medicación consumida en Canarias (1990) fue adquirida con cargo al sistema sanitario público.

En relación con el tipo de medicamento más frecuentemente utilizado por el grupo de edad de hasta 15 años, destacan aquellos indicados en el catarro (66%), dolor (15%), fiebre (12%), antibióticos (12%), vitaminas (8%) y para la alergia (5%), y con porcentajes marginales los antieméticos y antidiarreicos entre otros.

Entre los adultos, el patrón de consumo de medicamentos en Canarias reproduce el de la nación, dado que se repite en la mayoría de Comunidades Autónomas.

El primer lugar lo ocupan los medicamentos para los problemas respiratorios (35%), seguido por los analgésicos-antitérmicos (26%), hipotensores (19%), tranquilizantes (12%), antirreumáticos y medicamentos para el corazón (9%), vitaminas (8%), hipolipemiantes (7%), antidiabéticos y fármacos del aparato digestivo (6%), entre otros de menor presencia.

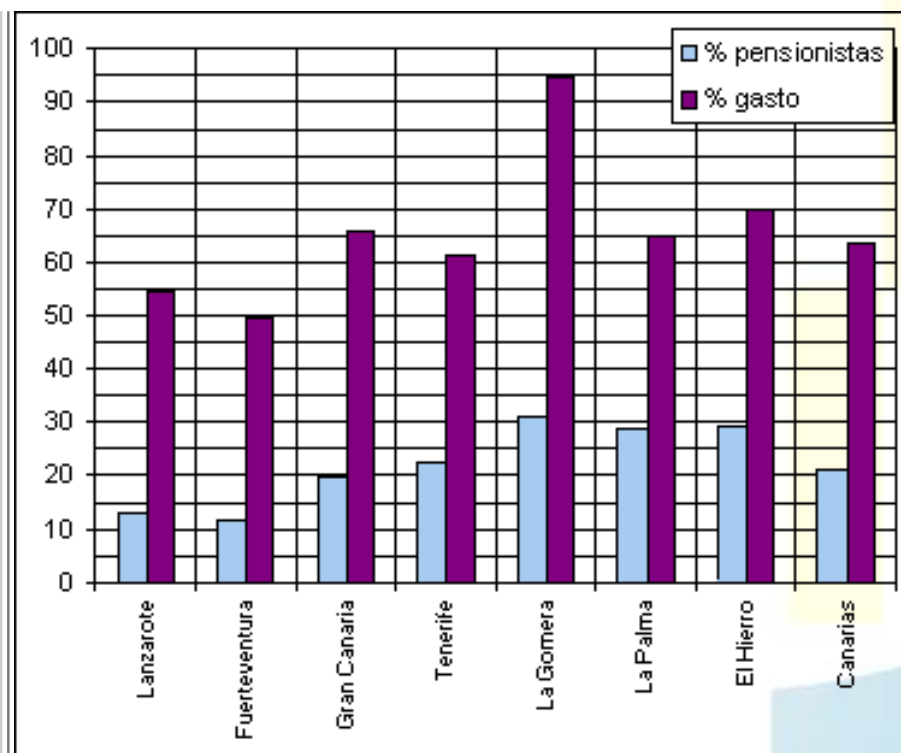
En Canarias, según la Encuesta de Salud de 1990, el 84,8% de los medicamentos consumidos fueron prescritos por el médico; existiendo un 12% de consumo por autoprescripción.

El farmacéutico prescribió el 1,68% de los medicamentos consumidos.

Gráfico 238. Porcentaje de pensionistas sobre el total de usuarios, por isla y proporción del gasto farmacéutico de pensionistas sobre el total (media mensual), enero-junio, 1995.

No obstante el patrón de consumo de medicamentos por autoprescripción imita al patrón general de consumo por prescripción.

Restringiendo los comentarios a los grupos terapéuticos más prescritos en el seno del Servicio Canario de Salud, a lo largo de 1994 (SIFAR), observamos que estos son los tranquilizantes, analgésicos-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos, seguidos de los fármacos vasodilatadores periféricos (gráfico 236).

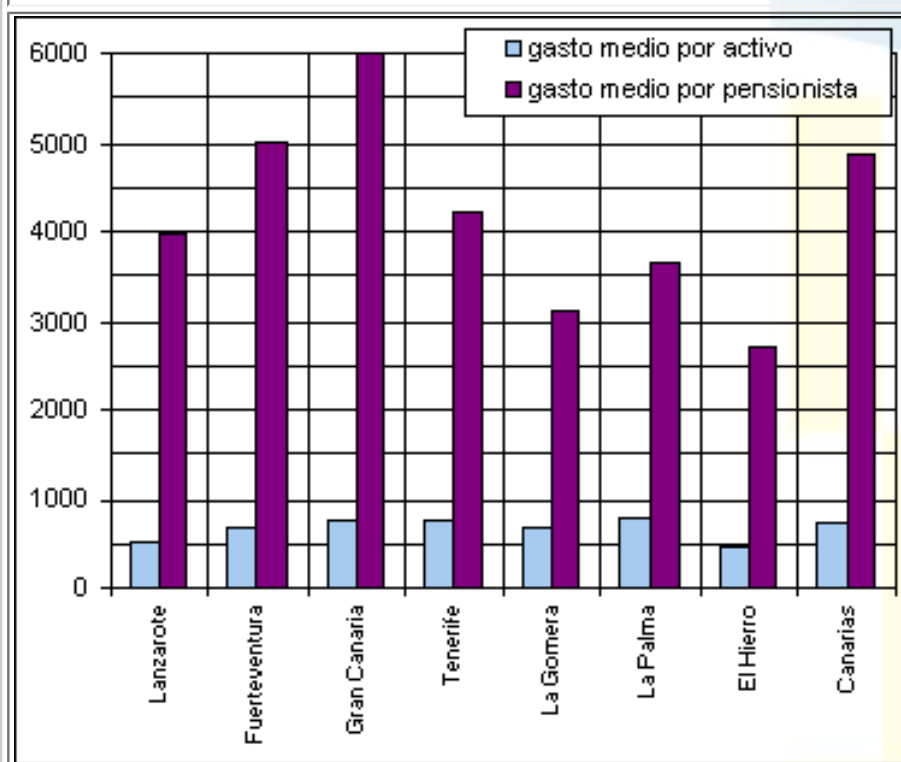


Tan solo cinco de los grupos farmacéuticos más prescritos se sitúan entre los 13 grupos farmacológicos de mayor importe económico total a lo largo de 1994.

Son los fármacos hipotensores, que actúan inhibiendo la enzima de conversión de la angiotensina I en angiotensina II, los fármacos "antiúlceras péptica" integrado a partes iguales por los agentes hiposecretores (anti H2) y otros medicamentos antiulcerosos; los que ocupan los primeros lugares, seguidos de los fármacos empleados en el tratamiento de diferentes afecciones miocárdicas, y de los medicamentos hipolipemiantes, tal como aparece en el gráfico 237.

La proporción del gasto farmacéutico condicionado por los pensionistas varía de isla a isla en relación con el porcentaje de población pensionista en cada isla.

Gráfico 239. Gasto medio mensual por activo y pensionistas, por islas. Canarias, 1995.



De este modo la isla de La Gomera, con el porcentaje más alto de pensionistas de Canarias, asocia el 95% del gasto sanitario a este grupo de usuarios.

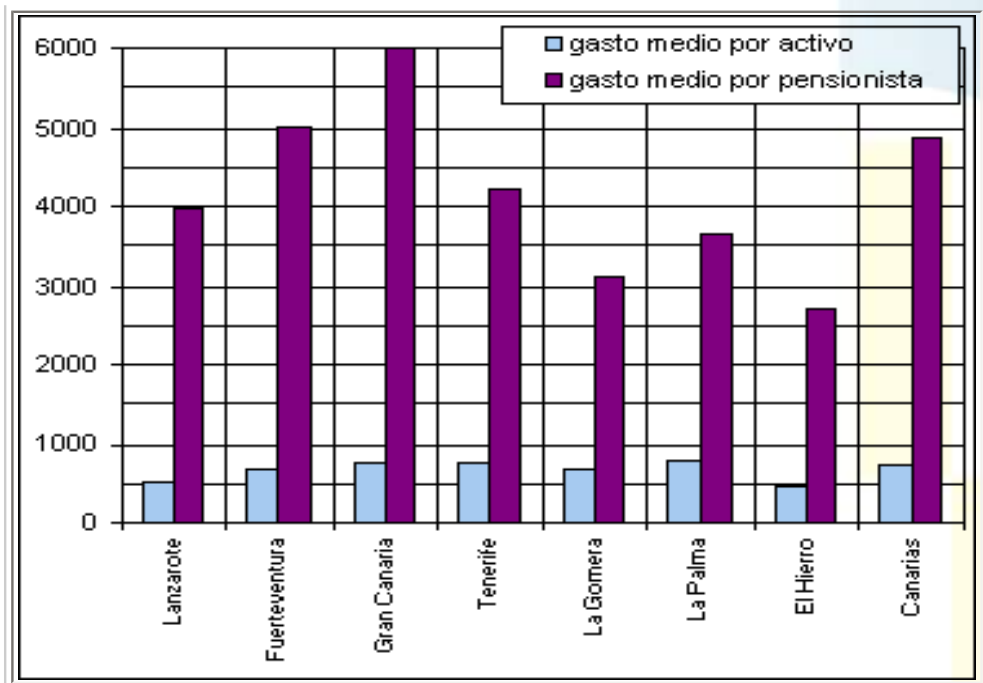
El extremo opuesto viene representado por la isla de Fuerteventura donde un 11,8% de pensionistas condicionan el 50% del gasto farmacéutico total en la isla (gráfico 238).

Gráfico 240. Número medio de recetas por pensionista. Canarias, 1995.

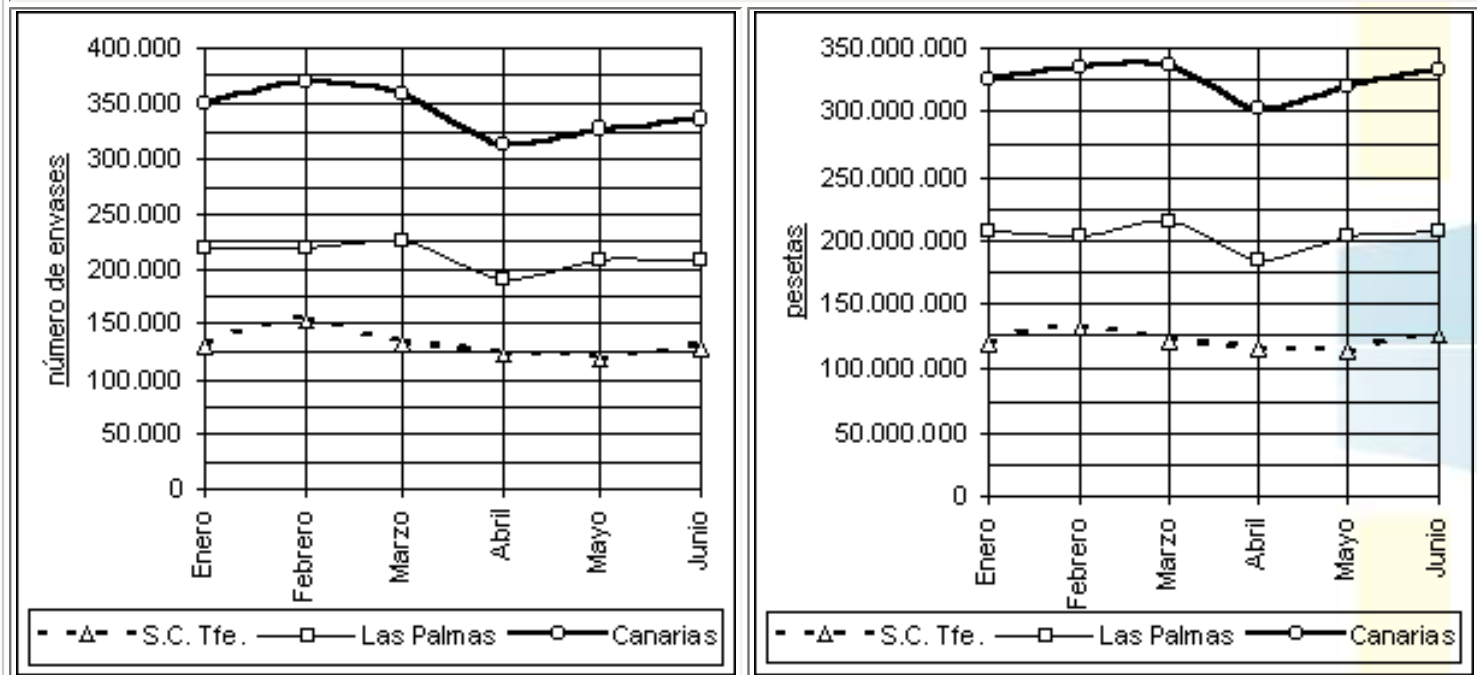
El cálculo del gasto farmacéutico total referido al grupo poblacional de pensionistas está condicionado por un lado, por el porcentaje de pensionistas, y por otro lado, por el gasto medio ocasionado en un determinado período temporal (gráfico 239).

Este último parámetro varía en relación con el promedio del coste de la receta recibida y con el número de recetas prescritas a los pensionistas (gráfico 240).

Al objeto de introducir la evaluación de la calidad en la prescripción, y su impacto en el gasto farmacéutico, se ha establecido una diferenciación entre los grupos farmacológicos de utilidad terapéutica baja y el resto de grupos farmacológicos de utilidad terapéutica demostrada.



La Gráfico 241. Evolución del número de envases y del importe de fármacos de utilidad terapéutica baja (Canarias y provincias). Primer semestre de 1995.

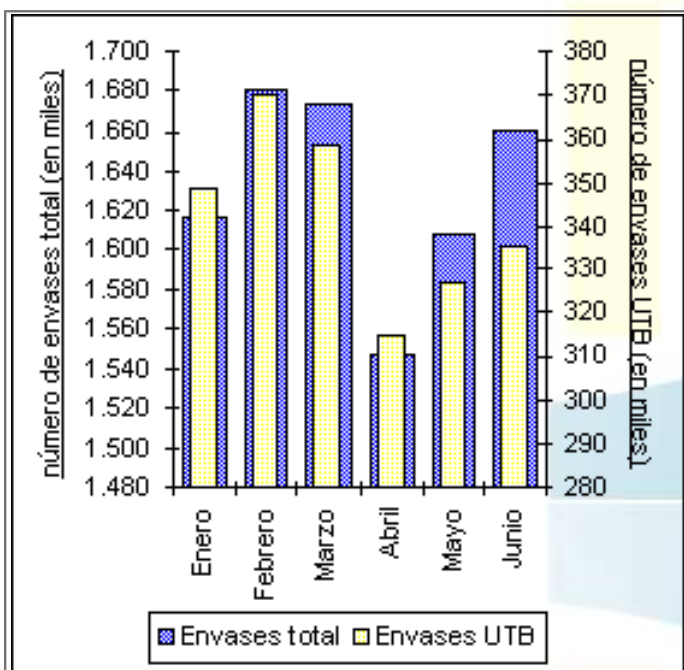
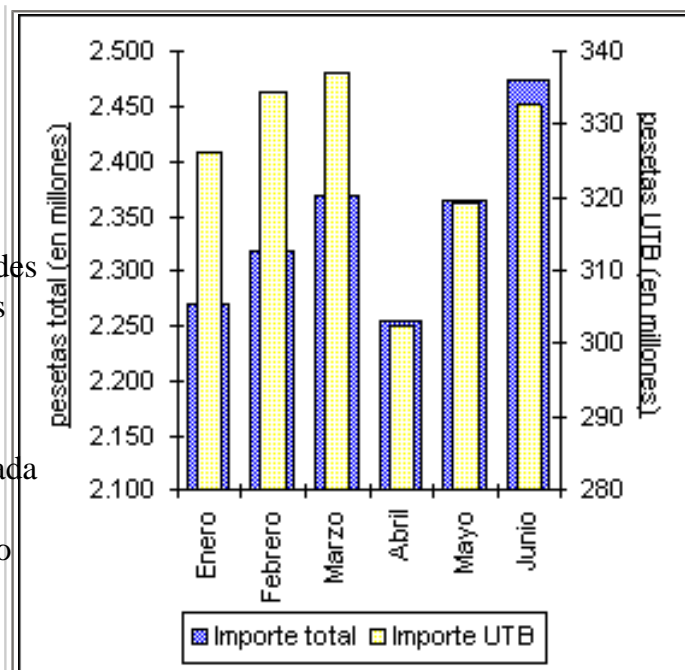


monitorización de la prescripción, tanto en importe total como en número de envases de los fármacos de utilidad terapéutica baja está encaminada a la consecución de la prescripción eficiente o racional (gráfico 241 y 242).

La reducción del gasto farmacéutico asociado a la reducción de la prescripción de fármacos de utilidad terapéutica baja supone un ahorro de fondos públicos que no afecta a la calidad terapéutica.

En Canarias, el gasto farmacéutico Gráfico 242. Evolución mensual del número de envases y del importe de fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) respecto al total de envases e importe farmacéutico mensual en Canarias durante el 1er semestre de 1995.

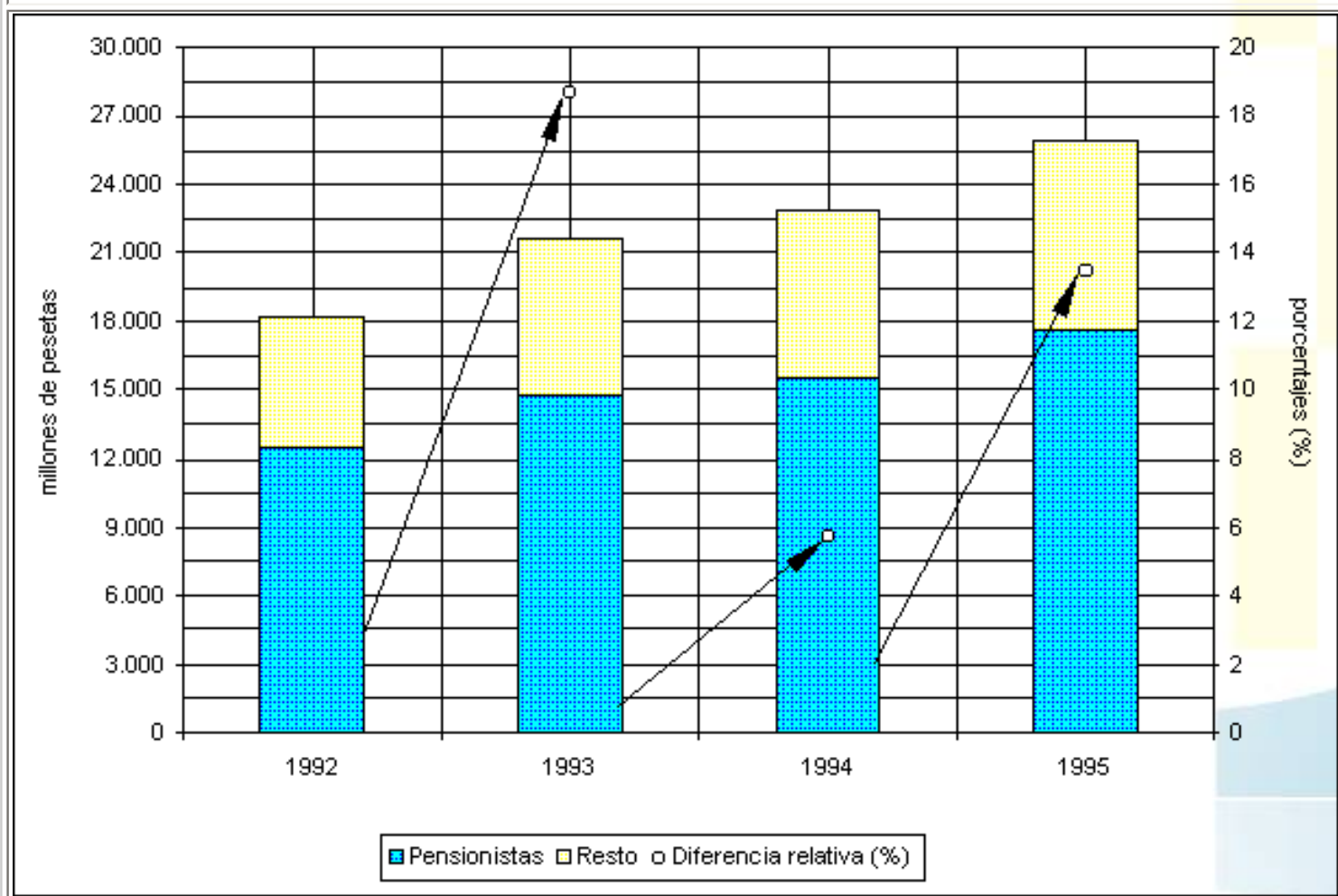
ha seguido, al igual que en el resto de las comunidades autónomas españolas, una evolución caracterizada por un incremento continuo hasta 1995; si



bien el porcentaje de crecimiento varía de año a año (gráfico 243), con oscilaciones de importancia.

Durante el primer semestre de 1995 la proporción del gasto farmacéutico, destinado a pensionistas fue mayor en el territorio español gestionado por el INSALUD que en Canarias (73% vs. 63,3%).

Gráfico 243. Evolución del gasto farmacéutico en Canarias, 1992 a 1995.



Complementariamente el gasto farmacéutico producido por el colectivo de ciudadanos activos fue superior en Canarias que en el territorio gestionado por INSALUD (36,7% vs. 27,7%).

Esto puede estar en relación con la estructura poblacional más envejecida del territorio INSALUD.

En relación al gasto medio mensual por colectivo, durante este mismo período de tiempo, este fue superior en Canarias tanto en el grupo de población activa (780 ptas. vs. 450 ptas.), como en el de pensionistas (4871 ptas. vs. 3803 ptas.).

El número medio de recetas es, así mismo, mayor en Canarias que en el territorio nacional gestionado por el INSALUD, tanto entre los activos (0,54 vs. 0,45), como entre los pensionistas (3,05 vs. 2,55).

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

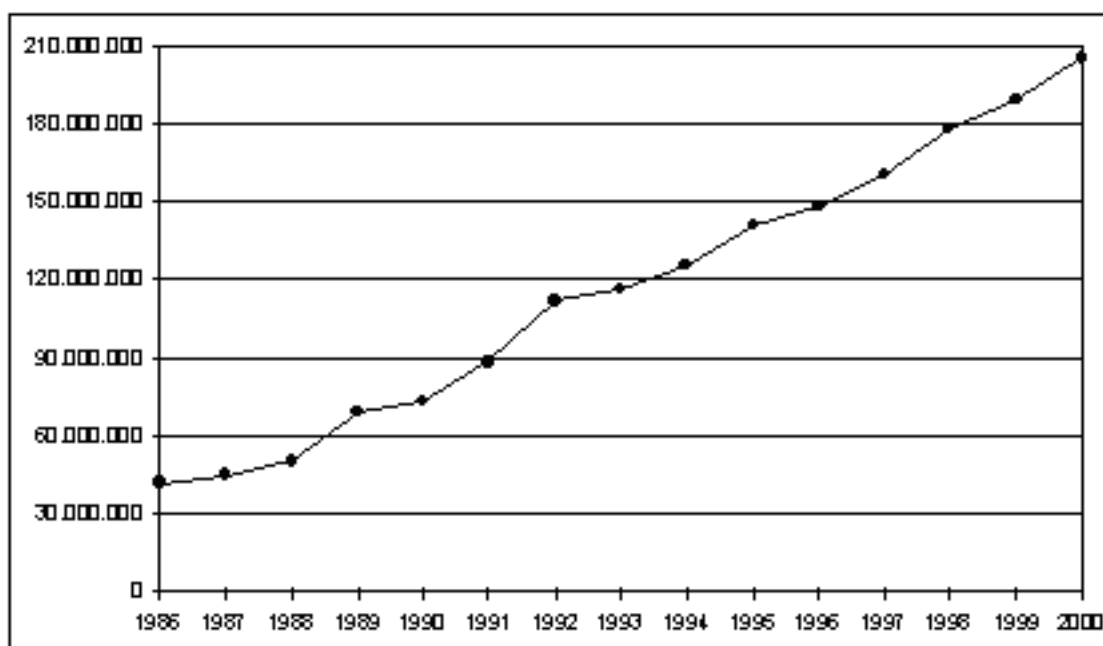
plandesalud@gobiernodecanarias.org



Servicios de salud: gasto sanitario

La evolución del presupuesto sanitario de Canarias en los años 1986 a 2000 ha sido ascendente, como muestra el Gráfico 1.L. El gasto sanitario previsto del Servicio Canario de Salud para 2000 es de 205.418.637.000 pesetas. Esta cantidad representa el 32,56% del presupuesto consolidado de la Comunidad Autónoma de Canarias para dicho año. Este presupuesto se destina fundamentalmente a la financiación de los recursos sanitarios gestionados de forma directa por el Servicio Canario de Salud, que integra la casi totalidad de la red de asistencia sanitaria pública de Canarias.

**Gráfico 1.L. Análisis de la ejecución del presupuesto total.
Servicio Canario de Salud, 1986 a 2000 (en miles)**



En las cifras de 1999 y 2000 se incluye la correspondiente al Capítulo III (gastos financieros), que no existe en años anteriores.

Fuente: -Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estableció los siguientes criterios de clasificación del gasto sanitario: clasificación económica por capítulos, clasificación funcional y clasificación territorial, que sirven de base para la organización de la información que se presenta en el resto del informe.

Clasificación económica por capítulos

El presupuesto inicial del Servicio Canario de Salud se expone en la Tabla I.L., según la clasificación económica por capítulos.

**Tabla I.L. Evolución del presupuesto inicial por capítulos
(en miles). Servicio Canario de Salud, 1986 a 2000**

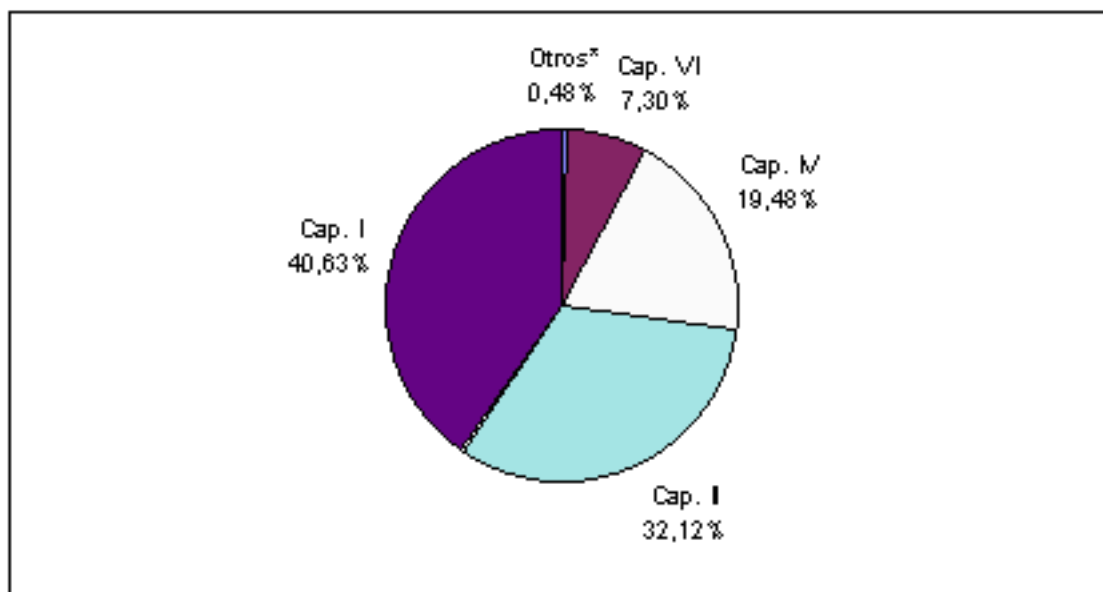
Capítulos	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Cap. I (gastos de personal)	34.526.815	56.356.244	53.548.354	62.117.867	68.031.000	83.462.524
Cap. II (gastos en bienes corr. y servicios)	22.871.589	34.650.683	49.348.456	51.832.138	60.036.553	65.974.742
Cap. III (gastos financieros)	0	0	0	0	0	17.000
Cap. IV (transferencias corrientes)	13.320.822	18.110.414	21.777.624	25.815.868	34.275.000	40.008.977
Cap. VI (inversiones reales)	2.460.534	2.573.718	1.034.162	7.828.060	15.000.000	14.996.300
Cap. VII (transferencias de capital)	0	0	0	634.400	600.000	703.700
Cap. VIII (activos financieros)	49.503	61.005	47.943	55.594	55.394	255.394

Fuente: - Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de Salud

El Servicio Canario de Salud destina durante el año 2000 el 40,63% de su presupuesto para gastos de personal. Comparando con otras comunidades autónomas con competencias transferidas en materia de sanidad, el presupuesto consolidado del Servicio Catalán de Salud y del Instituto Catalán de Salud dedicó en 1997 el 52,7% para este capítulo y el Servicio Andaluz de Salud asignó el 49,29% para el año 2000. En ese mismo año, lo destinado a gastos de personal por el INSALUD alcanzó el 45,91%.

El 32,12% del presupuesto del Servicio Canario de Salud se destinó para gastos en Bienes y Servicios y el 19,48% en transferencias corrientes incluyéndose en este capítulo el gasto farmacéutico dispensado con recetas del Servicio Canario de Salud.

Gráfico 2.L. Distribución (%) del presupuesto inicial por capítulos. Servicio Canario de Salud, 2000



(*) En "Otros" se incluyen los capítulos: III, VII y VIII.

Fuente: - Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de Salud

Tabla II.L. Distribución (%) del presupuesto inicial de gasto por capítulos. Algunas comunidades autónomas con competencias en materia de sanidad e INSALUD Gestión Directa, 2000

Capítulos	Servicio Andaluz de Salud	INSALUD Gestión Directa	Servicio Galego de Saúde	Servicio Canario de Salud
Cap. I (gastos de personal)	49,29	45,91	43,21	40,63
Cap. II (gastos en bienes corr. y servicios)	21,26	25,94	26,50	32,12
Cap. III (gastos financieros)	0	0,04	0	0,01
Cap. IV (transferencias corrientes)	26,65	23,86	23,95	19,48
Cap. VI (inversiones reales)	2,54	4,11	6,23	7,30
Cap. VII (transferencias de capital)	0,26	0,09	0,06	0,34
Cap. VIII (activos financieros)	0	0,05	0,05	0,12

Fuentes: - Servicio Andaluz de Salud: Dirección General de Gestión Económica
 - INSALUD: Subdirección General de Control Económico y Presupuestario
 - Servicio Galego de Saúde: División Xeral de Recursos Económicos
 - Servicio Canario de Salud: Dirección General de Recursos Económicos

Clasificación económica funcional

Un aspecto importante, por cuanto define la relevancia de cada uno de los niveles asistenciales, es la distribución presupuestaria por programas de los servicios públicos de salud. En el caso del Servicio Canario de Salud y a lo largo del quinquenio 1996-2000, no se han producido variaciones en el reparto presupuestario entre atención primaria y atención especializada (Tabla III.L). En la Tabla IV.L se exponen datos comparativos con otros Servicios autonómicos de salud e INSALUD.

Tabla III.L. Distribución (%) del presupuesto inicial por programas. Servicio Canario de Salud, 1996 a 2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Atención Especializada	61,87	62,30	62,95	62,59	62,79
Atención Primaria	31,52	32,63	32,24	32,45	32,47
Dirección y Gestión	3,29	2,17	2,02	2,28	2,11
Salud Pública	2,13	1,80	1,70	1,60	1,69
Formación del Personal Sanitario	1,19	1,10	1,09	1,09	0,95

Fuente: - Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de Salud

Tabla IV.L. Distribución (%) del presupuesto inicial de gasto por programas. Algunas comunidades autónomas con competencias en materia de sanidad e INSALUD Gestión Directa

	Servicio Canario de Salud	INSALUD Gestión Directa	Servicio Galego de Saúde	Servicio Andaluz de Salud	Servei Català de la Salut e Institut Català de la Salut
Capítulos	% (2000)	% (2000)	% (2000)	% (2000)	% (1999)
Atención Especializada	63,87	58,71	58,25	56,73	49,34
Atención Primaria	33,02	37,67	37,80	41,01	46,14
Administración	2,15	1,60	2,84	0,38	3,63
Formación del Personal Sanitario	0,96	2,01	1,11	1,89	0,89

Fuentes: - Servicio Canario de Salud: Dirección General de Recursos Económicos
 - INSALUD: Subdirección General de Control Económico y Presupuestario
 - Servicio Galego de Saúde: División Xeral de Recursos Económicos
 - Servicio Andaluz de Salud: Dirección General de Gestión Económica
 - Servei Català de la Salut: El pressupost sanitari 1999

Servicio del Plan de Salud e Investigación

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Anexos: Población estándar europea

Edad	Hombres	Mujeres
Menores de 1 año	1.600	1.600
De 1 a 4 años	6.400	6.400
De 5 a 9 años	7.000	7.000
De 10 a 14 años	7.000	7.000
De 15 a 19 años	7.000	7.000
De 20 a 24 años	7.000	7.000
De 25 a 29 años	7.000	7.000
De 30 a 34 años	7.000	7.000
De 35 a 39 años	7.000	7.000
De 40 a 44 años	7.000	7.000
De 45 a 49 años	7.000	7.000
De 50 a 54 años	7.000	7.000
De 55 a 59 años	6.000	6.000
De 60 a 64 años	5.000	5.000
De 65 a 69 años	4.000	4.000
De 70 a 74 años	3.000	3.000
De 75 a 79 años	2.000	2.000
De 80 a 84 años	1.000	1.000
De 85 y más años	1.000	1.000

Fuente: -ISTAC

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

Bases para la formulación del Plan de Salud

El documento **Bases para la formulación del Plan de Salud** establece las fases para la elaboración del Plan de Salud, las bases estratégicas y metodológicas de su desarrollo y las condiciones necesarias para consolidarlo.

1. Desde la Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud hasta el Plan de Salud de Canarias.

2. ¿Por qué planificar?

3. ¿Qué es el Plan de Salud de Canarias?

4. Las fases de elaboración del Plan.

1. El análisis del estado de salud.
2. El establecimiento de prioridades.
3. Definir los objetivos del Plan de Salud.

5. El proceso de elaboración del Plan de Salud.

- Fase inicial.
- Fase de análisis.
- Fase de consulta.
- Fase de establecimiento.

6. Las condiciones necesarias para consolidar el Plan.

1. Formación.
2. Investigación.
3. Sistemas de información.
4. Cooperación intersectorial.
5. Participación de la comunidad.
6. Participación de los profesionales.
7. La mejora de la calidad asistencial.
8. Evaluación tecnológica.

El resto de documentos que componen la serie del Plan de Salud son:

- [Análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles.](#)
- [Priorización de problemas de salud.](#)
- [Plan de Salud 1997 - 2001.](#)
- [Criterios de evaluación del Plan de Salud.](#)
- [Fuentes de información del Plan de Salud.](#)

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4^a planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



La **Priorización de problemas de salud** describe los procesos metodológicos y resultados de las consultas realizadas a la sociedad y a los profesionales sanitarios, así como a los líderes de opinión y expertos sanitarios de la Comunidad Autónoma al objeto de identificar los problemas de salud más importantes para la sociedad canaria; que serán abordados por el Plan de Salud de Canarias.

Este documento está estructurado en tres grandes capítulos que, aunque relacionados entre sí, pueden observarse como documentos separados que abordan un único tema general: la priorización de problemas de salud desde las tres áreas indicadas.

I. Consulta a la sociedad.

1. Introducción.
2. Objetivos.
3. Metodología.
 1. Sujetos.
 2. Procedimiento.
 3. Recogida de datos.
4. Resultados.
 1. Isla de Fuerteventura.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
 2. Isla de La Gomera.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
 3. Isla de Gran Canaria.
 1. Necesidades de salud.

2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
4. Isla de El Hierro.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
5. Isla de Lanzarote.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
6. Isla de La Palma.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?
 8. Problemas y carencias no manifestados.
 9. Resultados por municipios.
7. Isla de Tenerife.
 1. Necesidades de salud.
 2. Problemas de salud prioritarios.
 3. Relación salud y hábitos de vida.
 4. Relación salud y entorno.
 5. Relación salud y sistema sanitario.
 6. ¿Qué pedir para mejorar la salud?
 7. ¿Qué hacer para mejorar la salud?

8. Problemas y carencias no manifestados.

9. Resultados por municipios.

5. Discusión.

1. Necesidades de salud sentidas prioritarias en la Comunidad Autónoma.

2. Relaciones existentes entre salud y hábitos de vida.

3. Relaciones existentes entre salud y entorno.

4. Relaciones entre salud y sector sanitario.

5. ¿Qué pedir para mejorar la salud?

6. Compromisos a adquirir para mejorar la salud.

6. Conclusiones.

II. Consulta a los profesionales sanitarios.

1. Introducción.

2. Objetivos de la consulta a los profesionales sanitarios.

3. Metodología.

1. Acerca del instrumento de consulta.

2. Sujetos consultados.

3. Procedimiento de análisis.

4. Resultados.

1. Prioridades sanitarias para el conjunto de profesionales sanitarios en la Comunidad Autónoma.

2. Prioridades sanitarias para el conjunto de profesionales sanitarios en cada isla.

3. Prioridades para los grupos profesionales en cada isla.

4. Análisis de las prioridades según el lugar de trabajo de los profesionales sanitarios en Canarias.

5. Discusión.

III. Consulta a líderes de opinión y expertos sanitarios.

1. Introducción.

2. Metodología.

1. Consulta a líderes de opinión.

2. Consulta a expertos.

3. Procedimiento de análisis.

3. Resultados.

1. Líderes de opinión.

1. Primera ronda de consulta a los líderes de opinión.

2. Segunda ronda de consulta a los líderes de opinión.

2. Expertos sanitarios.

4. Discusión.

1. Líderes de opinión.

2. Expertos sanitarios.

5. Valoración de la utilidad de la consulta.

El resto de documentos que componen la serie del [Plan de Salud](#) son:

- [Bases para la formulación del Plan de Salud.](#)
- [Análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles.](#)
- [Plan de Salud 1997 - 2001.](#)
- [Criterios de evaluación del Plan de Salud.](#)
- [Fuentes de información del Plan de Salud.](#)

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



La **Evaluación del Plan de Salud**, es el documento que establece los métodos y unidades de medida para monitorizar el grado de ejecución de los objetivos del Plan de Salud al objeto de evaluar su impacto sobre la salud de la población y de introducir medidas correctoras en aquellos casos en los que las acciones no se acompañen de los resultados esperados.

Procedimientos de evaluación del Plan de Salud.

Criterios de evaluación de los objetivos del Plan de Salud.

- Enfermedades Cardiovasculares.
 - Cáncer.
 - Diabetes Mellitus.
 - Drogas y conductas adictivas.
 - Sida.
 - Atención a las personas mayores.
 - Accidentes.
 - Salud materno-infantil.
 - Salud bucodental.
 - Tuberculosis.
 - Salud Mental.
 - Suicidio.
 - Enfermedades del aparato digestivo.
 - Salud laboral.
 - Enfermedades del aparato locomotor.
 - Enfermedades respiratorias.
 - Enfermedades transmisibles.
 - Higiene alimentaria.
 - Alimentación y nutrición.
 - Cuidados paliativos.
 - Infecciones nosocomiales.
 - Sanidad ambiental:
 - Contaminación atmosférica.
 - Residuos.
 - Productos fitosanitarios.
 - Aguas de consumo humano.
 - Aguas residuales.
 - Aguas recreativas costeras.
 - Urgencias sanitarias.
-

El resto de documentos que componen la serie del [Plan de Salud](#) son:

- [Bases para la formulación del Plan de Salud.](#)
- [Análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles.](#)
- [Consulta a la Sociedad y los Profesionales.](#)
- [Plan de Salud 1997 - 2001.](#)
- [Fuentes de información del Plan de Salud.](#)

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Las **Fuentes de información del Plan de Salud**, exponen las fuentes de información utilizadas para la elaboración del Plan de Salud y que, así mismo, deberán ser utilizadas durante el proceso de evaluación del impacto del Plan de Salud.

Preeliminar.

- Introducción.
- Definiciones.
 1. Fuentes primarias de información.
 2. Fuentes secundarias de información.
- Relación de fuentes de datos.
 1. Ordenadas según código.
 2. Por orden alfabético.
- Relación de otros estudios y publicaciones.
 1. Ordenadas según código.
 2. Por orden alfabético.

Fuentes de datos.

- Características generales.
- Demografía.
- Socioeconomía.
- Situación de la salud.
- Mortalidad.
- Morbilidad.
- Hábitos de vida.
- Recursos sanitarios.
- Recursos sociosanitarios.
- Alta tecnología médica.
- Utilización de medicamentos.
- Sanidad ambiental.

Otros estudios y publicaciones.

- Características generales.
- Demografía.
- Socioeconomía.
- Situación de la salud.
- Mortalidad.
- Morbilidad.

- Hábitos de vida.
 - Gasto sanitario.
 - Sanidad ambiental.
-

Este documento también se presenta a través de un software desarrollado para entorno Windows, versiones 3.11 y 95, que puede copiar y utilizar en su ordenador.

Software.

- [Descompresor ZIP](#) (DOS - 29 Kb).
 - [Fuentes de información](#) (Windows 3.x - 1260 Kb).
 - [Fuentes de información](#) (Windows 95 - 1263 Kb).
-

El resto de documentos que componen la serie del [Plan de Salud](#) son:

- [Bases para su formulación.](#)
 - [Análisis del Estado de Salud y de los Recursos.](#)
 - [Consulta a la Sociedad y los Profesionales.](#)
 - [Plan de Salud 1997 - 2001.](#)
 - [Evaluación del Plan de Salud.](#)
-

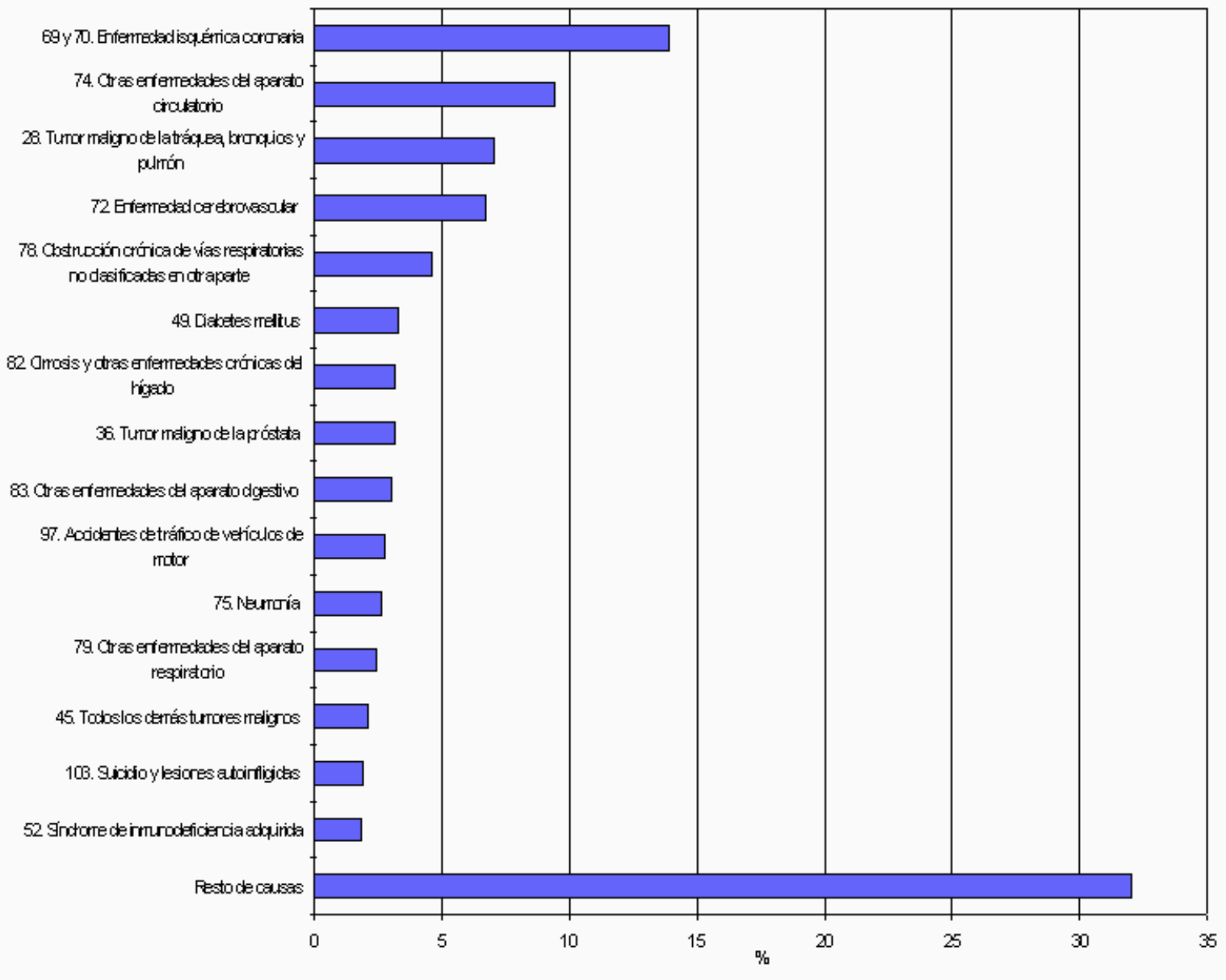
[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

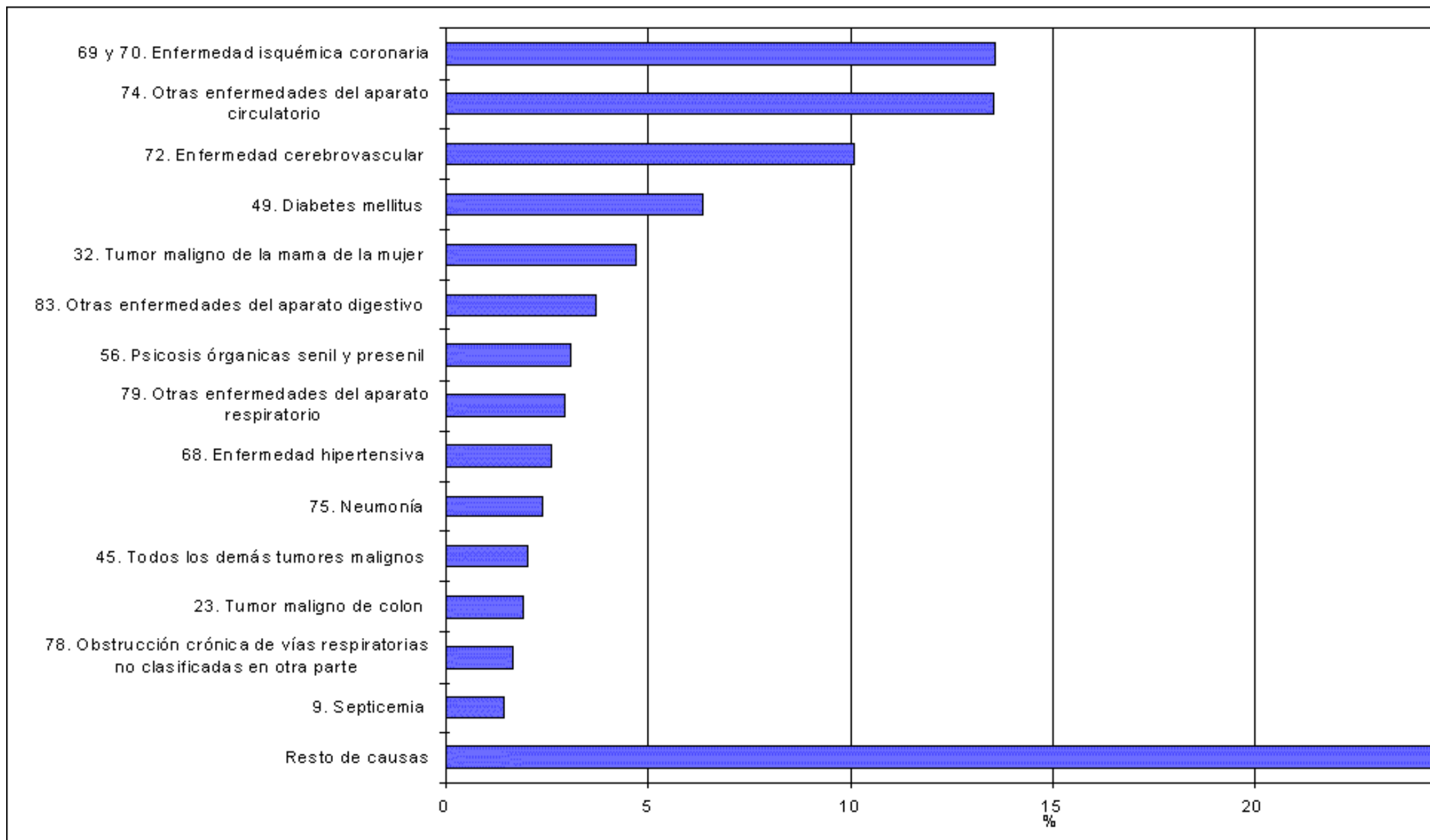
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

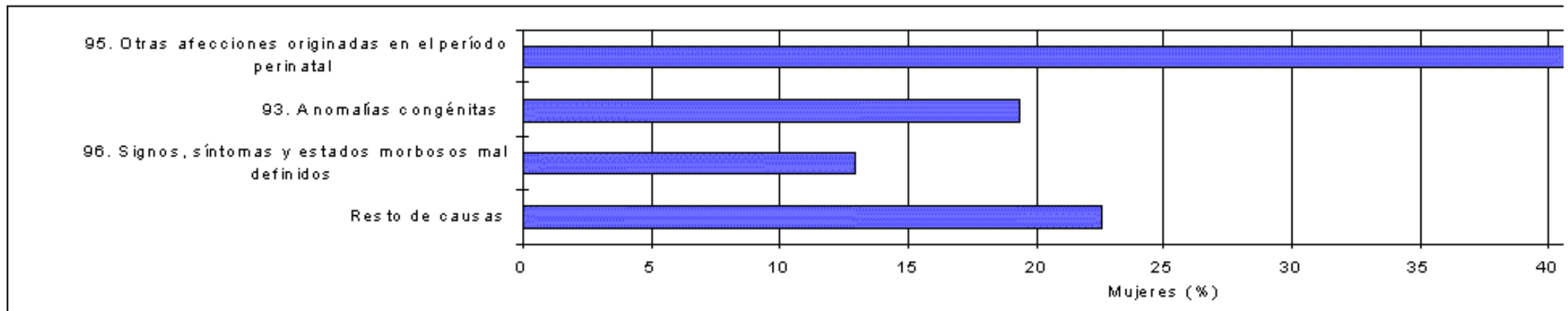
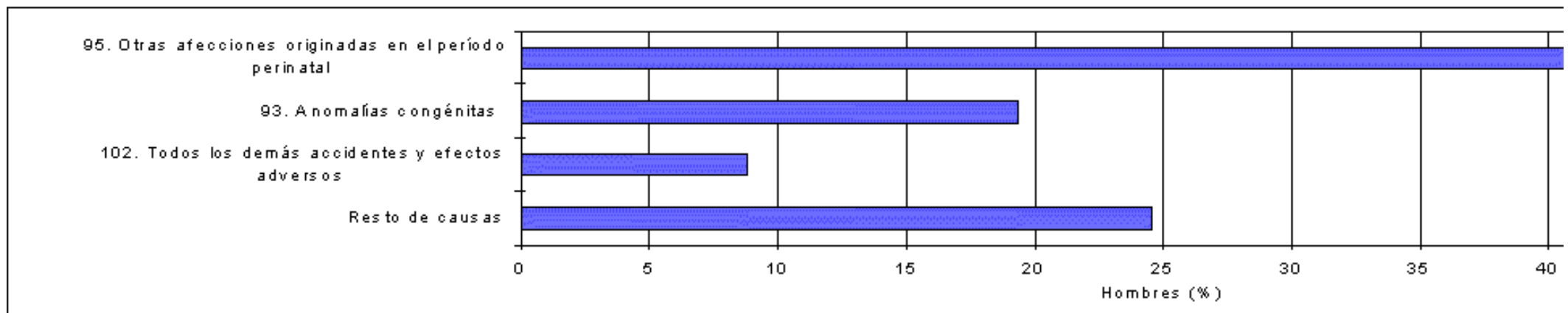
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

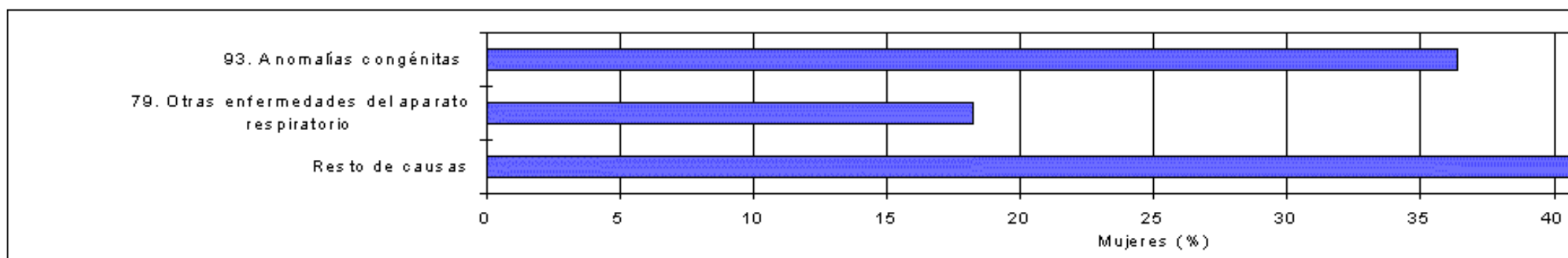
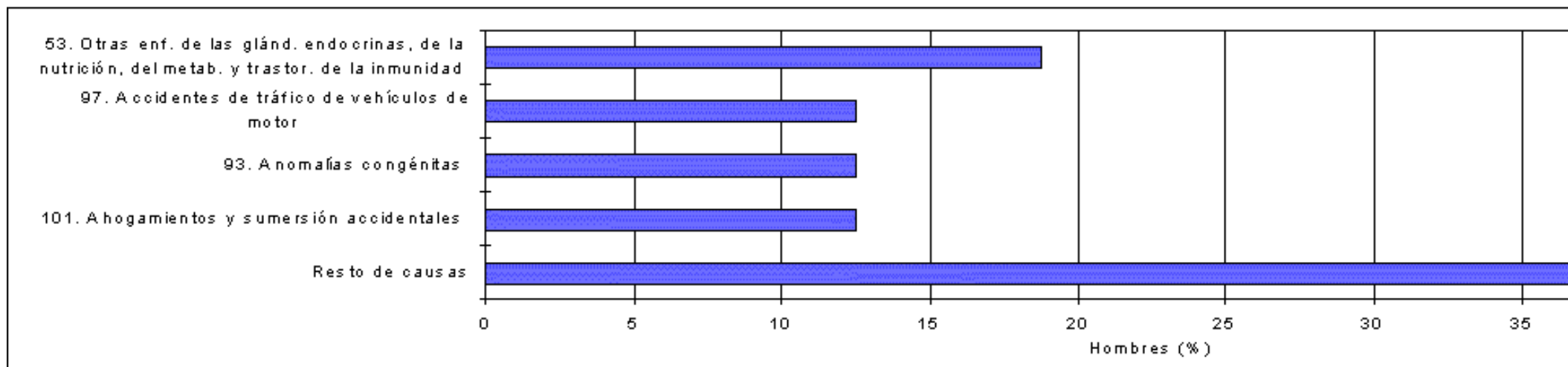
plandesalud@gobiernodecanarias.org

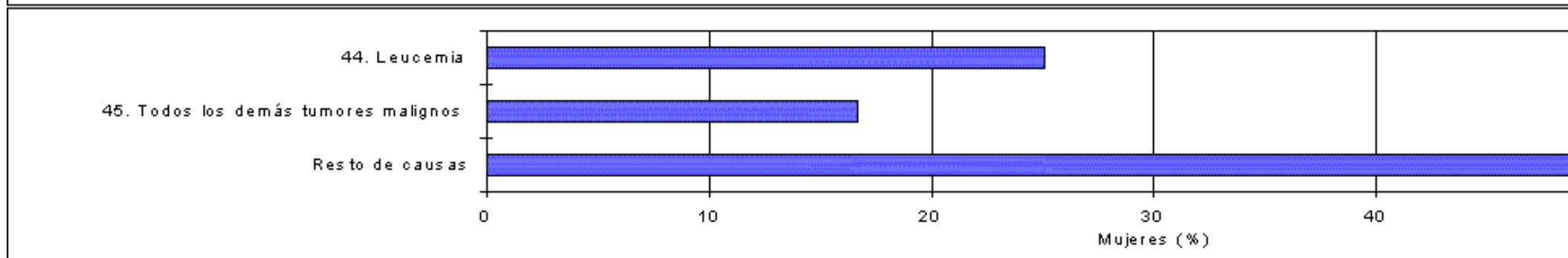
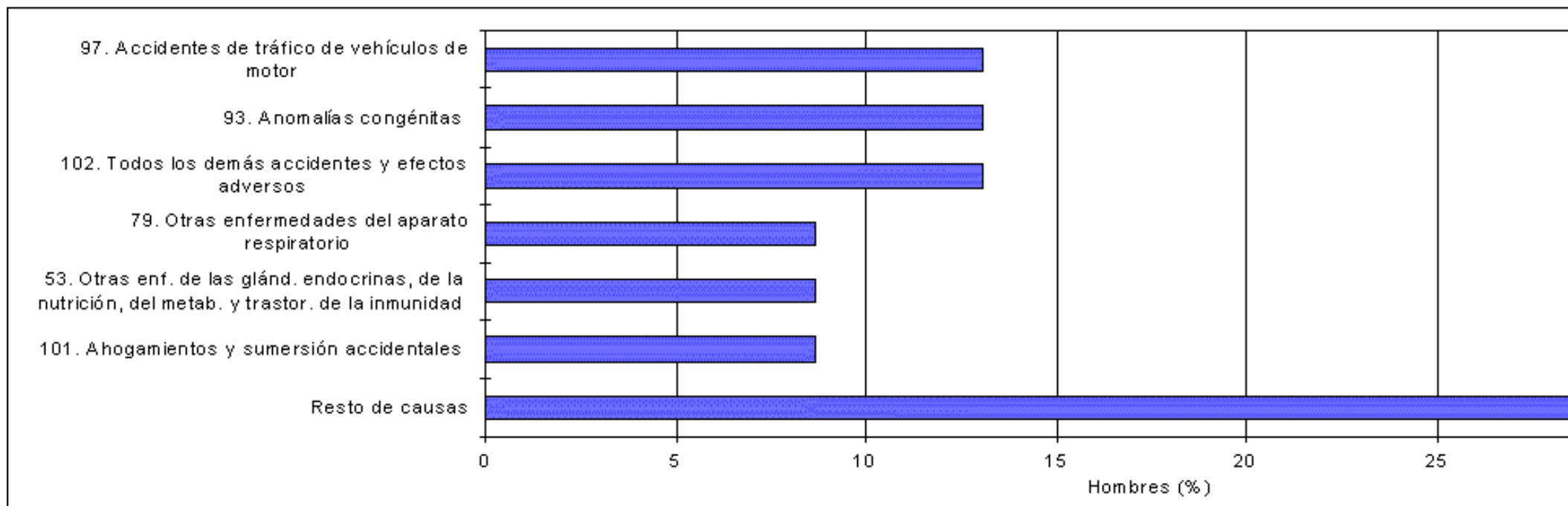


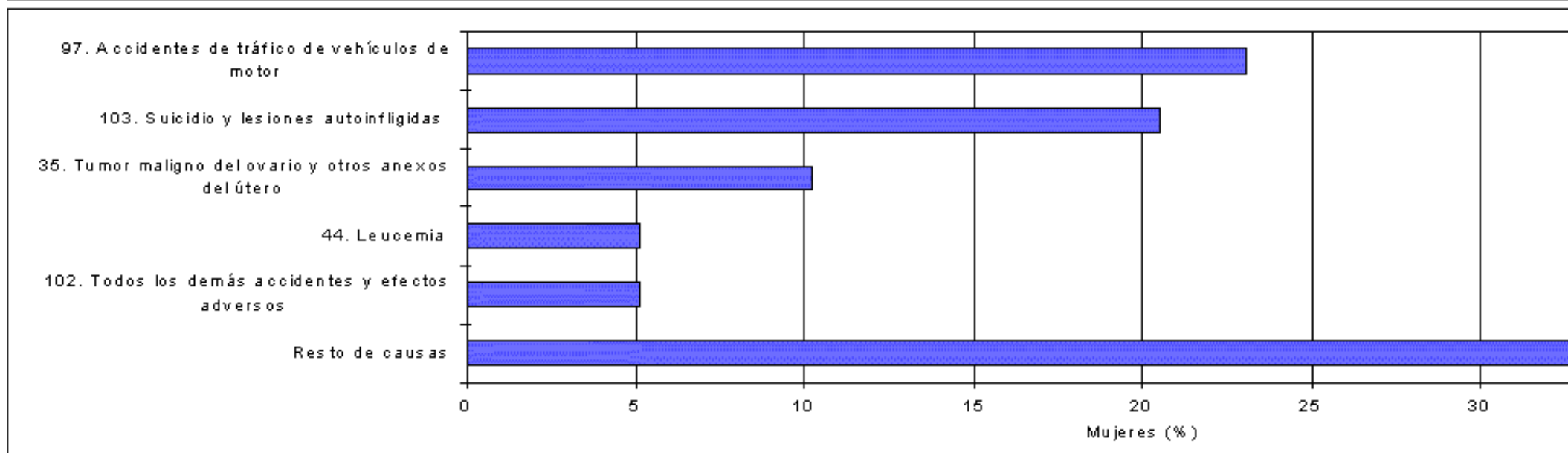
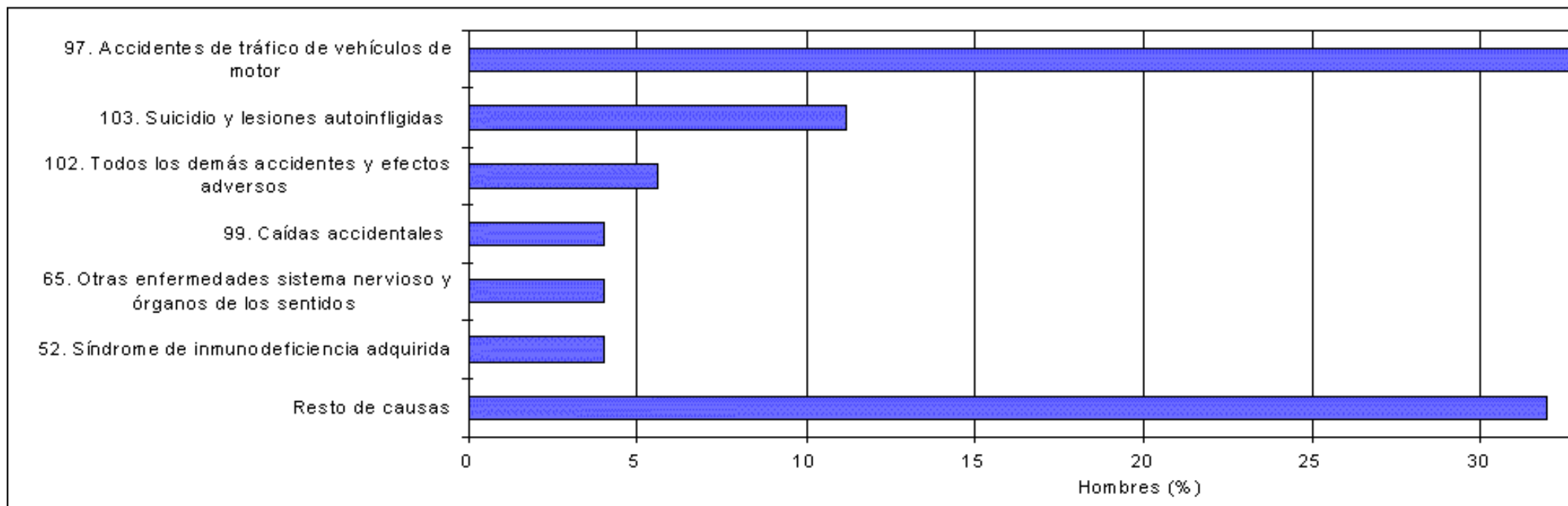


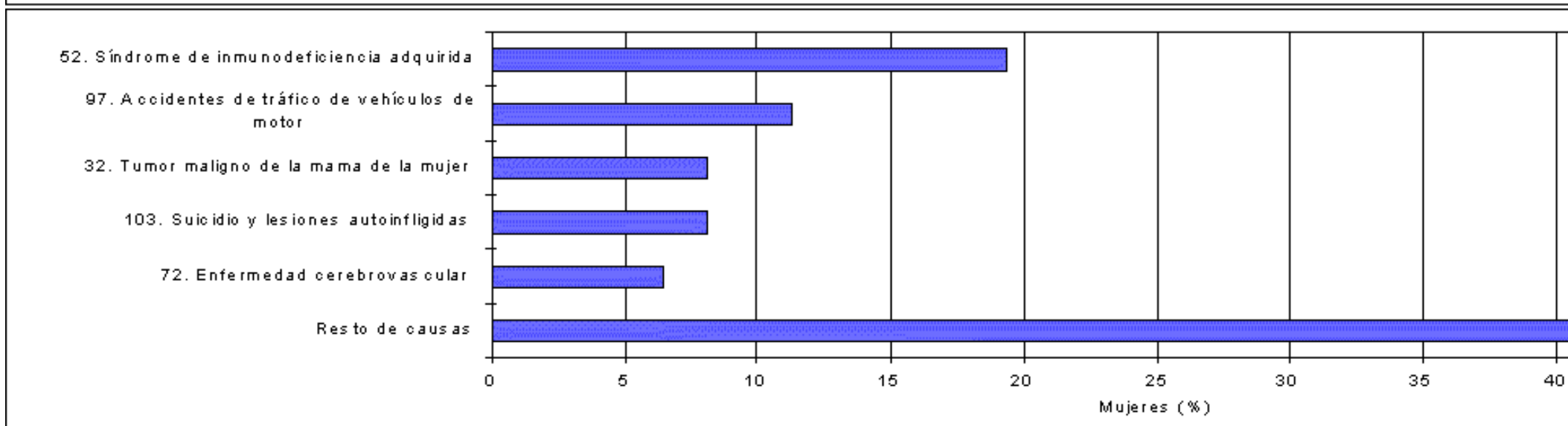
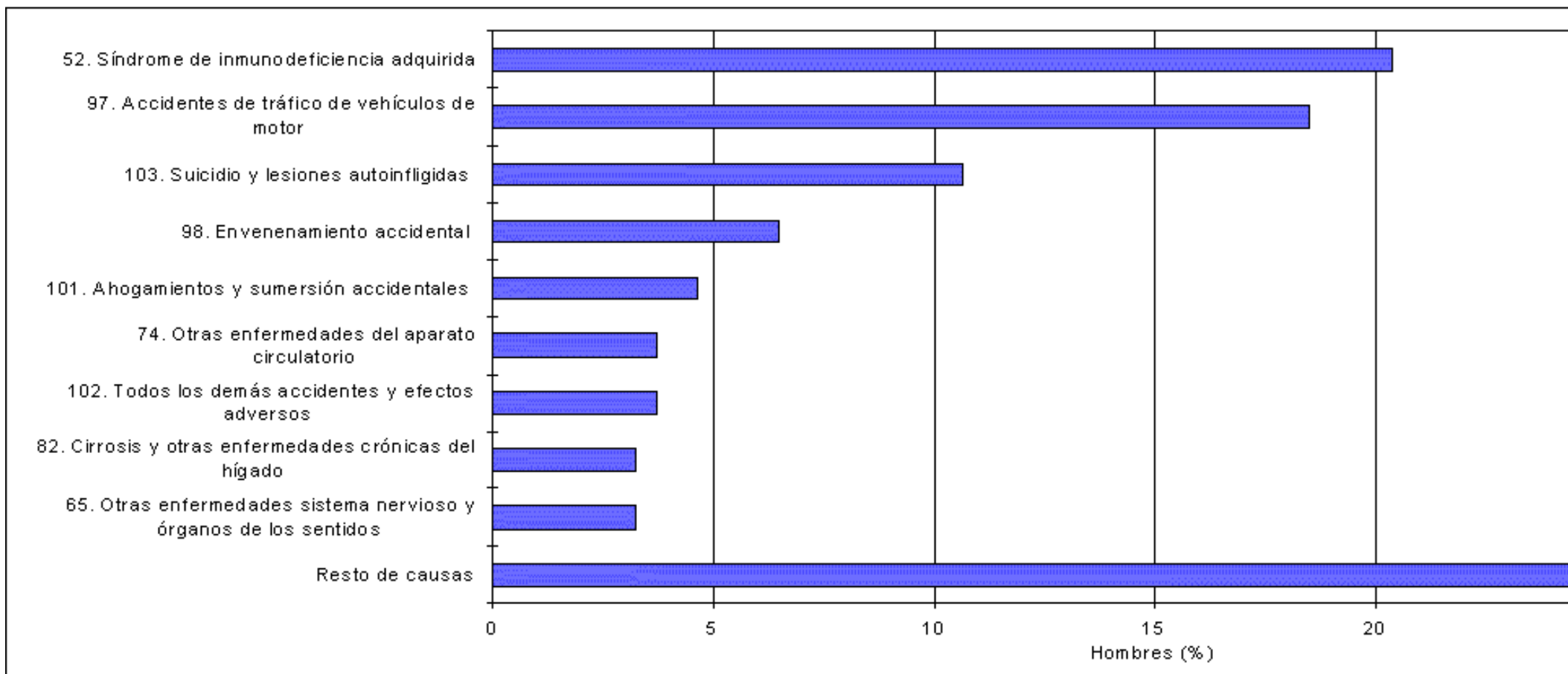


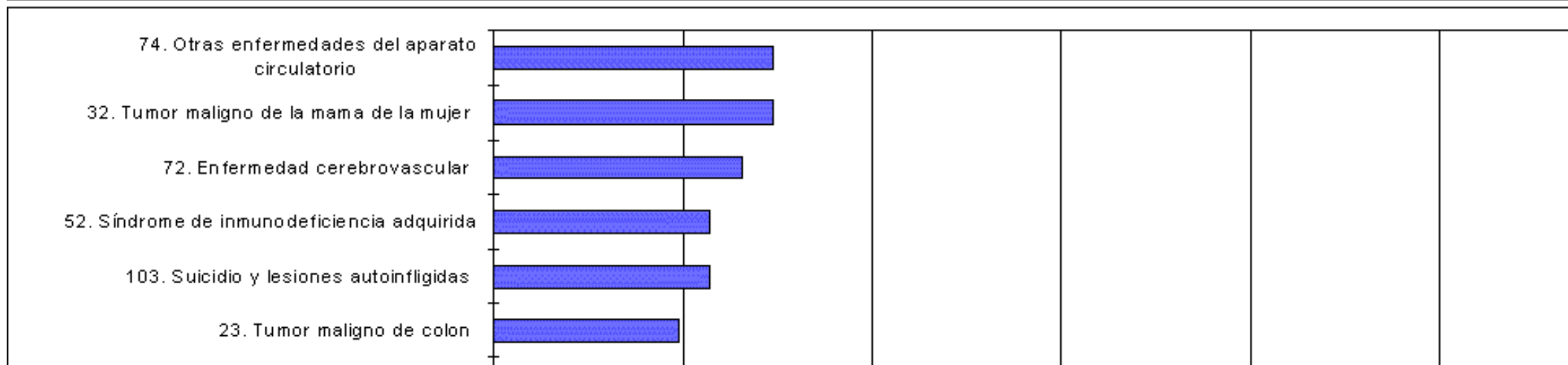
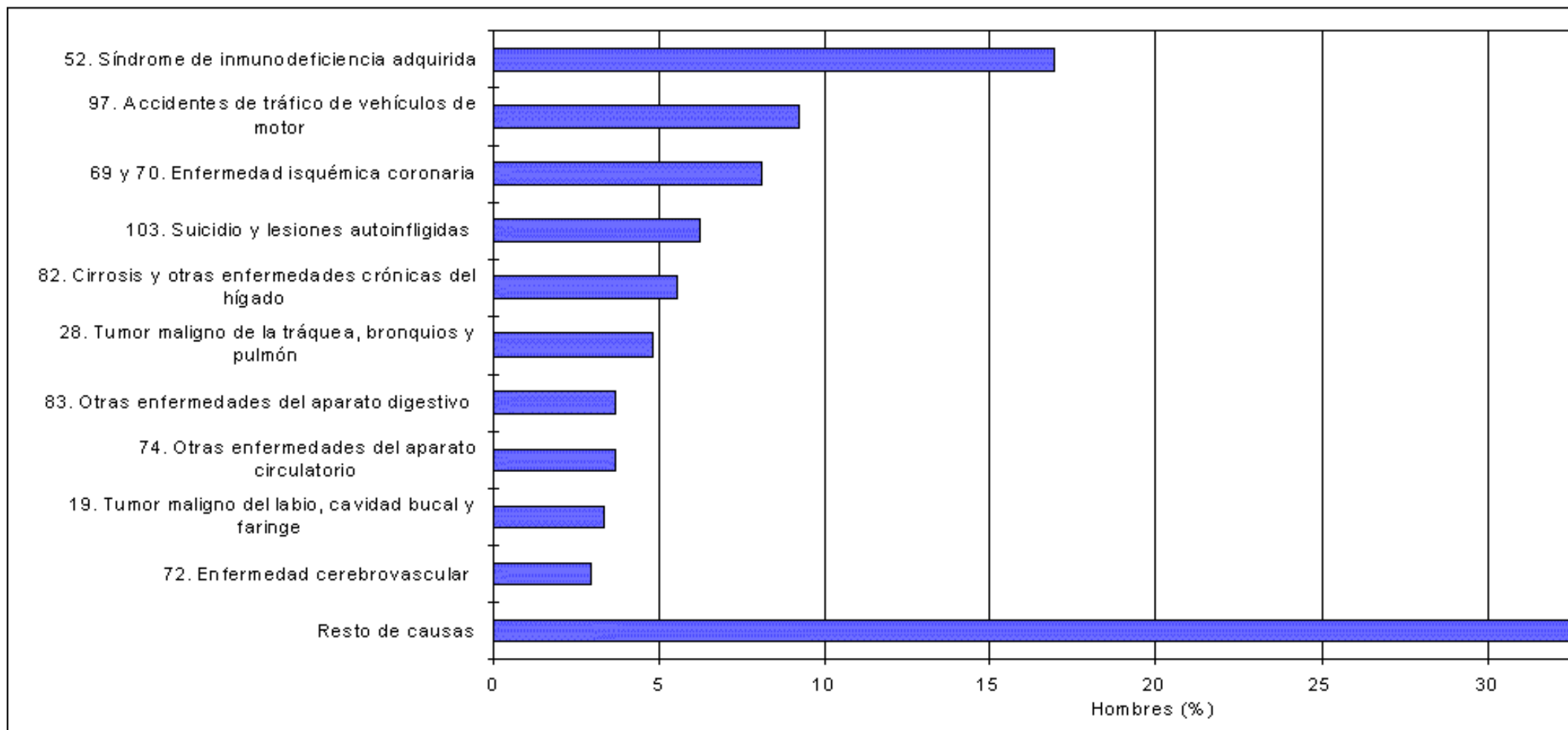


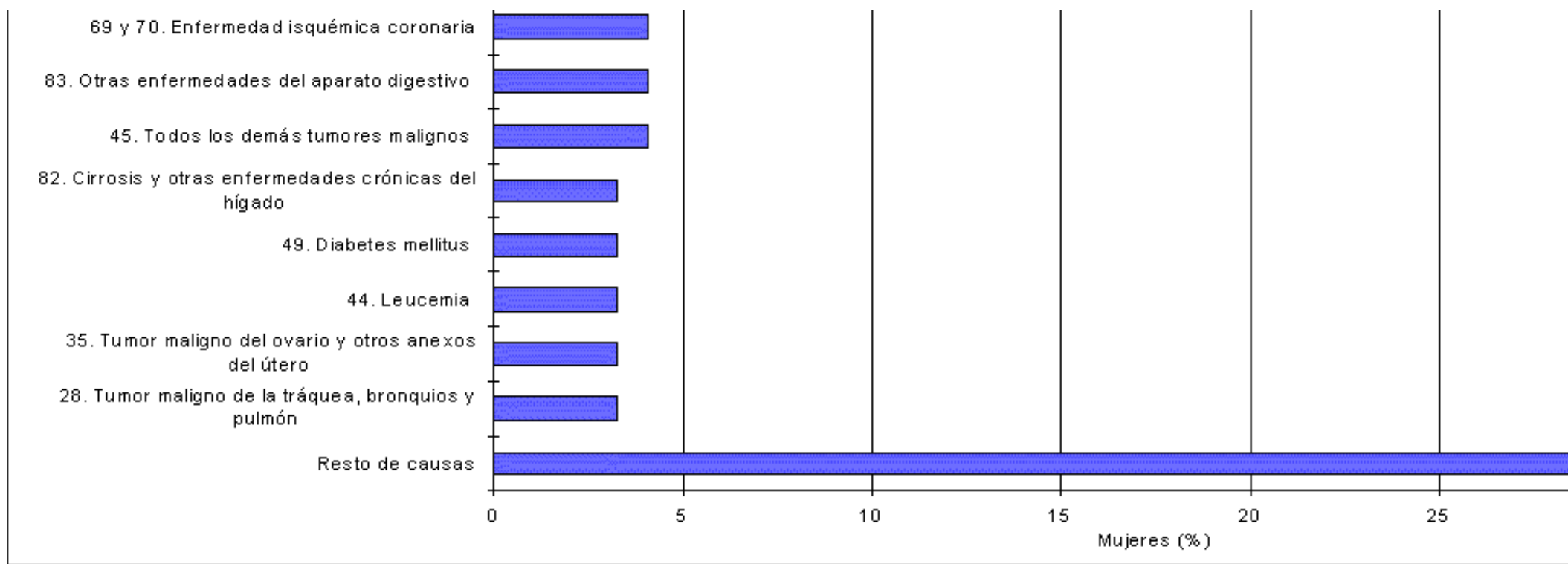


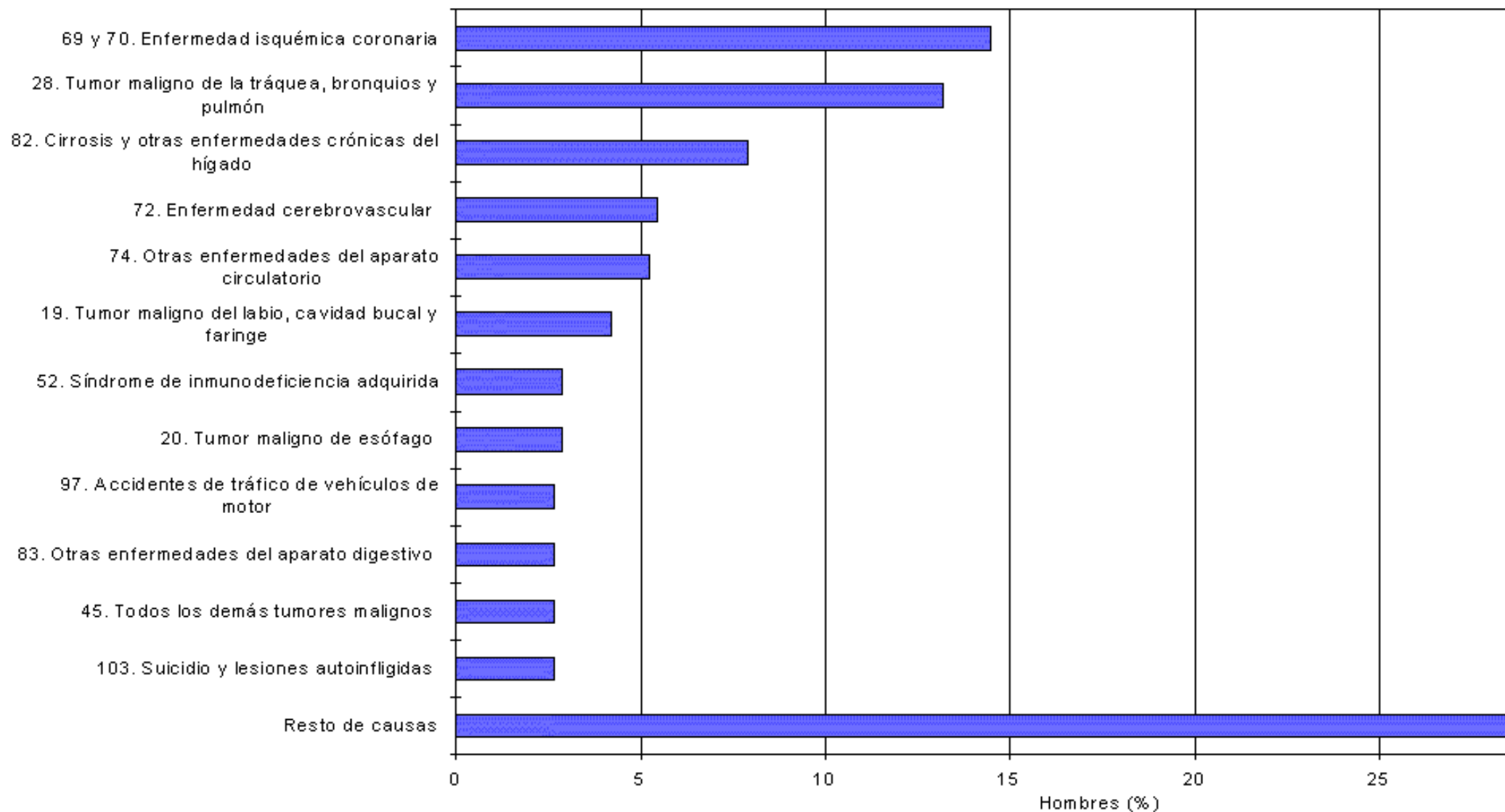




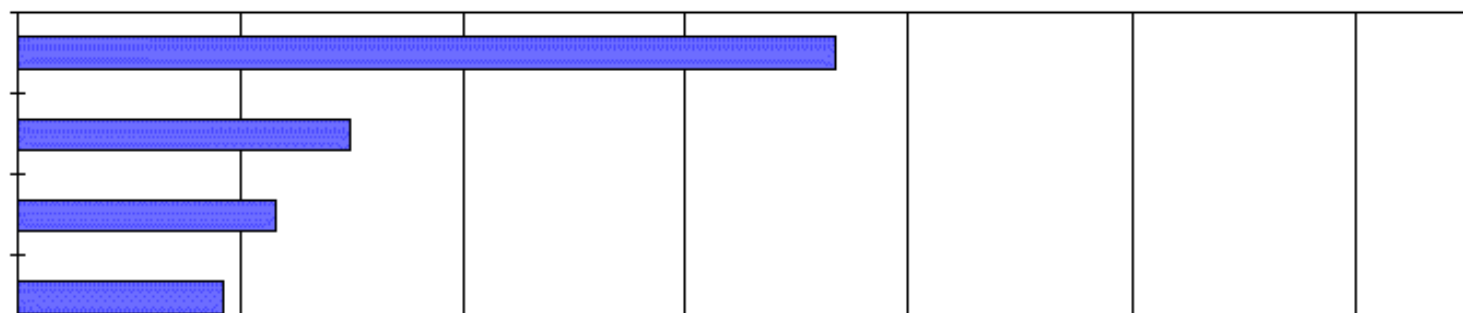


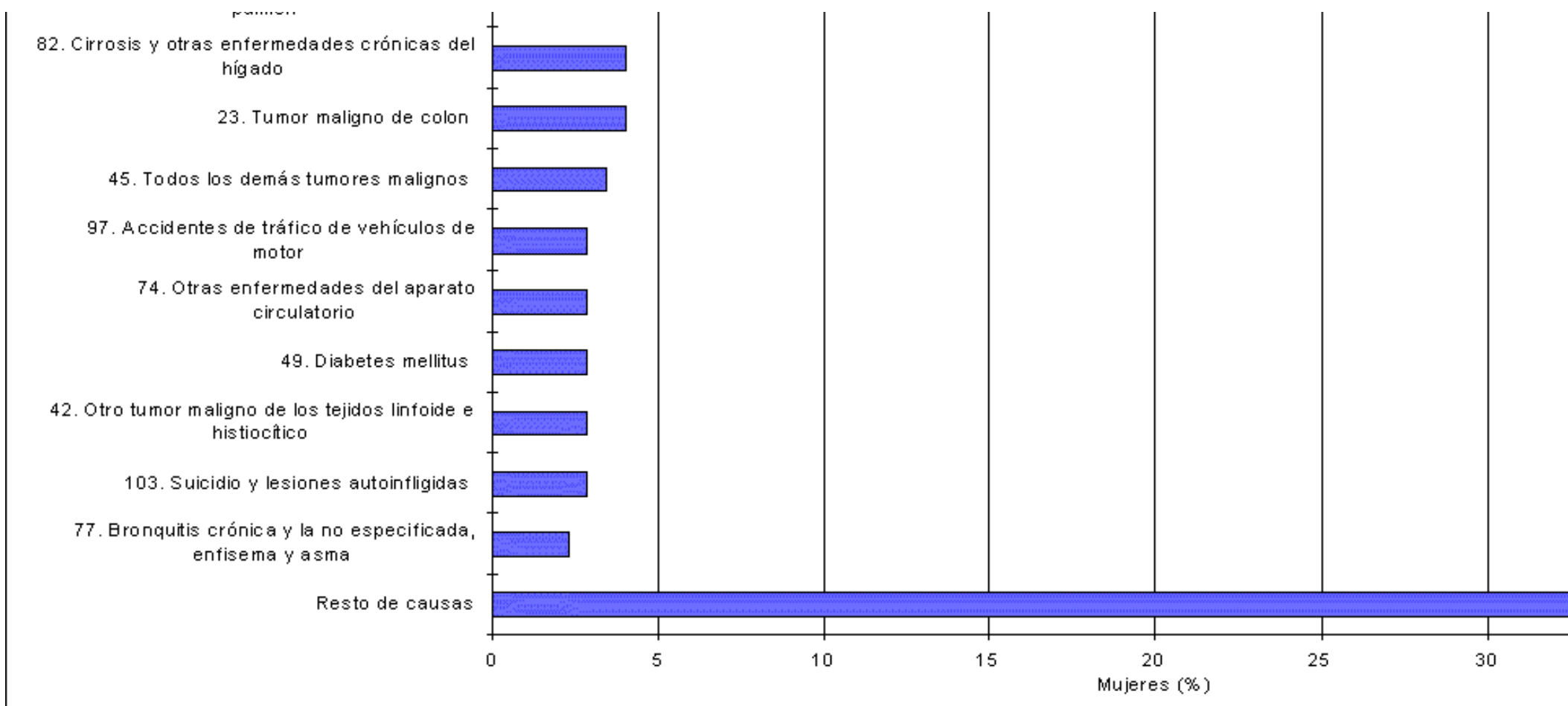


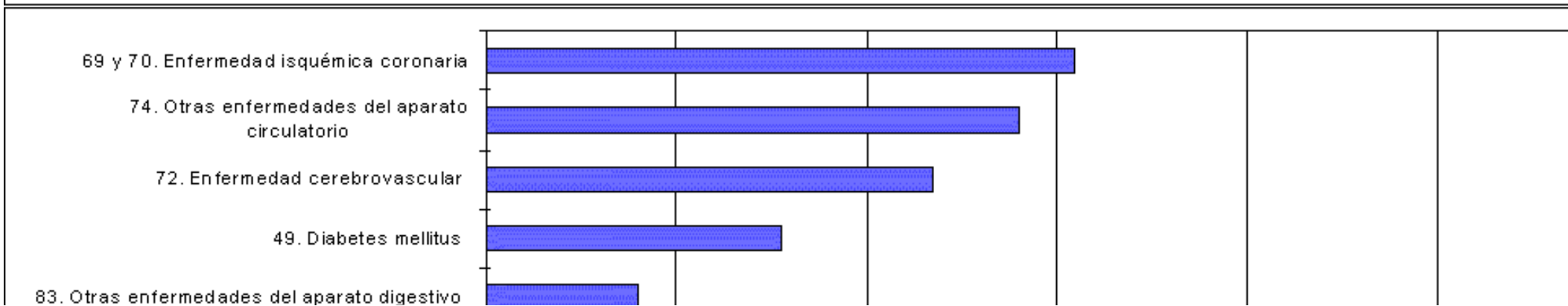
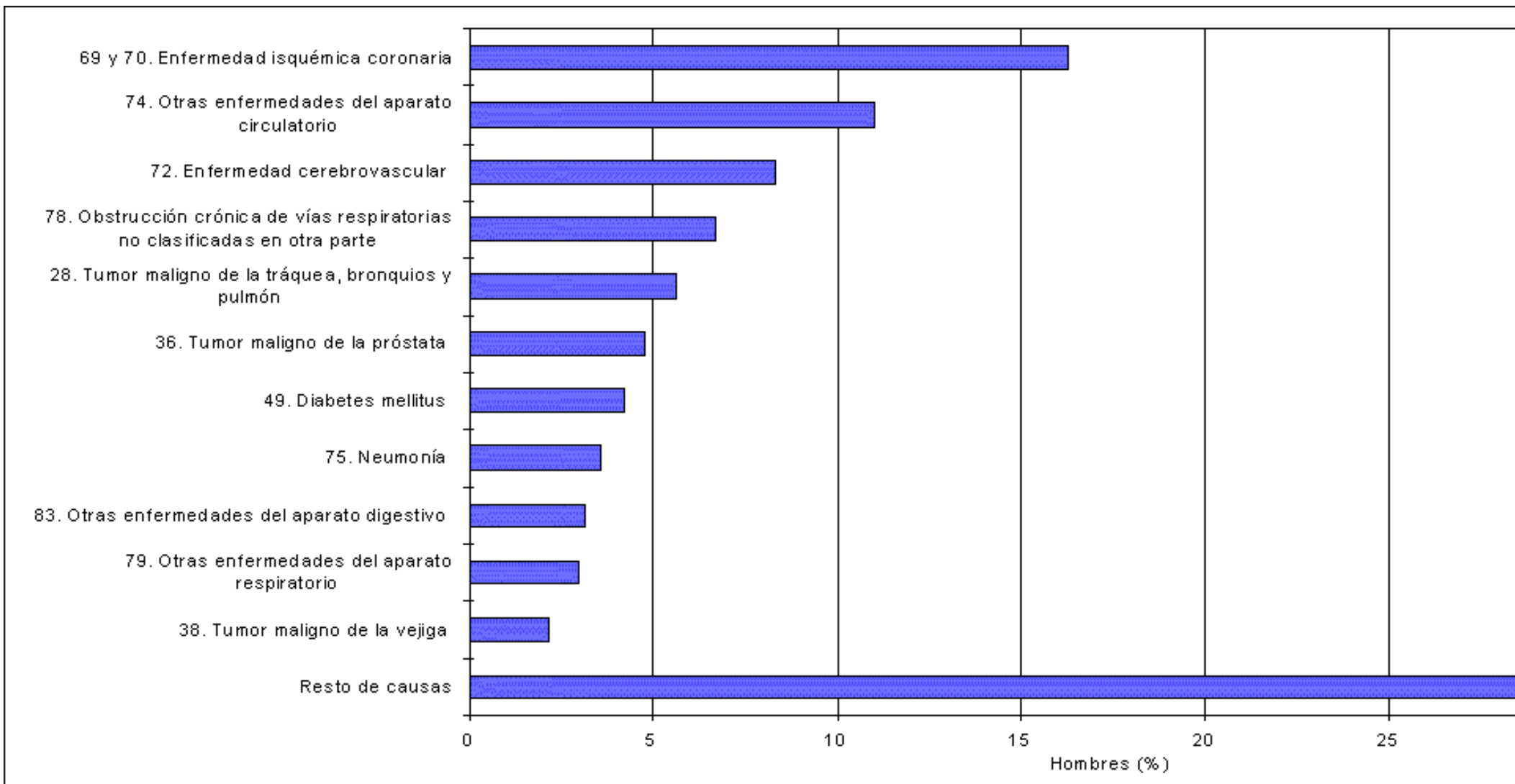


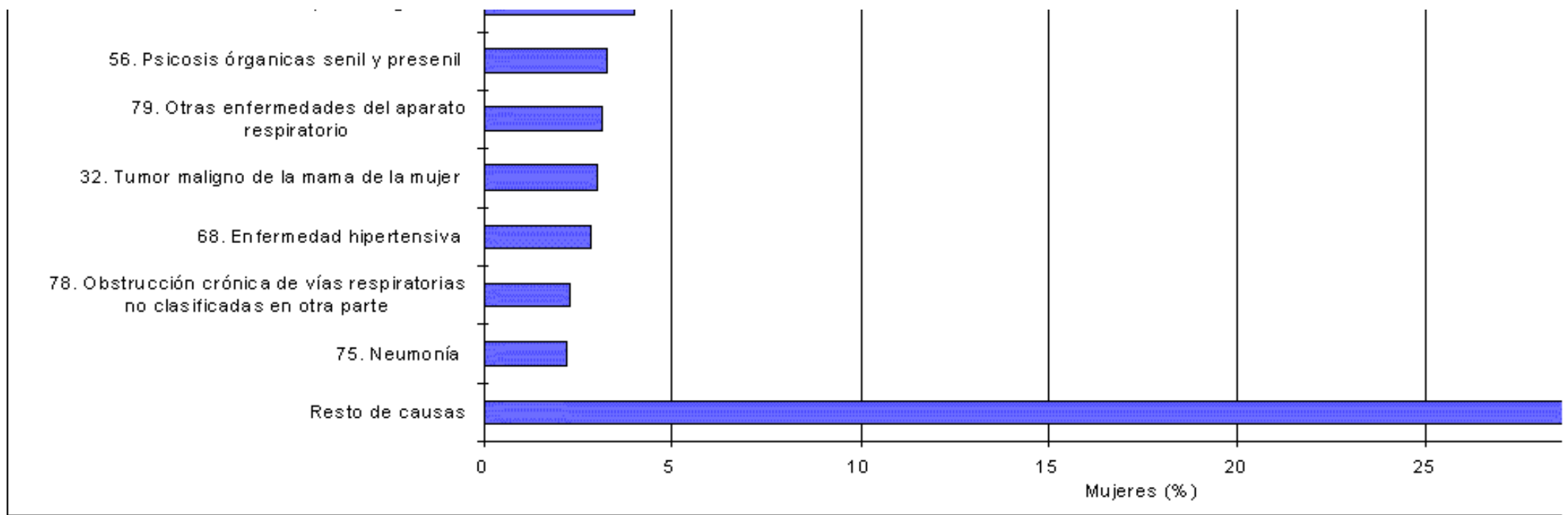


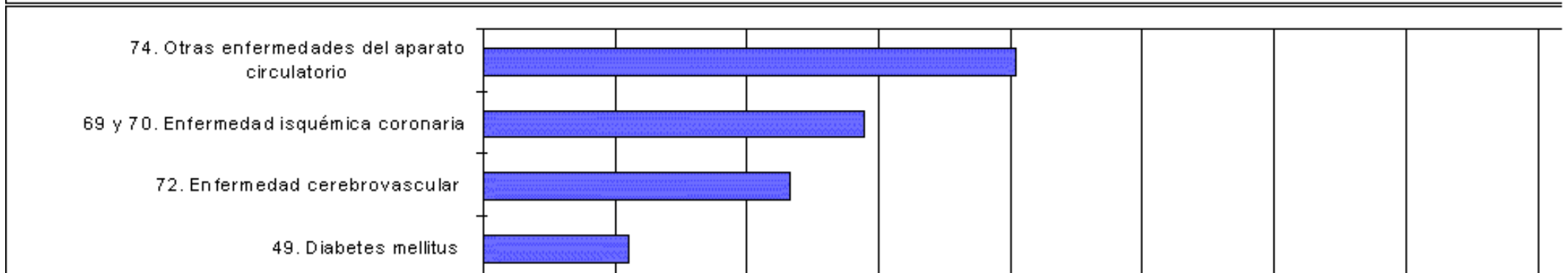
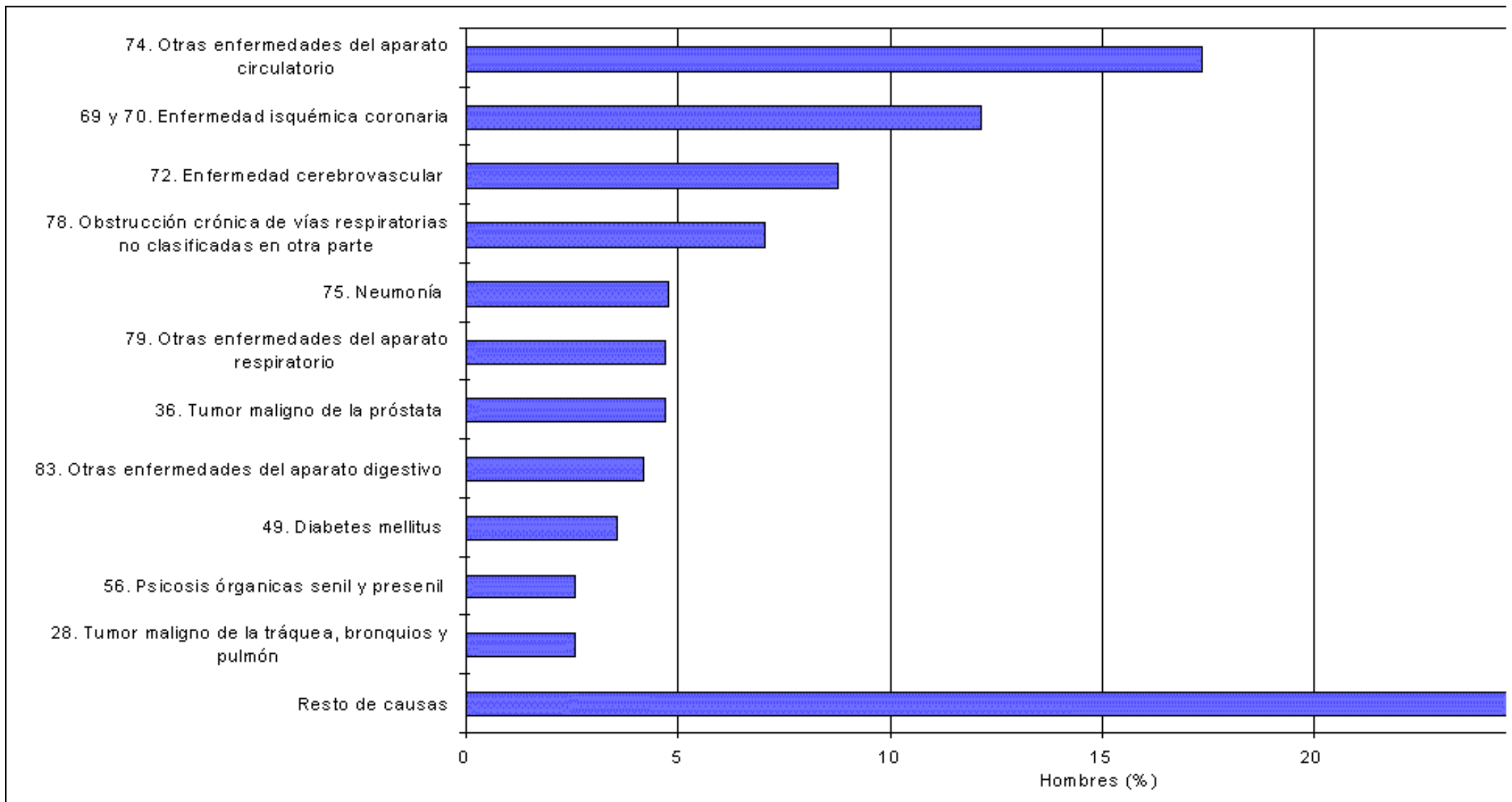
- 32. Tumor maligno de la mama de la mujer
- 69 y 70. Enfermedad isquémica coronaria
- 72. Enfermedad cerebrovascular
- 28. Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón

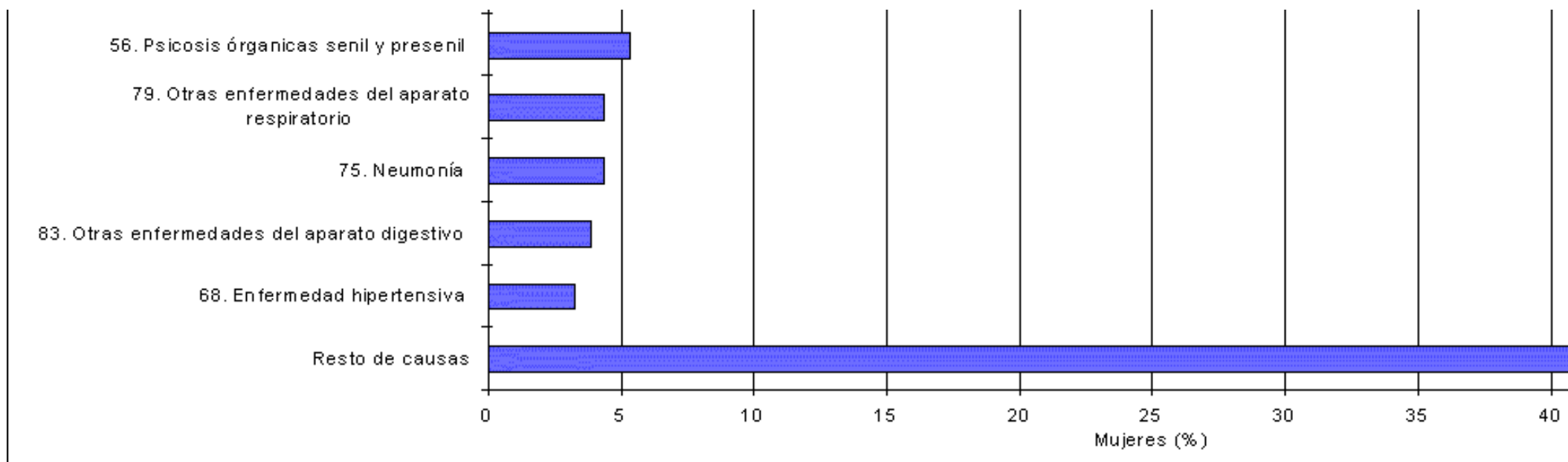












Desde la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud hasta el Plan de Salud de Canarias

El debate abierto por la **Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)** tras el enunciado de la propuesta "Salud para todo el mundo en el año 2000" y la elaboración por parte de la Oficina Europea de esta misma agencia, de los objetivos de "Salud para todos"; supusieron el punto de arranque para el desarrollo de los distintos **Planes de Salud** en el ámbito internacional. Los Planes de Salud del País de Gales y del Reino Unido; así como el documento "Gente Saludable 2000", que reúne los objetivos sanitarios de los EE.UU. para el fin del siglo XX, siguen las directrices de la estrategia de la O.M.S.

En este mismo sentido, el Gobierno Español incorporó los objetivos generales de la política de la O.M.S., a través de la Ley General de Sanidad de 1986. En ésta se establece que el "**El Plan Integrado de Salud**" del Estado ha de ser el producto de la fusión de los Planes de Salud de las distintas Comunidades Autónomas.

En esta línea, el **Gobierno de Canarias**, a través de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, ha incorporado como objetivo prioritario la elaboración de su **propio Plan de Salud**. Las características generales del mismo quedan recogidas en el texto de la **Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias de julio de 1994**. El Plan de Salud de Canarias adaptará e incorporará entre sus objetivos específicos algunos de los previamente establecidos por la O.M.S., manteniendo del mismo modo la referencia temporal del año 2000 para su primera evaluación global.

Los objetivos generales de la estrategia de salud de la O.M.S. se basan en:

- Reducir las desigualdades en la salud entre países y entre los diferentes grupos sociales que los constituyen.
- Prolongar la duración de la vida dotada de calidad.
- Resaltar el papel relevante de las actividades de promoción de la salud orientadas hacia la adopción de modos de vida saludables.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain
 Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org





¿Por qué planificar?

Hasta hace no muchos años los modelos de dirección empresarial trataban de optimizar el proceso de toma de decisiones, a través de la utilización de técnicas de gestión. Estos modelos asumían un grado de riesgo considerable en relación al grado de improvisación de la decisión. En la actualidad cualquier organización que pretenda garantizar la "efectividad" de su cometido ha de saber "hacia dónde quiere ir", es decir cuál es su misión y sus objetivos; y para ello habrá de establecer sus propias estrategias o planes. En general, **la primera fase** del proceso de planificación o asentamiento de estrategias, exige, independientemente de la materia a abordar, **la realización de un análisis detallado de la situación de partida**. Posteriormente habrá que decidir los objetivos concretos y los medios para conseguir cumplirlos.

Complementariamente, planificar en Sanidad puede actuar como agente de motivación, favoreciendo la vinculación de los sanitarios con su propia labor; añadiendo una perspectiva de futuro que permita además orientar las actividades hacia aquellas áreas de mayor necesidad. La efectividad de cualquier tipo de "**acción coordinada**" depende de la claridad de los objetivos, del nivel de compromiso de aquellos implicados en su consecución y de la adecuada distribución de los recursos destinados a la acción.

Planificar en salud exige desarrollar acciones coordinadas con diferentes organizaciones desde dentro y fuera del Sistema Sanitario. Para definir estrategias de conservación de la salud es necesario involucrar en el proceso a otras instituciones con responsabilidades sobre la salud, como son los Cabildos Insulares, los Ayuntamientos y las Consejerías de Educación, Cultura y Deportes, Obras Públicas, Vivienda y Aguas, Agricultura y Alimentación, Industria y Comercio, Pesca y Transportes, Viceconsejería de Medio Ambiente, entre otras.

Si bien los 5 años que nos separan del próximo siglo pueden parecer un período de tiempo breve, éste dará cabida sin embargo a la consolidación del cambio en la estructura demográfica, económica y socio-cultural de Canarias que habrá de ser tenido en cuenta, tanto a la hora de planificar el futuro de la asistencia sanitaria, como para la "instauración" en el presente inmediato, de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, en la Comunidad Canaria. La información referente a cambios esperados en los diferentes grupos de edad, en el tamaño de las familias canarias, en la composición de la clase trabajadora, así como sobre los hábitos de vida y los factores de riesgo predominantes en nuestra sociedad; constituirá un aspecto crucial para la toma de decisiones y el diseño de programas dirigidos hacia el logro de una Comunidad de gente saludable.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Serie Plan de Salud - Documento 1

Servicio Canario de Salud

El Plan de salud de Canarias es el documento que aglutinará las estrategias dirigidas a la **mejora del nivel de salud** de nuestra Comunidad Autónoma. Para ello, el Plan deberá ser articulado de tal modo que permita su utilización como "**herramienta de trabajo**" para el desarrollo de la política del gobierno en materia sanitaria, orientando y facilitando, las acciones y **la negociación dentro y fuera del sector sanitario**.

El Plan de Salud tendrá que dimensionar y dar respuesta a las diferentes **transiciones epidemiológicas** que se producen en la actualidad en Canarias. Nos referimos al envejecimiento de la población, a las variaciones interinsulares en el nivel de salud, a la aparición de nuevas epidemias y al retorno de determinadas enfermedades infecciosas consideradas "bajo control" hasta hace poco.

Dado que el estado de salud de la población depende en primer término de los hábitos de vida predominantes y de la exposición a factores medio ambientales, además de la acción del sistema sanitario, el Plan de Salud está obligado a proyectar acciones no sólo desde el sector sanitario y para el sector sanitario, sino que además han de ser consideradas acciones dirigidas sobre otros



sectores como el alimentario, la circulación vial, la industria, el medio laboral y el medio ambiente, entre otros.

Por esta razón el proceso estratégico de planificación sanitaria que ahora se inicia en nuestra comunidad parte del convencimiento de la necesidad de implicar a cuantos individuos y

organizaciones tengan que ver con la salud. Se trata por tanto de favorecer la creación de una **sensación generalizada de "propiedad" sobre el Plan de Salud**, a través de la participación en su elaboración tanto de los profesionales, como proveedores de servicios sanitarios, como de la sociedad a la que se dirigen estos servicios.

El enfoque profesional necesariamente multidisciplinar y el carácter participativo a todos los niveles de la sociedad, pretenden constituir las premisas básicas que aseguren el consenso político necesario para avanzar en el desarrollo de una política de salud adecuada, así como hacia una gestión más eficiente de los Servicios Sanitarios y Sociales de nuestra comunidad. **La Ley de Ordenación**

Sanitaria de Canarias establece un horizonte temporal de dos años para permitir el desarrollo de este planteamiento.

El reto actual del Plan de Salud de Canarias consiste en combinar la solidez del conocimiento científico, las habilidades profesionales, el soporte comunitario y la voluntad política necesaria para garantizar a nuestros ciudadanos el disfrute de una vida saludable y activa.

El desarrollo del **Plan de Salud de Canarias** habrá de recoger las **peculiaridades de cada isla**, investigando los aspectos diferenciales que puedan existir entre las mismas, en relación no sólo con los problemas de salud, sino también con los recursos disponibles para poner en marcha las intervenciones que habrán de dirigirse a resolver los problemas de salud identificados.

El propósito del Plan de Salud de Canarias es el de dirigir los esfuerzos de la Comunidad Autónoma hacia la objetición de **"TRES GRANDES OBJETIVOS"**.



Objetivos generales del Plan de Salud de Canarias:

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



- **Prolongar la duración** y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años).
- **Reducir las desigualdades** en la salud garantizando la equidad y solidaridad del sistema sanitario.
- **Garantizar la eficiencia** de los Servicios Sanitarios y Sociales.

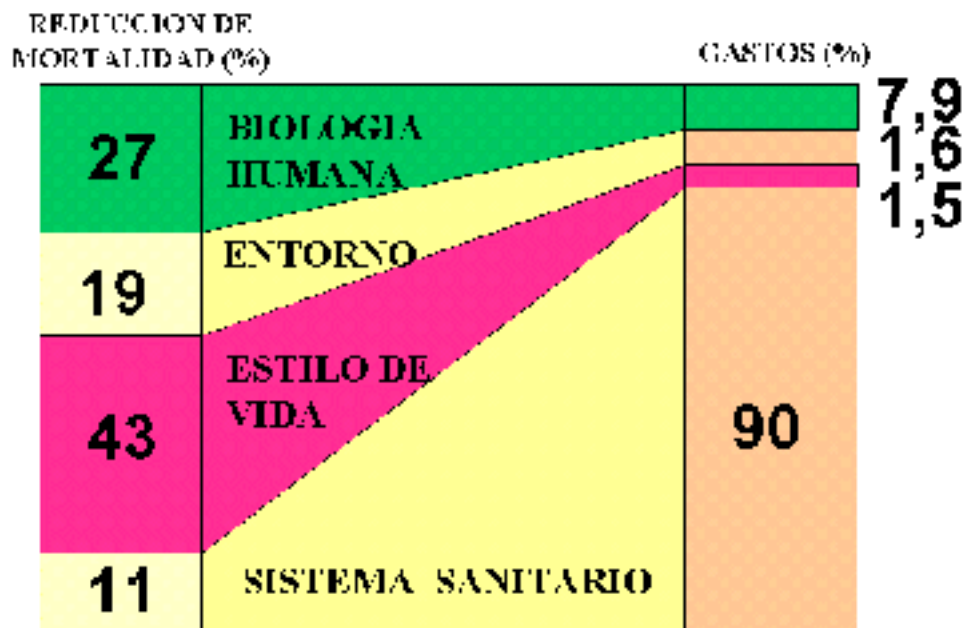
Las fases de elaboración del Plan: el análisis del estado de salud

Para ello tendremos que conocer previamente el modo de enfermar de nuestra sociedad, e identificar aquellos aspectos modificables que se relacionen con la salud de la Comunidad. Nos referimos a los **estilos de vida** de la población, la **calidad del entorno**, y a los **propios recursos del sistema sanitario**.

A través de esta estrategia podremos identificar cuáles son los grupos de individuos expuestos a un mayor riesgo de enfermedad, accidentalidad, invalidez y/o muerte prematura.

Una vez identificados estos grupos de mayor riesgo, es preciso analizar la capacidad real de nuestras instituciones (sanitarias y extrasanitarias) para dar respuesta a estas necesidades; contemplando tanto el desarrollo de actividades que favorezcan el mantenimiento de un nivel de salud óptimo (actividades de promoción y de prevención), como actividades recuperadoras de la salud en aquellas situaciones donde la enfermedad se haya establecido.

GRAFICA DE DEVER



El patrón de morbi-mortalidad actual en la Comunidad Canaria está íntimamente **relacionado a los hábitos de vida** que han encontrado arraigo en las sociedades modernas. El alto consumo de tabaco, las dietas inadecuadas, el sedentarismo, el stress laboral y la morbi-mortalidad derivada de accidentes laborales y de circulación, exigen, en primer lugar **la responsabilización de la propia sociedad**, forzando paralelamente el establecimiento de políticas de actuación multisectorial.

En consecuencia habrán de potenciarse las **estrategias de conservación de la salud** orientadas hacia el establecimiento de hábitos de vida saludables, a la vez que desarrollar intervenciones sobre el entorno (medio ambiente, carreteras, ...), los alimentos, el medio laboral, entre otros.

La limitación de los recursos económicos destinados a atender las ilimitadas necesidades de salud de cualquier comunidad moderna obliga a las autoridades sanitarias a **invertir del modo más realista y**

eficiente. Por esta razón los objetivos del Plan de Salud deberán ser alcanzables, partiendo de la realidad actual de nuestra Comunidad. Esto significa que los recursos económicos han de ser empleados en aquellas actividades que produzcan el beneficio más importante en el mayor número de individuos.

Dado que las acciones a emprender por el Plan de Salud han de estar basadas en el conocimiento previo del estado de salud de nuestra Comunidad y de los recursos socio-sanitarios disponibles, resulta necesario identificar todas las **fuentes de información** sobre aspectos sociales y sanitarios; a la vez que asegurar su fiabilidad.

Entre estas fuentes de información, cabe destacar la "Encuesta de Salud de Canarias" realizada por la propia Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, durante el año 1990, así como un estudio publicado en el mismo año en el que se recoge el Mapa Sanitario y la Aproximación al Estado de Salud de Canarias.

No obstante se hace necesario sistematizar y canalizar la información sobre aspectos sociales y sanitarios para garantizar la provisión de datos pertinentes y que permita evaluar de modo fiable la consecución de los objetivos propuestos por el Plan de Salud, a través de la aportación periódica de información sobre los problemas y necesidades tanto objetivas como subjetivas de nuestra población en relación con la salud.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Las fases de elaboración del Plan: el establecimiento de prioridades

Priorizar no se refiere únicamente a "anticipar" acciones en el tiempo, sino que expresa además y de modo fundamental la cantidad de recursos que es preciso destinar a cada uno de los problemas de salud identificados.

Con el objeto de facilitar el proceso de priorización entre los problemas de salud detectados, han de considerarse, en conjunto, las siguientes características:

- **La importancia del problema de salud**, determinada a través de la gravedad, la frecuencia del mismo y su evolución en el tiempo, es uno de los determinantes en el proceso de priorización. La gravedad del problema se mide a través de la mortalidad, morbilidad e incapacidad que produce. La frecuencia, se refiere tanto al número de sujetos afectados como a la periodicidad del propio proceso.
- **La eficacia de las intervenciones disponibles**, destinadas a la prevención y/o resolución del problema.
- **La posibilidad de evaluar el resultado** de las intervenciones desarrolladas.
- **El impacto social y económico**, determinando a través de las necesidades sentidas por la población, los costos que genera el problema de salud, así como el posible ahorro de recursos que produciría la intervención.

El Plan de Salud de Canarias tendrá en cuenta las expectativas de la población expresadas como "**necesidades sentidas**", tanto a la hora de identificar cuáles son los problemas de salud que afectan a cada isla o área, como en el momento de establecer las prioridades de las intervenciones dirigidas a corregir estos problemas de salud.

Estos aspectos de difícil medida, acompañados de la **participación de los profesionales** de la salud en todos los niveles de ejecución del Plan de Salud, facilitarán la aproximación a un proceso de priorización fruto del consenso y por tanto más próximo a las necesidades reales. Para ello, resulta necesario definir los instrumentos de participación profesional y social que garanticen la conexión con el proceso de planificación sanitaria.

Será función del Plan de Salud de Canarias orientar la distribución de los recursos destinados a la salud del modo más equitativo y eficiente.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



Las fases de elaboración del Plan: definir los objetivos del Plan de Salud

Finalizada la fase de priorización de los problemas de salud a través de la participación y el consenso entre técnicos, profesionales de la salud y la propia Comunidad, se iniciará la fase de definición de los objetivos a alcanzar mediante la aplicación del Plan de Salud.

El establecimiento de objetivos a alcanzar en un período de tiempo concreto, exige su evaluación posterior y la introducción de acciones correctoras, en el caso de que aquellos no hayan sido logrados. En este sentido, el Plan de Salud de Canarias pretende ser una herramienta adecuada a la realidad de nuestra comunidad, a la vez que suficientemente flexible como para adaptarse y solucionar las dificultades que pudieran aparecer en su desarrollo.

El Plan de Salud establecerá objetivos dirigidos tanto sobre el ámbito de los estilos de vida, como sobre el entorno y los servicios sanitarios; definiendo el grado de participación y responsabilidad de los diferentes sectores sanitarios y extrasanitarios. Concretamente **en el sector sanitario, los objetivos se introducirán en todos y cada uno de los centros que constituirán el Servicio Canario de Salud**; debiendo ser negociados con la red sanitaria concertada (pública y privada). Este proceso obligará, por tanto, a definir la estructura organizativa que asegurará la implantación de esta estrategia.

Para conseguir los objetivos es preciso definir el tipo de acciones o intervenciones necesarias en cada caso. Estas acciones estarán comprendidas por actividades preventivas y de promoción de la salud destinadas a modificar hábitos de vida y reducir riesgos evitables, además de actividades asistenciales o curativas, actividades rehabilitadoras y actividades de índole social.

El Plan de Salud tendrá que establecer cuáles son las intervenciones, entre las disponibles, que pueden contribuir en mayor medida a mejorar el estado de salud al objeto de alcanzar los objetivos de salud. Estos objetivos, para ser operativos, han de ser cuantificados considerando los períodos de tiempo precisos para ser alcanzados. Además añadirán una descripción del proceso de evaluación al que serán sometidos, a la vez que intentarán proporcionar una estimación de los recursos que consumirán.

La propuesta del Plan de Salud de Canarias, habrá de ser aprobada, en una etapa posterior, por el Gobierno Autónomo antes de su entrada en vigor, para convertirse, de este modo, en el punto de referencia de las actividades sanitarias en nuestra comunidad.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org



El proceso de elaboración del Plan de Salud

Dado que el Plan de Salud quiere ser una herramienta útil, fruto de la colaboración y el consenso entre sanitarios y fuerzas sociales y políticas de nuestra Comunidad, se hace necesaria la colaboración permanente de estos sectores a lo largo de todo el desarrollo de este proceso.

Fase inicial de formulación de estrategias para la elaboración del Plan de Salud:

El establecimiento de las líneas maestras para la elaboración del Plan fue producto del trabajo de un grupo de 40 personas, procedentes de las 7 islas, constituido por políticos sanitarios, representantes sociales (Presidente de la FECAI y de la FECAM), gestores sanitarios, economistas de la salud, epidemiólogos, planificadores e informadores clave del ámbito socio-sanitario.

Estas propuestas fueron posteriormente contrastadas a tres niveles: autoridades de los Cabildos y Ayuntamientos, sanitarios locales y planificadores de otras Comunidades Autónomas; durante la celebración de un seminario sobre las "**Competencias Sanitarias de las Corporaciones Locales de Canarias**".

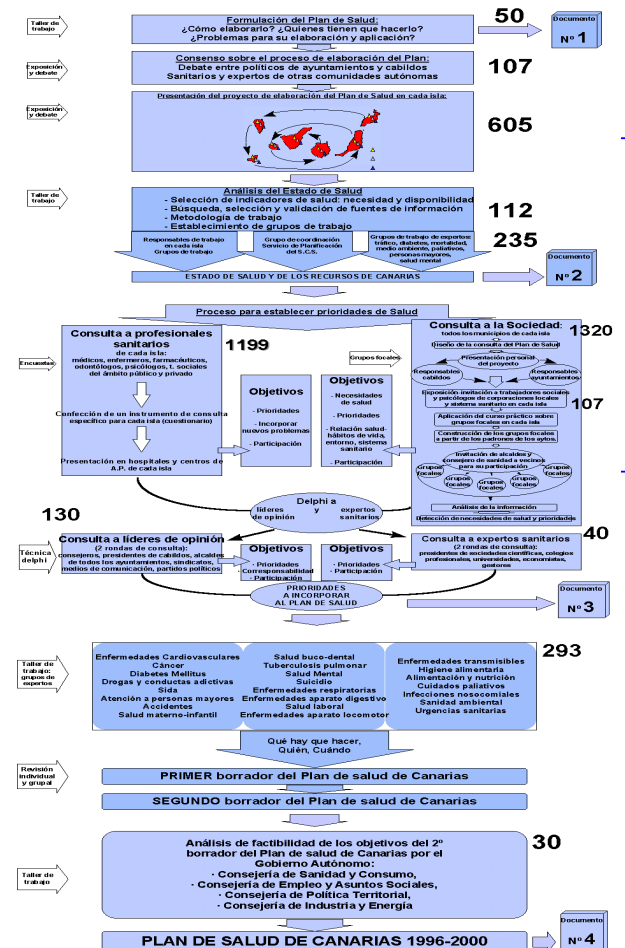
Fase de análisis del estado de salud y de los recursos socio-sanitarios:

Para ello se organizaron 3 grupos. Un **grupo de coordinación** del Plan de Salud, ubicado en los Servicios Centrales de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (actual Dirección General del Servicio Canario de Salud) de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, con la función de dinamizar el proceso a nivel de la Comunidad Autónoma. Un segundo **grupo de responsables** del Plan de Salud en las islas, al objeto de profundizar en las acciones en cada isla o área de salud, relacionando a los sectores sanitarios con los políticos y sociales.

El tercer grupo está formado por aproximadamente **120 profesionales expertos** en diferentes áreas, con el objeto de proveer al Plan de salud de la información más actualizada, fiable y adaptada a cada una de las islas del archipiélago. Estos expertos proceden de distintos ámbitos profesionales: Universidades, Consejería de Educación, Jefaturas Provinciales de Tráfico, Unidades de Salud Laboral, Direcciones Generales de Salud Pública, Asistencia Sanitaria, Drogodependencias y Asuntos Sociales, Centros Hospitalarios y Equipos de Atención Primaria y Cabildos Insulares.

El producto de esta fase ha de ser la edición del documento base para la elaboración del Plan de

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS



[El Plan del Plan.](#)

[Pulsar sobre la imagen para ampliación.](#)

Salud, en el que se recogerán los detalles referentes a los problemas de salud de cada isla.

Fase de consulta del Plan de Salud:

Esta consulta se dirigirá por un lado a los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros, veterinarios, odonto-estomatólogos, trabajadores sociales y psicólogos clínicos) de cada una de las islas, con los siguientes objetivos:

- **Extender la participación**, en el proceso de elaboración del Plan de Salud, a los profesionales sanitarios de todas las islas que no han intervenido en la fase de Análisis del Estado de Salud y de Recursos.
- **Conocer la opinión de los profesionales** sanitarios sobre la importancia de los problemas de salud identificados.
- **Utilizar la opinión expresada** por los profesionales, a través de esta consulta, como primer paso en la estrategia de priorización de problemas de salud a abordar en nuestra Comunidad Autónoma.
- **Descubrir e incorporar nuevos problemas de salud** que merezcan esta consideración por parte de los profesionales sanitarios.

Por otro lado el Plan de salud incorporará la **opinión de la sociedad**, a través de la interacción con grupos sociales representativos de cada municipio de la Comunidad Autónoma. Los objetivos de tal interacción son los de conocer cuáles son las necesidades sentidas directamente por la población.

El producto de la fusión de los resultados de la consulta a los profesionales y a la sociedad será utilizado, a través de la técnica Delphi, por políticos y responsables sanitarios para definir las áreas socio-sanitarias prioritarias en Canarias.

Fase de establecimiento de objetivos:

Grupos de expertos multidisciplinares e interinstitucionales abordarán el análisis de aquellos problemas de salud que hayan sido identificados como prioritarios, al objeto de:

- Establecer estrategias de intervención.
- Marcar objetivos alcanzables.
- Definir los plazos de ejecución.
- Identificar responsabilidades por las instituciones.
- Perfilar mecanismos de evaluación.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain
Tlf. (922) 475715, Fax 475751



Las condiciones necesarias para consolidar el Plan

Si bien el Plan de Salud inicia su andadura partiendo de la realidad social y sanitaria actual de Canarias, ha de identificar desde este mismo momento, aquellos factores clave que han de facilitar el desarrollo y la consolidación de la política de salud y servicios sanitarios propuestas por el propio Plan.

1. **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 aquéllas previstas por la Administración Sanitaria.

La reciente aparición en escena de la "Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias" ha de desempeñar un papel central a este respecto.

2. **Investigación.** El Plan de Salud ha de constituir una referencia adicional para la definición de las áreas socio-sanitarias prioritarias de ser investigadas 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.
3. **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 un sistema de 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 y área sanitaria).
4. **Cooperación intersectorial.** Lejos de ser un artificio, la constatación de que las corporaciones locales y otras Consejerías poseen claras competencias sobre aspectos relacionados con la conservación de la salud, exige la plasmación de una política de cooperación interdepartamental. La importancia de los factores ambientales sobre la salud, el impacto de los accidentes de tráfico y de trabajo, así como la necesidad de introducir estrategias de educación para la salud, refuerzan la necesidad de este enfoque.

5. **Participación de la comunidad.** 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.
6. **Participación de los profesionales.** Los cambios organizativos que se prevén en el Sistema Sanitario Público de Canarias en relación a las transferencias de las competencias de autogestión sanitaria han de orientarse hacia la eficiencia de la prestación de servicios sanitarios y la satisfacción tanto de usuarios como de los profesionales.

La pieza clave para alcanzar estos objetivos generales es el propio profesional del sistema. Los profesionales sanitarios han de estar presentes en todas las fases de elaboración del Plan de Salud: fase de formulación de las directrices generales, fases de búsqueda de fuentes de información y análisis de situación de salud y de los recursos socio-sanitarios, fase de definición de problemas y de su priorización y por último en las fases de establecimiento de objetivos a alcanzar y de las estrategias necesarias para tal fin.

El Plan de Salud ha de aprovechar los conocimientos y la experiencia de los profesionales de la salud, fundamentalmente en el momento de instrumentalizar los objetivos incluidos en el Plan.

7. **La mejora de la calidad asistencial.** Hasta la actualidad han sido escasas las actividades desarrolladas en el seno de los servicios sanitarios públicos destinadas a garantizar la "mejora de la calidad asistencial". Las experiencias que se han producido, proceden casi exclusivamente del ámbito de la Atención Primaria de Salud.

El Plan de Salud deberá promover 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.

Una última faceta a incorporar es la de la evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, complementando de este modo las diferentes vertientes de la garantía de calidad asistencial.

8. **Evaluación tecnológica.** 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 sanidd. 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, accesibilidd 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.

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

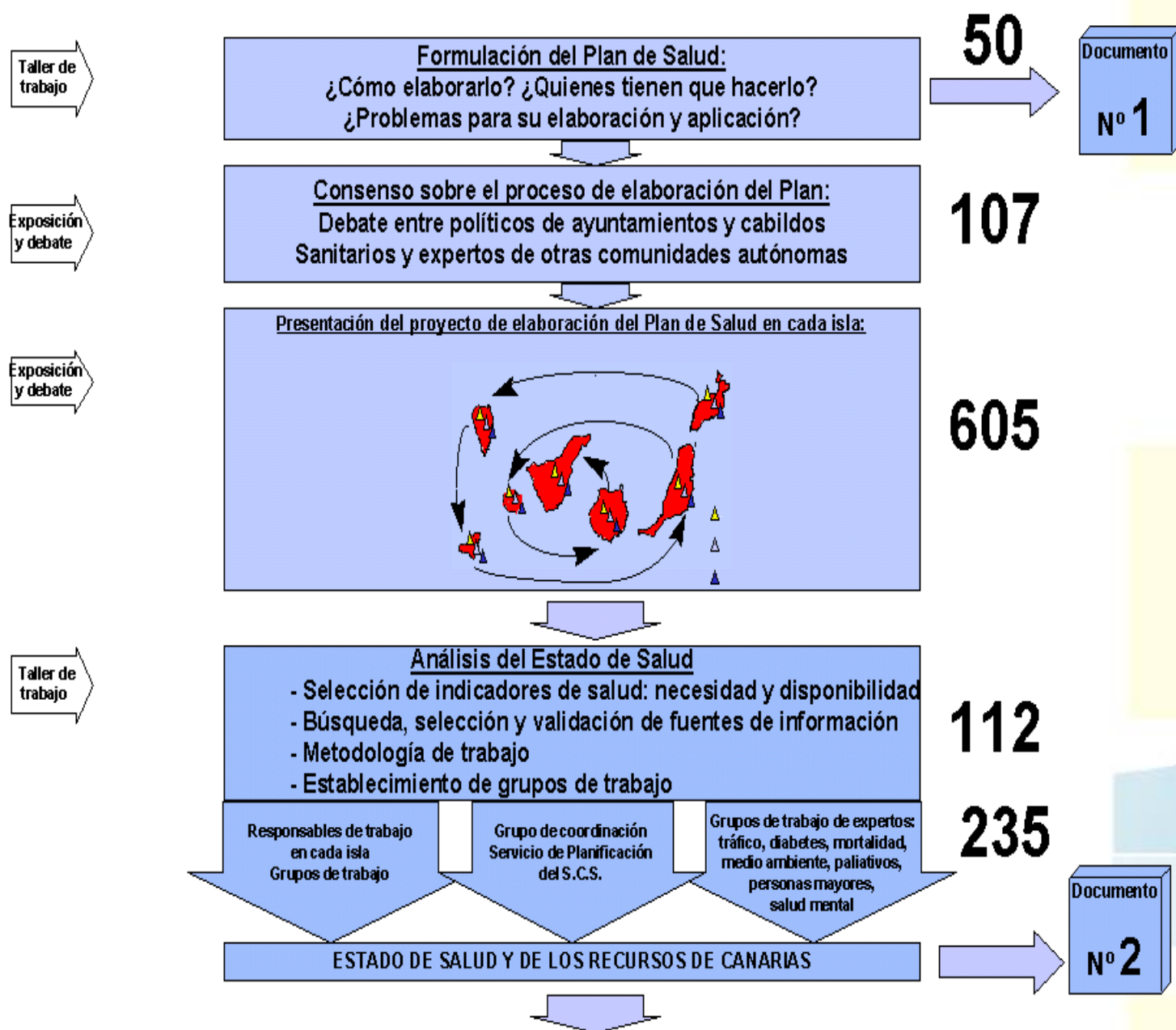
Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
38004, Santa Cruz de Tenerife
Canary Islands, Spain

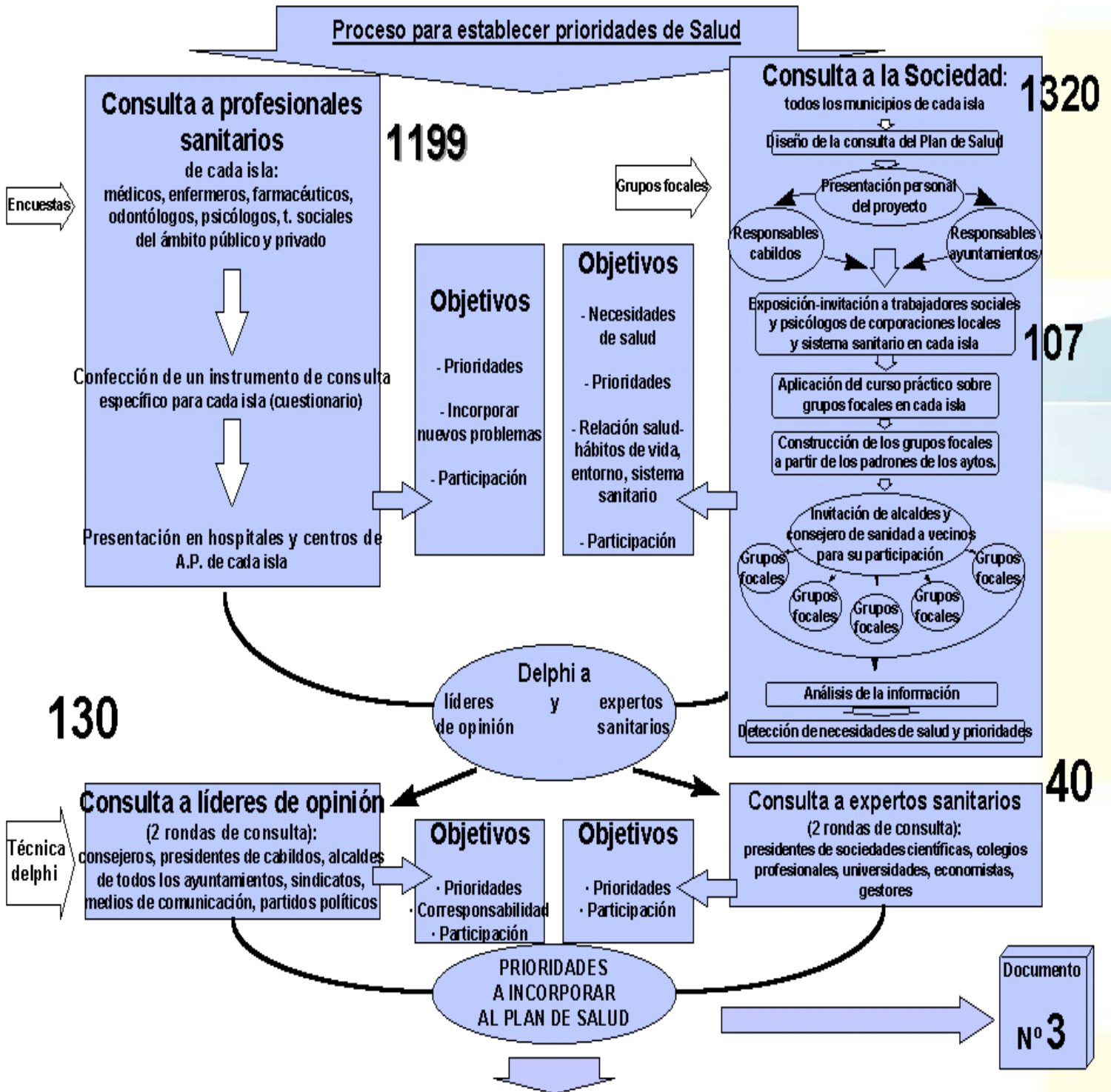
Tlf. (922) 475715, Fax 475751

plandesalud@gobiernodecanarias.org

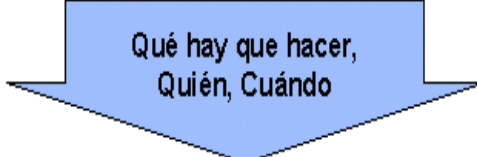
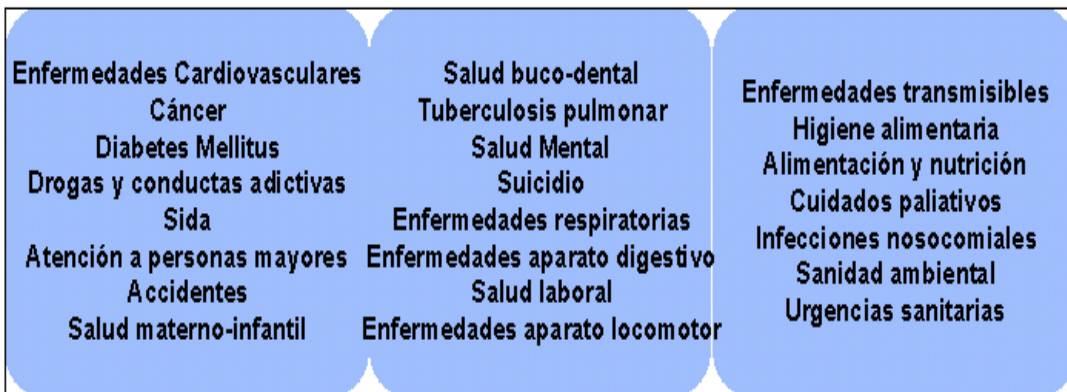


PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS





Taller de trabajo: grupos de expertos



Revisión individual y grupal

PRIMER borrador del Plan de salud de Canarias

SEGUNDO borrador del Plan de salud de Canarias

Taller de trabajo

Análisis de factibilidad de los objetivos del 2º borrador del Plan de salud de Canarias por el Gobierno Autónomo:

- Consejería de Sanidad y Consumo,
- Consejería de Empleo y Asuntos Sociales,
- Consejería de Política Territorial,
- Consejería de Industria y Energía

30

PLAN DE SALUD DE CANARIAS 1996-2000

Documento
Nº 4

[Servicio del Plan de Salud e Investigación](#)

Pérez de Rozas, 5, 4ª planta
 38004, Santa Cruz de Tenerife
 Canary Islands, Spain
 Tlf. (922) 475715, Fax 475751
plandesalud@gobiernodecanarias.org



