

# Canarias





# 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

El último dato de población disponible corresponde a la Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1-1-2005 (INE). Según estos datos, la población residente en Canarias a 1 de enero de 2005 alcanza la cifra de casi dos millones de habitantes.

	Canarias	Lanzarote	Fuerte-ventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
<b>Total</b>	<b>1.968.280</b>	<b>123.039</b>	<b>86.642</b>	<b>802.247</b>	<b>838.877</b>	<b>21.746</b>	<b>85.252</b>	<b>10.477</b>
0-14	<b>299.100</b>	21.016	14.548	126.649	120.814	2.741	11.880	1.452
15-64	<b>1.431.294</b>	92.727	67.077	579.552	611.589	15.080	58.252	7.017
65 o más	<b>237.886</b>	9.296	5.017	96.046	106.474	3.925	15.120	2.008

Fuente: Ficheros de microdatos de la Revisión del Padrón Municipal a 1-1-12005 (INE).

En el último año, la población residente en las Islas aumentó en 52.740 personas. Canarias, con un crecimiento de un 2,8% respecto a 2004, sólo se ha visto superada, en términos porcentuales, por las Comunidades de Valencia (3,3%), Murcia (3,2%) y Baleares (2,9%).

Todas las islas han aumentado su población, aunque la Isla de Tenerife se destaca de forma espectacular en términos absolutos. En términos porcentuales, sin embargo, Fuerteventura se coloca a la cabeza con un crecimiento de un 8,3%.

Por sexos, el 50,21% del total de empadronados son varones y el 49,79% mujeres. Por edades, el 15,2% de la población tiene menos de 14 años, el 72,72% tiene entre 14 y 64 años y el 12,09% más de 65 años.

Según nacionalidad, de los **1.968.280** habitantes de Canarias, 1,74 millones de personas son de nacionalidad española y 222.260 son extranjeros, lo que supone ya el 11,9% del total de empadronados. De estos extranjeros, sólo el 50% pertenece a países europeos.

La población no se reparte de manera homogénea por todo el territorio nacional. Cuando la densidad media de España es de 87 habitantes por km<sup>2</sup>, la de Canarias es de 264 hab./km<sup>2</sup>, sólo superada por Madrid (743 hab./km<sup>2</sup>) y País Vasco (300 hab./km<sup>2</sup>)

En la siguiente tabla se exponen los Datos de Población obtenidos de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), correspondientes a diciembre de 2005, siguiendo la misma distribución por islas y grupos de edad que la empleada por el INE.

	Canarias	Lanzarote	Fuerte- ventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
<b>Total</b>	<b>1.872.191</b>	<b>123.190</b>	<b>91.456</b>	<b>775.594</b>	<b>781.610</b>	<b>16.565</b>	<b>74.964</b>	<b>8.812</b>
0-14	<b>290.422</b>	21.219	15.635	120.541	118.360	2.411	10.978	1.278
15-64	<b>1.341.014</b>	92.047	70.872	553.201	560.024	10.848	48.585	5.437
65 o más	<b>240.755</b>	9.924	4.949	101.852	103.226	3.306	15.401	2.097

Fuente: Almacén de datos de Atención Primaria (diciembre 2005).

Según estos datos, el número de TSI obtenidos en diciembre de 2005 se ha incrementado en un 4,04% en los dos últimos años, destacando el aumento del 14,13% de los usuarios residentes en la isla de Fuerteventura.

## 2. Desarrollo normativo e institucional

- **Decreto** 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos (B.O.C. 154, de 8 de agosto de 2005).
- **Decreto** 212/2005, de 15 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- **Decreto** 225/2005, de 13 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula la utilización de desfibriladores semiautomáticos externos por los primeros intervinientes. (B.O.C. 247, de 20 de Diciembre de 2005).
- **Decreto** 226/2005, de 13 de diciembre, por el que se regula el procedimiento de verificación del cumplimiento por parte de las oficinas de farmacias y de los servicios farmacéuticos de los requisitos necesarios para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficiales, así como el procedimiento de autorización de la elaboración por terceros.
- **Orden** de 28 de febrero de 2005, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión (B.O.C. 55, de 17 de marzo de 2005).
- **Orden** 8 de julio de 2005, por la que se modifica la Orden de 9 de julio de 2001, que regula la adquisición centralizada de determinados bienes y productos de naturaleza sanitaria (B.O.C. n.º 113, de 27 de agosto de 2001).
- **Orden** de 23 de septiembre de 2005, por la que se regula el Sistema de Información Cantonera. (B.O.C. 205, de 19 de octubre de 2005).
- **Orden** de 4 de octubre de 2005, por la que se modifica parcialmente la Orden de 4 de julio de 1997, que regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico.

- **Orden** de 17 de noviembre de 2005, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, que se establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargos del Servicio Canario de la Salud (B.O.C. n.º 96, de 21 de mayo de 2003).

### 3. Planificación y Programas Sanitarios

#### Plan de Salud de Canarias 2004-2008

Esta nueva edición del Plan de Salud concentra las actuaciones en los problemas de salud de mayor impacto en la sociedad, asegurando, de esta manera, la mejora progresiva de los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Canarias. Las grandes metas del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 son: prolongar la duración y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años), centrando las actuaciones sobre los problemas de mayor impacto en la salud de la población; reducir las desigualdades en la salud, garantizando la equidad y solidaridad y la asignación de recursos en el sistema sanitario, y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios, buscando el máximo beneficio en salud de las inversiones realizadas por el Gobierno de Canarias.

Las enfermedades cardiovasculares y más concretamente la cardiopatía isquémica, el cáncer, la Diabetes Mellitus, la salud mental, el envejecimiento y los accidentes son los problemas que han sido priorizados en el Plan de Salud, debido a su mayor impacto social y económico. En este segundo Plan de Salud se han seleccionado las actuaciones a desarrollar a partir de criterios de costo-efectividad entre aquellas de efectividad y seguridad científicamente demostrada. Para ello, se ha reservado una dotación económica específica para cada una de las actuaciones. Además, por primera vez, el Plan de Salud incorpora un ranking o lista ordenada, según ratios de coste-efectividad, de las actuaciones de efectividad demostrada para hacer frente a cada uno de los problemas de salud priorizados.

Con el primer Plan de Salud de Canarias se establecieron las bases para el desarrollo de un conjunto de actuaciones sanitarias planificadas que, bajo el enfoque de planificación operativa y, en algún caso, estratégica, se centraron sobre problemas de salud específicos. A ellos solemos referirnos como los «Productos del Plan de Salud» y, entre los más destacados, se encuentran: el Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, el desarrollo de la Política de Atención a la Salud Mental, la planificación asistencial a las emergencias sanitarias, el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, el Programa de Cribado de Retinopatía Diabética, que hace uso de las tecnologías de la comunicación para reorganizar y mejorar la eficiencia de los servicios diagnósticos; el Programa de Educación a la Sexualidad de Canarias, en el que se desarrollan actividades integradas de carácter educativo y asistencial (socio-sanitario) y el impulso a la cooperación intersectorial en políticas de violencia hacia mujeres, niños y mayores.

## Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en la Atención Primaria

En respuesta a las directrices del Plan de Salud de Canarias, al ser la enfermedad cardiovascular la primera causa de muerte en nuestra comunidad, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud planificó y diseñó este programa que es la herramienta de trabajo de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para prevenir y controlar de forma integrada los distintos factores de riesgo que inciden en la aparición de esta enfermedad. La estrategia de abordaje que plantea el programa, basada en el riesgo cardiovascular, permite una aplicación más objetiva y adecuada, siguiendo las más actuales evidencias científicas y adaptando los controles, seguimientos, tratamientos y consejos a cada paciente.

Su implantación comenzó en los EAP en el año 2001, tras una exhaustiva formación a los profesionales sanitarios de las siete Áreas de Salud.

A lo largo del año 2005 se ha trabajado intensamente en el reciclaje y actualización de los profesionales de EAP en cuanto a la prevención y control de la Enfermedad Cardiovascular (ECV), mediante una estrategia formativa encaminada no sólo a reforzar aspectos básicos en el manejo del programa según Riesgos Cardiovasculares (RCV), sino además introducir talleres teórico prácticos sobre aspectos concretos, considerados importantes en actualizar y mejorar su eficacia. Entre ellos destaca el manejo y abordaje de la Diabetes Mellitus, el Tabaquismo, el Cumplimiento Terapéutico, la Hipertensión Arterial y la AMPA (Automedida de la Presión Arterial)...

Otro campo de trabajo iniciado en el 2005 fue el mejorar la coordinación y establecer líneas de trabajo conjunto entre la Atención Primaria y la Atención Especializada para el abordaje de la ECV y los distintos Factores de Riesgo.

## Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género

El Servicio Canario de la Salud cuenta con un «Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico» para guiar las actuaciones de los profesionales sanitarios en la prevención, detección precoz y abordaje integral de este grave problema de salud, incluyendo en el diagnóstico diferencial también la violencia como causa de las alteraciones que presentan las mujeres.

Contempla acciones preventivas y de sensibilización en las consultas, en los grupos de educación sanitaria y en la comunidad, además de en el propio personal sanitario, a los que se orienta para estar alerta ante signos y síntomas que estén encubriendo una posible situación de violencia.

Durante 2005 se ha incluido en la historia clínica informatizada el «Protocolo de actuación ante la Violencia de Género en el ámbito doméstico», lo que ha facilitado la implantación del documento en las consultas así como el registro de los datos.

## Programa de Salud Infantil

Transcurridos diez años desde su implantación, se ha visto necesaria su revisión y actualización, contemplando los cambios en la práctica clínica y las nuevas evidencias de la efectividad de las actividades propuestas.

En esta nueva edición se incluye una especial atención a los aspectos sociales, la detección de trastornos mentales graves, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la atención a inmigrantes, el seguimiento al recién nacido de muy bajo peso y el grupo de los adolescentes (adolescencia temprana) con los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

## Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

Este programa se comenzó a diseñar en 1998, comenzando su implantación en 1999, para lo cual se siguieron las directrices establecidas por el Instituto de Salud Carlos III y la Asociación Europea de Lucha Contra el Cáncer. Se inició dirigiéndose a todas las mujeres canarias con edades comprendidas entre los 50-65 años. En el año 2003 se amplió el rango de edad hasta los 67 años y en el año 2005, hasta los 69 años.

Entre los estándares de calidad establecidos en el programa se encuentra un «tiempo de demora» entre la mamografía y la anatomía patológica inferior a 4 semanas y una tasa de detección situada entre 4,5 por mil mujeres exploradas en la primera serie y de 2,25, en las sucesivas.

## Programa de Atención a las Personas Mayores

Los EAP de la Comunidad Autónoma de Canarias cuentan con un Programa de Atención a las Personas Mayores que se puso en marcha en el año 1999. Este programa tiene como objetivo captar e intervenir en las personas de 65 y más años para prolongar la duración y la calidad de su vida en función de su mayor o menor riesgo (OMS 1987). El programa está implantado en todos los EAP.

## Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil

Conjuntamente con la apertura de los Hospitales de Día Infanto-Juveniles y siguiendo los objetivos establecidos para la salud mental en el Plan de Salud, se inició una línea de trabajo conjunta entre Educación y Sanidad para la elaboración del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil, así como un proceso de formación específico dirigido a los profesionales de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

## Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (PASAR)

Se corresponde con la actualización del antiguo «Programa de la mujer» de Atención Primaria, vigente desde el año 1996, que cambia de nombre para abarcar tanto a la mujer como al hombre en toda su etapa fértil.

De entre todos los subprogramas que lo componen se ha comenzado con la actualización del dirigido a la Anticoncepción, elaborando un documento y una miniguía para los profesionales y unos folletos para la población general. En la fase de implantación se llevó a cabo la formación de un grupo de formadores que realizaron los talleres en los centros de atención primaria; Asimismo el documento fue presentado en mano a los profesionales de atención especializada.

## Aulas de Salud

En el año 2005 se ha puesto en marcha una iniciativa denominada Aulas de Salud cuyos objetivos son: «Implantación de la Educación Sanitaria y de Promoción de la Salud Grupal y Comunitaria como actividad permanente en la Atención Primaria de Salud», «Formación específica a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en Educación para la Salud», «Coordinación de los estamentos, organismos y administraciones implicadas directamente en la Educación Sanitaria» y «Promoción de la Salud».

En el marco organizativo de estas AULAS DE SALUD se establecerá una oferta formativa grupal temporalizada, en los contenidos propios apoyados en los Programas Asistenciales y Guías de nuestra comunidad que determinan a la educación sanitaria como eje fundamental en el protocolo de actuación. Asimismo tendrán cabida las actividades puntuales (charlas, cursos, talleres, etc.) que se establezcan a partir de campañas y/o proyectos específicos.

Las Aulas de Salud constituyen un servicio dirigido a la población con el componente básico de la Educación Sanitaria y Educación para la Salud.

**Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005**

		Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>	Plan de Salud de Canarias.	Sí	1.ª PS: 1997-2002 2.ª PS: 2004-2008	
<b>PASAR</b>	Programa de Salud Afectivo-sexual y reproductiva (PASAR): Actualización del antiguo Programa de la Mujer «Subprograma de Anticoncepción».	Sí	1.ª Edic: 1996 2.ª Edic: 2005	Incluye la elaboración de una guía de actuación en Anticoncepción, una miniguía de consulta rápida y 4 modelos de folletos para la población general.
<b>Cáncer de mama</b>	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento.	Sí	1999	Unidad Móvil para mejorar la cobertura y acercar el servicio a los municipios más alejados de las islas. En colaboración con la AECC y la Asociación de mujeres mastectomizadas.
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria.	Sí	1.ª Ed.: enero 2001 2.ª Ed.: marzo 2003	
<b>Salud mental</b>	Política de Atención a la Salud Mental. Programa de Intervención Familiar.	Sí	1997 1998	
<b>Violencia de género</b>	Plan de Acción: Programa Canario para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las mujeres (2002-2006). Acciones preventivas: Incluidas en el protocolo.	Sí	2002 2003	Contempla todos los tipos de violencia de género. Ofrece orientaciones dirigidas a los profesionales sanitarios para estar alerta ante signos y/o síntomas que puedan encubrir una situación de violencia.
<b>Salud Infantil</b>	Programa de Salud Infantil.	Sí	1.ª Ed: 1995 2.ª Ed: 2005	
<b>Mayores</b>	Programa de Atención a las Personas Mayores.	Sí	1.ª Ed: 1999 2.ª Ed: 2002	Junto con el Programa, se editaron 2.500 unidades de la «Guía de Actuación en las Personas Mayores en AP».

(\*) Aspectos innovadores y diferenciales.

## 4. Farmacia

### Seguimiento de la prescripción farmacéutica

El seguimiento de la prescripción farmacéutica se ha basado en los datos obtenidos a través del sistema de información sobre la prescripción DIGITALIS.

En este año 2005 se ha mejorado el seguimiento de la prescripción farmacéutica mediante el desarrollo e implantación de un Data Warehouse, aplicativo que describiremos en el apartado de *Nuevas Tecnologías*.

### Políticas de uso racional del medicamento de la Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de la Salud año 2005

#### 1. Formación de los profesionales

- 1.1. Se realizaron un total de 28 ediciones de los Cursos de Terapéutica dirigidos a médicos: 11 ediciones de los Cursos de Terapéutica para Médicos de Atención Primaria de 16 horas de duración cada uno, 11 ediciones del Curso de Terapéutica Pediátrica de 20 horas y 6 ediciones del Curso de Uso Racional del Medicamento de 10 horas de duración. Los cursos se impartieron en las islas de Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote, Fuerteventura y La Palma. Fueron superados por un total de 540 profesionales.
  - 1.2. Se impartieron un total de 40 sesiones formativas de 90 minutos de duración en los centros de salud de Gran Canaria y Tenerife, a las que asistieron unos 400 profesionales.
  - 1.3. Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria recibieron formación específica sobre uso racional del medicamento, con la realización de un curso de 16 horas de duración.
  - 1.4. La utilización del correo electrónico como instrumento de formación a los profesionales ha sido un instrumento muy útil. Se han remitido con periodicidad semanal, diversos documentos y bibliografía médica tanto a las Direcciones de Zona Básica, como a los responsables de uso racional del medicamento en los centros de salud.
  - 1.5. La prescripción asistida a través del ordenador se ha continuado en las islas de La Palma y Tenerife, alcanzando al 25% de las consultas de la CC.AA.
2. **Actividades del grupo de trabajo para el uso racional del medicamento.** En diciembre del 2005 se celebró la Tercera Reunión del Grupo de Trabajo, en la que se valoraron las notas informativas de las estatinas y los ARAII y se diseñó el plan para implantar en el año 2006 la prescripción por principio activo.
  3. **Impulso a la figura del responsable de uso racional del medicamento en los Centros de Salud de Canarias.** La Dirección General de Farmacia formó a 100 médicos de Atención Primaria para que colaboren con la Dirección General de Farma-

cia en el uso racional del medicamento en sus Zonas Básicas de Salud. Para ello se han constituido en cada provincia Grupos de Trabajo Permanentes

4. **Mejora de la prescripción a través del uso de una guía farmacoterapéutica.** Para ello se adquirieron 1.666 ejemplares de la Guía Farmacoterapéutica Basada en la Evidencia de la SemFYC, La versión informática de dicha guía, se ha incluido en los aplicativos de historia clínica electrónica del Servicio Canario de la Salud.
5. **Campaña de educación sanitaria a la población sobre el URM.** La Consejería de Sanidad lanzó una campaña informativa dirigida a la población en diversos medios de comunicación sobre *uso racional del medicamento*.
6. **Elaboración de protocolos pediatría Atención Primaria y Atención Especializada.** Se consensuaron y pusieron en marcha 9 protocolos.
7. **Nuevas tecnologías aplicadas a procesos de toma de decisiones**

#### 7.1. FarmaCanarias

Es un sistema integrado de gestión y análisis de la prestación farmacéutica dirigido a las áreas de Gestión, Evaluación e Inspección Farmacéutica en los ámbitos de Servicios Centrales y Gerencias de Atención Primaria y especializada, con la finalidad de:

- Disponer de una base de datos de medicamentos y productos sanitarios común para toda la organización.
- Automatizar los procesos de verificación de la facturación.
- Conocer cómo se están desarrollando los procesos: Prescripción, Dispensación, Facturación.

#### 7.2. Archivo digital

Se acomete desde enero de 2005 el proceso de digitalización de todas las recetas facturadas al SCS.

Este proceso facilita las labores de inspección y comprobación de la facturación por los Colegios, además de almacenar información útil para la obtención de datos que alimentarán al sistema *FarmaCanarias*.

### 8. Receta electrónica

Durante el año 2005 se realizaron los primeros contactos con los agentes implicados para la definición de un pliego de prescripciones técnicas y la adjudicación de una aplicativo de receta electrónica en Canarias, el cual se pilotará en el año 2006 en el municipio de Puntallana en la Isla de La Palma.

### 9. Ordenación farmacéutica

La actividad en este departamento se resume en los siguientes datos:

Depósito medicamentos ctas. Médicas	35	Talonarios vales entrega estupefacientes	324
Depósito medicamentos ctas. Veterinarias	35	Talonarios de recetas estupefacientes	1.838
Recursos de alzada	57	Habilitación hojas dispensación Metadona	22
Nombramiento regentes	10	Habilitación libros recetarios	823
Nombramiento sustitutos	18	Registro de salida	2.239
Autorización cambio titularidad O. Farmacia	19	Medicamentos extranjeros dispensados	1.188
Autorización cambio ubicación O. Farmacia	19	Nuevas solicitudes med, extranjeros	36
Ampliación de plazo	26	Medicamentos antipalúdicos dispensados	1.526
Cierre provisional	5	Ampliación local/reformas	9
Inmovilización esp. Farmacéutica	5	Autorización instalación botiquines	3

**Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005**  
**Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria**

	Datos 2005		Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Número total de recetas	31.725.056	
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	6,74%	
<b>Gasto farmacéutico</b> (Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	453.829.459,42	Gasto sobre PVP sin IVA
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	3,19%	
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (n.º de recetas)	En el total de recetas dispensadas	N05BA Derivados de la benzodiazepina	1.983.021
		A02BC Inhibidores de la bomba de protones	1.434.736
		N02BE Anilinas (otros analgésicos y antipiréticos)	1.346.961
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC Inhibidores de la bomba de protones	544.749
		N05BA Derivados de la benzodiazepina	183.095
		C09AA Inhibidores de la eca, monofármacos	170.207

## 5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

La plantilla orgánica del SCS ascendía en el año 2005 a 20.128 trabajadores, de los que 15.778 prestan sus servicios en los centros de Atención Especializada y los 4.350 restantes, en los de Atención Primaria.

En ese ejercicio se avanzó en la ejecución del Proceso Extraordinario de Consolidación de Empleo, desarrollado conjuntamente con otros Servicios de Salud autonómicos. Los resultados del proceso fueron los siguientes:

- 3.575 plazas convocadas
- 93 categorías convocadas
- 49.165 solicitudes presentadas
- 22.250 personas presentadas
- 400 tribunales, con unos 3.000 miembros entre titulares y suplentes.

Asimismo, se procede a unificar el régimen jurídico del personal de las Instituciones Sanitarias mediante la integración voluntaria en la condición de estatutarios del personal procedente de los Cabildos Insulares, del Hospital Militar Juan Carlos I, de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias y del fijo en virtud de sentencia judicial firme.

Se creó un Registro de Personal Estatutario único para todos los centros y categorías del Servicio Canario de la Salud, como instrumento básico para la planificación de los recursos humanos y de las necesidades formativas de los profesionales, lo que cobra especial relevancia en los actuales momentos en que, tanto por esta Comunidad Autónoma como por el Sistema Nacional de Salud, se abordan medidas para suplir la carencia de especialistas.

Ha quedado sobradamente constatado que este déficit afecta especialmente a Canarias debido al hecho insular y al incremento de población, situación que se ve agravada en las islas no capitalinas por su aislamiento.

Asimismo, hay que tener en cuenta la pirámide de edad del personal médico, lo que provocará mayores dificultades en un periodo no superior a 15 años.

Para paliar esta problemática se han articulado diversas medidas por parte de la Consejería de Sanidad, las cuales inciden en los dos colectivos: especialistas en formación y especialistas ya formados.

En cuanto a los **especialistas en formación**, se incrementó el número de plazas ofertadas para la formación especializada en Canarias, siendo de destacar que a instancias de esta Comunidad Autónoma se sustituyó el cupo estatal por el cupo autonómico. Durante 2005 se incorporaron 209 residentes

Por otra parte, se instó la adopción de otras medidas por parte del Gobierno del Estado, tales como:

- incremento del número de plazas acreditadas
- modificación del proceso para la adjudicación de plazas en formación
- mejora de la calidad de la formación
- oferta de empleo tras la finalización del periodo formativo.

En relación con los **especialistas ya formados**, se hace preciso el establecimiento de medidas de incentivación para lograr tanto la permanencia en Canarias como la llegada de nuevos especialistas. A este respecto, en el año 2005:

- se implantaron los niveles I y II de la carrera profesional del personal facultativo fijo (1.200 facultativos)
- se aprobó la carrera profesional de diplomados sanitarios (más de 3.000 trabajadores)
- se implantó un nuevo programa de incentivos para el personal, vinculado al logro de objetivos de calidad asistencial
- se suscribió un acuerdo de homologación de las retribuciones:
  - grupos C, D y E (9.409 trabajadores)
  - psicólogos clínicos (50 psicólogos)
  - grupo A no sanitario (203 efectivos)
  - complemento específico del personal licenciado sanitario (503 facultativos)

La Formación Continuada del Servicio Canario de la Salud se realiza actualmente a través de dos vías, una que es llevada a cabo por los distintos Centros Directivos con cargo a sus presupuestos y la otra vía que planifica la Dirección General de Recursos Humanos, financiada con fondos del IV Acuerdo para la Formación Continuada en las Administraciones Públicas. En esta última vía la gestión y promoción de los Planes de Formación los asume la Escuela de Servicios Sociales y Sanitarios de Canarias. La Dirección General de Recursos Humanos, a la hora de planificar, tiene muy en cuenta las propuestas formativas recibidas de los diferentes niveles y estamentos del Servicio Canario de la Salud, las cuales son analizadas y priorizadas.

A partir del Plan de Formación Continua del año 2004 se realiza una Evaluación del citado Plan cada año, con el objetivo de seguir apoyando a los organismos encargados de realizar las propuestas formativas, para que puedan dar respuesta a las necesidades de formación existentes y aumentar el grado de satisfacción de las acciones formativas impartidas. La metodología de la evaluación se ha basado en la Guía para la Evaluación de los Resultados de la Formación publicada por el INAP. Los participantes han evaluado la calidad de las acciones a través de un Cuestionario de Evaluación de Calidad, en el cual se han cubierto, al menos, los siguientes ámbitos específicos de información: Contenidos/Objetivos, Formadores, Metodología Didáctica/Documentación, Organización, Satisfacción general y Aplicabilidad.

La última evaluación se publicó en marzo 2006, referente al Plan de Formación Continua de 2005, siendo en una escala de 1 a 10 la nota media de la evaluación de los formadores de 9,15 y la de los cursos de 8,17, pudiéndose afirmar que los alumnos están satisfechos con la formación recibida. Dentro de los aspectos a mejorar destaca la necesidad de lograr una mejor información previa sobre los cursos.

Este Plan 2005 concluyó con las siguientes cifras:

N.º de cursos	N.º de alumnos	N.º horas lectivas
230	4.237	3.165

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Número de Profesionales en Atención Primaria</b>						
Medicina familiar y comunitaria	496	401	0	657	240	
Pediatría	90	126	1	122	93	
Enfermería	264	936	42	686	472	Se han incluido tanto Enfermería y Auxiliar de Enfermería.
<b>2.313</b>	850	1.463	43	1.465	805	
Farmacía	1	2		3		
Psicología Clínica	0	0				
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	24	51	3	63	9	Hay un varón de entre 30 y 50 que es Técnico Superior Psicólogo. Se han incluido a los Fisioterapeutas y Técnicos Especialistas.
Otros profesionales no sanitarios	343	629	3	732	235	
<b>1.050</b>	368	682	6	798	244	
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria						
<b>Número de Profesionales en Atención Especializada</b>						
Medicina	1.053	501	2	933	619	
Enfermería	512	2.041	66	1.953	532	Se han incluido a las Matronas.
Auxiliar de enfermería	163	2.280	12	1.289	1.142	
Farmacía	6	23	0	25	4	
Otro personal sanitario	107	506	25	505	82	Se incluyen los Fisioterapeutas, Técnicos Especialistas y Terapeutas.
Personal no sanitario vinculado	1.294	1.635	15	1.934	980	
<b>10.121</b>	3.135	6.986	120	6.639	3.359	

\* Hay 46 Odontólogos que no se han incluido.

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Número de profesionales por especialidades médicas</b> (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología	8	4	0	10	2	
Análisis clínicos	24	26	0	24	26	
Anatomía patológica	11	19	0	21	9	
Anestesiología y reanimación	66	46	0	64	48	
Angiología y cirugía vascular	9	3	0	8	4	
Aparato digestivo	22	11	0	18	15	
Bioquímica clínica	2	7	0	5	4	
Cardiología	38	10	0	30	18	
Cirugía cardiovascular	4	0	0	4		
Cirugía general y del aparato digestivo	65	8	0	32	41	
Cirugía maxilofacial	8	2	0	7	3	
Cirugía pediátrica	11	0	2	9		
Cirugía torácica	8	0	5	3		
Cirugía plástica y reparadora	9	1	0	4	6	
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	14	7	0	16	5	
<b>443</b>	<b>299</b>	<b>144</b>	<b>0</b>	<b>246</b>	<b>197</b>	

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Endocrinología y nutrición	12	10	1	16	5	
Estomatología	5	1	0	5	1	
Farmacología clínica	6	23	0	25	4	
Geriatría	1	0	1	0		
Hematología y hemoterapia	20	23	0	28	15	
Hidrología						
Inmunología	2	0	2	0		
Medicina del trabajo	1	0	1	0		
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	35	14	0	34	15	
Medicina interna	38	17	0	34	21	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	2	3	0	4	1	
Medicina preventiva y salud pública	5	5	0	8	2	
Microbiología y parasitología	6	12	0	13	5	
Nefrología	12	12	0	15	9	
<b>265</b>	<b>145</b>	<b>120</b>	<b>1</b>	<b>186</b>	<b>78</b>	

**Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)**

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Neumología	27	4	0	19	12	
Neurocirugía	12	1	0	3	10	
Neurofisiología clínica	3	3	0	0	6	
Neurología	16	9	0	21	4	
Obstetricia y ginecología	71	28	0	60	39	
Oftalmología	38	11	0	29	20	
Oncología médica	9	2	0	6	5	
Oncología radioterapia	7	6	0	8	5	
Otorrinolaringología	33	9	0	25	17	
Psiquiatría	27	17	0	31	13	
Radiodiagnóstico	45	30	0	49	26	
Rehabilitación	20	14	0	23	11	
Reumatología	12	4	0	11	5	
Traumatología y cirugía ortopédica	76	3	0	32	47	
Urología	34	0	13	21		
	430	141	0	330	241	
<b>571</b>	<b>874</b>	<b>405</b>	<b>1</b>	<b>762</b>	<b>516</b>	
<b>1.279</b>						
<b>Otras Especialidades que no estaban en el listado y que posee el SCS</b>						
Pediatría y sus áreas específicas	39	24	0	30	33	
Psicología Clínica	2	0	2	0		
Radiofísica Hospitalaria	8	3	1	9	1	
Medicina Familiar y Comunitaria	3	0	3	0		
Archivo de Historias Clínicas	2	1	0	1	2	

## 6. Investigación

**El Servicio Canario de Salud, a través de sus investigadores** en las sedes hospitalarias y Centros de Salud, ha participado del esfuerzo nacional de revitalizar las capacidades para proteger a los ciudadanos de las enfermedades respiratorias, infecciosas, cardiovasculares, nefrológicas y neuro-degenerativas, entre otras. En estos 10 años, se han logrado avances importantes en la investigación aplicada (investigación *traslacional*), en la prevención de enfermedades, en la dotación de infraestructuras, en la adquisición de equipos altamente sofisticados y en la formación de jóvenes investigadores en el campo de la biomedicina. Estos esfuerzos han estado dirigidos a la creación de una cultura científica, a la consideración de los hospitales docentes como centros de investigación y a la identificación de áreas de excelencia investigadora en la protección contra algunas enfermedades prevalentes en Canarias y en el resto de España.

La necesidad de la investigación biomédica está incluida como un aspecto determinante en la declaración del Servicio Canario de Salud cuando se compromete a mantener la excelencia en la calidad de los cuidados sanitarios. El SCS afronta el futuro con nuevas oportunidades y retos para ocupar una presencia creciente a nivel nacional e internacional en investigación biomédica mediante el apoyo en la constitución de Institutos de Investigación Sanitaria. En respuesta a los nuevos retos que se presentan, necesitaremos de una visión compartida y un nuevo compromiso para trabajar juntos de distintas maneras con los investigadores de dentro y fuera de los hospitales del Servicio Canario de Salud.

La visión del SCS es apostar por el desarrollo de una investigación sanitaria de calidad y que sea aplicable. *Legitimar* la investigación biomédica en las instituciones sanitarias del SCS supone comprometerse con los siguientes objetivos:

- Estimular y potenciar la investigación relevante para la salud.
- Promoción de la educación y formación continuada en investigación.
- Incentivar la investigación como elemento esencial en la carrera profesional.
- Crear un entorno favorable (cultura e infraestructura) para el desarrollo de la actividad investigadora.
- Promover la comprensión pública de que la investigación biomédica mejora la calidad de vida de todos los ciudadanos del mundo.
- Deslegitimar y oponerse a la investigación pirata y a la que no siga los principios éticos establecidos.

Mecanismos aplicados durante el año 2005 para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica:

1. Desde el punto de vista clínico, cada hospital ha sido responsable de introducir cuantos mecanismos y estrategias hayan considerados oportunas para hacer que la práctica clínica se enriquezca con la incorporación de los resultados de los ensayos clínicos aleatorios controlados publicados en revistas científicas.
2. Este proceso, mejor conocido como **medicina traslacional**, es fruto de la investigación clínica en procesos diagnósticos y terapéuticos. El objetivo del Instituto de

Salud Carlos III es precisamente el fomento de la investigación traslacional y la iniciativa científica para ello es la creación de los Institutos de Investigación Sanitaria.

3. Lo más común es la actualización de guías clínicas, elaboradas a partir de resultados publicados en la literatura internacional.
4. Además de la implementación de las guías clínicas por parte de los servicios clínicos de los hospitales del SCS y Centros de Salud, tanto si son o no elaboradas por profesionales del SCS, los hospitales y Centros de Salud han organizado a lo largo del año 2005 cursos de metodología científica y charlas sobre medicina basada en la evidencia científica.
5. No se puede precisar si algunos de esos estudios de investigación clínica y traslacional publicados o adaptados en el 2005 se han originado en alguno de los hospitales de Canarias.
6. La *plantilla* de epidemiólogos clínicos, bioestadísticos y expertos en medicina basada en la evidencia *es todavía insuficiente* para cubrir las necesidades del SCS.

## 7. Sistemas de información sanitaria

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, conciente de la importancia que suponen para el Servicio Canario de la salud (SCS) los Sistemas y las Tecnologías de la información para la mejora de la gestión y la atención asistencial de todos los centros sanitarios, se ha puesto en marcha un Plan de Sistemas de Información para identificar las necesidades y planificar las acciones conducentes a una modernización de sus plataformas tecnológicas. Fruto de este plan de Sistemas de información se establecieron varias líneas maestras de acción, y durante el año 2005 se ha continuado con su desarrollo y entre las novedades implementadas podemos mencionar las siguientes:

### Consolidación de la Tarjeta Sanitaria como núcleo del modelo de datos de las presentes y futuras aplicaciones

Se ha seguido, durante el año 2005, consolidando la Tarjeta Sanitaria como núcleo del modelo de datos, por lo que se ha trabajado en la eliminación de bases de datos de pacientes que existían en distintas aplicaciones, y forzando el uso de la Tarjeta Sanitaria como única base de datos de usuarios del Sistema Canario de Salud.

Cabe también destacar en este punto que durante el año 2005 la Comunidad Canaria ha sido la única que ha interconectado on-line su base de datos de Tarjeta Sanitaria con la del Sistema Nacional de Salud (compuesta hasta ese momento por los datos de las 10 comunidades autónomas trasferidas en el 2002 más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Desde ese momento todos los centros sanitarios del Servicio Canario de la Salud pueden consultar y modificar on-line los datos de la Base de Datos del Sistema Nacional de la Salud.

## Desarrollo de la Gestión Administrativa y Clínica para la Atención Primaria

Cabe destacar en este punto los desarrollos llevados a cabo para la obtención de un Sistema de Prescripción Farmacéutica Asistida, que complemente la prescripción de medicamentos informatizada, así como el desarrollo de la Receta Electrónica. Estos desarrollos se encuentran en vía de instalación y arranque.

Así mismo, se ha procedido a la interconexión de los aplicativos de Atención Primaria y Especializada de cara a la obtención de citas entre los mismos, así como en lo referente a la visualización de imágenes radiológicas y de resultados de pruebas de laboratorio.

## Desarrollo de un sistema de soporte a la decisión basada en un Datawarehouse

Durante el año 2005 se continúa en la implantación del Sistema Cantonera, que agrega la información económica y asistencial de los distintos Centros del Servicio Canario de la Salud.

## Desarrollo de la Gestión Administrativa y Clínica para la Atención Especializada

Se continúa con la implantación de la herramienta de de Gestión Administrativa y Clínica Selene en los distintos Centros Hospitalarios, trabajándose en la integración de la misma con los Sistemas Departamentales intrahospitalarios, con la herramienta de Gestión de la Atención Primaria y con los distintos aplicativos centrales existentes (Prescripción de Oxigenoterapia, Aparatos Ortoprotésicos, etc.).

<b>Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005</b>					
	<b>Sí/no</b>	<b>Denominación</b>	<b>Referencia legislativa</b>	<b>Figura jurídico-administrativa</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Instituto de Información o Estadísticas sanitarias</b>	Sí	Servicio de evaluación de la calidad asistencial y sistemas de información, de la Dirección General de Programas Asistenciales	Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.		
<b>Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en &gt;16 años</b>					
	<b>Sí/no</b>	<b>Año(s) en que se ha realizado</b>	<b>Porcentaje hombres</b>	<b>Porcentaje mujeres</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Encuestas de Salud (CC.AA.)</b>	Sí	Encuesta de Salud: 1990-1997-2004, Encuesta Nutricional: 1998	78,92	66,81	

## 8. Calidad

### Evolución histórica

La ley de Ordenación Sanitaria de Canarias de 1994 sentó las bases para la creación y regulación del Servicio Canario de la Salud (SCS) como organismo autónomo dependiente de la Consejería de Sanidad y al mismo tiempo señaló las líneas generales para conseguir una alta calidad asistencial. Entre 1995 y 1998 se establecieron los principios para el desarrollo de un sistema sanitario. Se elaboraron los distintos documentos que integrarían el primer Plan de Salud de Canarias y se avanzó en la construcción y mejoras de infraestructuras. El periodo 1999-2004 se caracterizó por la expansión y consolidación del SCS, en el cual se llevaron a cabo innumerables proyectos en todas las áreas que conforman el entramado sanitario público. Entre estas actuaciones destaca la implantación de sistemas de calidad en las unidades administrativas en la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias (BOC 2001/012. Enero de 2001) y la finalización y evaluación del primer Plan de Salud (1997-2001) con la consecución del 80% de los objetivos planteados. A través de este primer plan la Consejería de Sanidad definió su propio modelo de calidad, basado en un modelo de gestión de la «calidad total», teniendo como referencia el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, más conocido como modelo EFQM.

### Descripción del plan vigente

#### Acreditación

El Servicio de Acreditación, Evaluación y Conciertos tiene atribuidas las funciones de tramitación de procedimientos para la autorización y homologación de centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias.

En el 2005 se elaboraron los borradores de los siguientes documentos:

- Decreto por el que se regula la homologación de centros hospitalarios.
- Conciertos para procesos quirúrgicos y hospitalización de media estancia.

#### Encuesta de satisfacción a usuarios

La evaluación que realizan los usuarios del SCS es posiblemente uno de los instrumentos más sensibles, dentro de un amplio sistema de información, para medir la calidad de la actividad y conocer la satisfacción de la población atendida. Para ello se ha definido modelos de encuesta de satisfacción tanto en Atención Primaria como en Especializada.

En Atención Especializada se consideró la satisfacción al alta hospitalaria, la satisfacción al mes del alta hospitalaria y la satisfacción con la asistencia en los Centros de Atención de Especialidades (extrahospitalaria).

En cuanto a los resultados obtenidos en el año 2005 destacan como más representativos los siguientes:

- La valoración global del Hospital que hacen los usuarios encuestados que han estado ingresados durante el año 2005 en el SCS, es de 8,36 puntos de media, desviación típica 1,64 en una escala de 0 a 10 (0 valor mínimo y 10 máximo).
- La valoración que hacen los usuarios encuestados que han acudido a este Centro de Atención de Especialidades durante el mes de Junio de 2005, es de 7,0 puntos de media, desviación típica 2,37, en una escala de 0 a 10 (0 valor mínimo y 10 máximo).
- La valoración de los usuarios encuestados atendidos en el Centro de Salud es de 7,8 con una desviación típica de 2, en una escala de 0 a 10 (0 valor mínimo y 10 máximo).

### Incorporación de objetivos a contratos

El Programa de Gestión Convenida (PGC) constituye la herramienta fundamental en la que se fijan los objetivos asistenciales y las inversiones a desarrollar de acuerdo con los criterios y directrices del SCS. Entre los objetivos de calidad de hospitales incluidos en el PGC 2005 y cumplidos destacan entre otros:

- La creación de unidades de ictus
- La realización de encuestas de satisfacción al alta y post-alta hospitalaria
- Plan de mejora sobre accesibilidad, información y relaciones personales.
- El acceso a la desfibrilación y a la fibrinólisis en hospitales de islas no capitalinas.

Con respecto a Atención Primaria, se ha elaborado el Plan Estratégico de Atención Primaria cuyo lema es « la calidad como motor del cambio» lo que supone establecer la importancia de la calidad como elemento vertebrador e integrador de todas las actividades que se emprendan, como resultado del proceso de planificación se obtuvieron una serie de agrupadores conceptuales, denominados «Líneas Estratégicas Básicas», y una de ellas es el Desarrollo de una política de mejora de la calidad asistencial, que sea marco de referencia para el Servicio Canario de la Salud. Dentro de la línea estratégica básica de la Calidad, se van a desarrollar estrategias concretas dirigidas a **impulsar la implantación del modelo europeo de calidad (efqm) en el ámbito de la atención primaria del scs y desarrollar, con la participación activa de los profesionales y usuarios, un sistema de evaluación de la calidad de la atención.** De las líneas de actuación de calidad recogidos dentro del Plan Estratégico de Atención Primaria. Las incluidos en el PGC 2005 son:

- Información de la oferta de Servicios
- Accesibilidad: consolidación de la cita previa a través de *call center* e internet.
- Opinión del usuario
- Tramitación de reclamaciones
- Auditorías de centros
- Atención a personas mayores

### Seguridad de pacientes

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación sanitaria, aporta sin duda, beneficios importantes.

Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos. El análisis constante de sus causas, optimizar su gestión y evitar en la medida de lo posible su aparición constituye actualmente una de las prioridades para los Servicios de Salud.

Entre las actividades realizadas en 2005 destacan:

- Coordinación con el ministerio de Sanidad y consumo en materia de formación e investigación: Realización del primer curso básico de seguridad clínica (noviembre 2005).
- Registro Autonómico de Efectos Adversos (proyecto IDEA)

## Gestión de las listas de espera

El SCS se rige por los principios de igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones, y de mejora continua de la calidad de la atención y la asistencia prestada por los servicios, acorde con los recursos disponibles. Para la consecución de estos objetivos se realizaron las siguientes acciones durante 2005:

Desarrollo el borrador de Decreto *por el que se regula el sistema de organización, gestión e información de las listas de espera en el ámbito sanitario*, en el que se contempla la creación de la unidad centralizada de gestión la lista de espera quirúrgica.

Orden de 17 de noviembre de 2005, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 15 de mayo de 2003, *que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud* (BOC 241, de 12 de diciembre de 2005).

Elaboración e implantación de Protocolos de Indicación Quirúrgica para procesos de «cataratas», «artroplastia de rodilla» y «artroplastia de cadera», para su inclusión en lista de espera quirúrgica.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población

La Encuesta de Salud de Canarias se ejecuta periódicamente cada 4-5 años, coincidiendo con el inicio y cierre del Plan de Salud de Canarias. La Encuesta Nutricional de Canarias se ejecutó en 1998 y tiene previsto reeditarse en 2007.

Todos los indicadores de salud relacionados con la mortalidad (esperanza de vida, mortalidad infantil y por causas), se explotan anualmente a partir de las estadísticas elaboradas por el Instituto Canario de Estadística.

Los indicadores de morbilidad se extraen de la explotación periódica, anual, del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Actividad Hospitalaria; de los registros de actividad en Atención Primaria de Salud.

Los registros del cáncer, SIDA, enfermedades mentales, en Canarias, ofrecen información constantemente actualizada, que se explota anualmente.

La Fundación Canaria de Investigación y Salud financia investigación comisionada centrada sobre las necesidades de información detectadas por el Plan de Salud de Canarias. Buen ejemplo de ello es el estudio de cohortes «CDC de Canarias», que ofrece información sobre prevalencia e incidencia del cáncer, enf. cardiovasculares y diabetes, en cada isla del archipiélago canario.

La explotación de las historias clínicas electrónicas está empezando a permitir disponer de información sobre resultados de salud relacionados con la actividad asistencial, en particular para los problemas que aborda el Plan de Salud.

## 10. Participación

No se aporta contenido en este apartado.

## 11. Equidad

### Atención a la dependencia

Con el objetivo de poner en marcha nuevas medidas y recursos para los mayores y discapacitados físicos y mentales, el Gobierno de Canarias ha desarrollado los siguientes Planes y Programas:

Programa de Atención Sociosanitario de mayores (2001) y Programa de Atención Sociosanitario a los discapacitados (2004). Ambos Planes corresponsabilizan a tres Administraciones: Consejería de Sanidad, Consejería de Asuntos Sociales y Cabildos Insulares.

Plan de Salud de Canarias en su segunda revisión 2004-2008, con dos áreas específicas de trabajo: Salud Mental y Envejecimiento.

Comisión de Coordinación y Planificación para la adopción de medidas de carácter social con impacto sobre las personas, **con la participación de todas las áreas y consejerías del Gobierno relacionadas con esta materia: Educación, Sanidad, Empleo, Hacienda y Presidencia.**

Plan de Medidas sociales «Las personas nuestro futuro», **impulsado por el Gobierno de Canarias, con diferentes subcomisiones, donde Sanidad tiene un papel muy dinámico en dos grupos de trabajo:**

#### **Envejecimiento Activo**

#### **Atención Domiciliaria y Cuidados a los Cuidadores.**

Desde el Servicio Canario de la Salud se siguen trabajando los aspectos planteados en el anuario del año anterior, toda vez que son líneas de trabajo temporalizadas hasta el 2008, en el Programa Sociosanitario de Atención a los mayores, y hasta el 2010 en el de la Discapacidad, si bien resaltamos algunos aspectos concretos, seguimos trabajando en las siguientes líneas:

Actualizar y desarrollar la normativa que regule la atención sociosanitaria en los mayores y el acceso a los servicios. En la actualidad adaptándola al Anteproyecto de la Ley de la Dependencia. Por otra parte se empieza a trabajar una nueva normativa que regule la acreditación de centros sociosanitarios, incluyendo aspectos de calidad.

Tras analizar las prestaciones actuales en cuidados de larga duración institucional, estamos en una fase de ordenar estos recursos, toda vez que en Canarias tenemos un número importante de camas con estas características.

Planificar con la Atención Especializada el desarrollo de recursos, con el objetivo de fomentar la Asistencia Geriátrica Especializada. Se trabaja en el desarrollo de Equipos de Valoración Geriátrica destinados a ancianos mayores de 80 años, hospitalizados con alto riesgo de dependencia y comorbilidad asociada.

Organizar y regular la atención sanitaria en los centros sociosanitarios de mayores garantizando la calidad asistencial, a través de regular los recursos necesarios, tanto humanos como estructurales y materiales que se requerirán para prestar cuidados de larga estancia complejos (enfermedades crónicas evolutivas, úlceras por decúbito, ostomías, alteraciones de conducta, visita médica, atención directa de enfermería permanente y continuada, etc.).

Se ha elaborado el Programa de Atención Sociosanitaria dirigido a las personas entre 16 y 64 años con discapacidad:

Ordenando la Atención Sanitaria que requieren estas personas, dependiendo de su complejidad clínica y carga de cuidados.

Planificando el desarrollo de los diferentes recursos asistenciales en salud mental hasta el año 2007 en toda la Comunidad Autónoma.

Organizando el acceso a los recursos sociosanitarios para este sector.

Creando comisiones de seguimiento para la planificación, acceso a plazas, etc.

**En la actualidad se está realizando un corte evaluativo, incluyéndose mediante homologación nuevos recursos y creciendo en recursos sociosanitarios para enfermos mentales.**

Participar en los Órganos de Coordinación sociosanitaria existentes, con el objetivo de favorecer la continuidad asistencial de estos grupos de ciudadanos.

## Plan canario de inmigración

Ante la realidad de la inmigración en la Comunidad Autónoma y considerando necesario disponer de un Plan a través del cual se pudieran articular los esfuerzos de la distintas administraciones canarias y de los agentes sociales y ONGs en favor de la integración social y la atención integral a las personas inmigrantes en Canarias, el Gobierno de Canarias aprobó en junio de 2002 el primer Plan Canario para la Inmigración (PCI) que, con una vigencia de tres años (I PCI 2002-2004), se conformó con la participación y el consenso de los agentes sociales, entidades de iniciativa social así como de todas las áreas y consejerías del Gobierno relacionadas con esta materia.

Después de una fase de evaluación de este primer Plan, se está en fase de borrador del segundo Plan para el periodo 2005-2007 (II PCI 2005-2007), pendiente de su aprobación en primer lugar por el Foro Canario de la Inmigración y posteriormente por el Gobierno y el Parlamento Canario.

Este II Plan es una prolongación del primero y recoge la renovación de las voluntades, las metas, inquietudes y sobre todo la experiencia aportada por entidades y administraciones públicas al tratamiento de una realidad compleja y cambiante. Su aplicación redundará en la mejora de las condiciones de vida de las personas inmigrantes y su integración en el desarrollo económico y social de la Comunidad Autónoma Canaria, definiendo entre sus áreas de actuación las de servicios sociales, educación, salud, vi-

vienda, justicia y seguridad, formación y empleo, y menores extranjeros/as no acompañados/as.

Las líneas estratégicas que se definen en dicho Plan son de carácter institucional y procedimental, de prevención, de promoción e integración social y de asistencia, mientras que el modelo de integración que en él se define se fundamenta en los principios y criterios de actuación de igualdad, normalización, derecho a la diferencia y cohesión social, actuación integral, solidaridad social, participación, corresponsabilidad (responsabilidad pública y corresponsabilidad social), complementariedad y coordinación, prevención y promoción social.

## Programas de Salud

Los distintos Programas de Salud de la Comunidad Canaria que se han ido publicando o actualizando después del año 2001, han incorporado medidas específicas de atención a la población desfavorecida socialmente en base a Factores de Riesgo Social que, según la evidencia, están relacionados con una peor situación de salud. Estas medidas pretenden atender de forma prioritaria el abordaje integral de la salud a aquellas personas en desventaja social.

Actualmente contamos con la incorporación de los Aspectos Sociales en los siguientes Programas de Salud:

**Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria de Salud**, en el que se garantiza la atención social a Personas Mayores con problemas de aislamiento social, situación económica deficiente, vivienda en malas condiciones o en conflicto familiar.

**Programa de Salud Infantil**, donde se incorpora la identificación de factores de riesgo social como la situación de salud y discapacidad de los padres, el aislamiento social, situaciones de marginación social como prisión, precariedad económica, o mendicidad. Así mismo incluye los protocolos de atención de salud al maltrato infantil y la atención social a la discapacidad.

**Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva**. Se están incorporando aspectos sociales en los distintos Protocolos de Climaterio, Anticoncepción y Educación Maternal de forma que se favorezca a la atención integral de la salud, que incorpora la discriminación positiva de las personas en dificultad social.

Actualmente en desarrollo:

**Protocolo de actuación y mejora de la accesibilidad con los menores inmigrantes**. Medidas de mejora de la accesibilidad a cuidadoras de Personas Mayores dependientes y grandes discapacitados, incluido en el Plan de Medidas Sociales de la Vicepresidencia del Gobierno.

## 12. Descripción de dos experiencias innovadoras

### 12.1. RETISALUD

La Diabetes Mellitus en la Comunidad Autónoma Canaria es un problema de salud con entidad propia, teniendo en cuenta su impacto sobre la calidad de vida, la gravedad de las complicaciones microvasculares (la retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en los países desarrollados), el consumo de recursos sanitarios asociados y la elevada mortalidad atribuida. Prácticamente el 100% de los diabéticos tipo 1 a los 20 años de su enfermedad presentan retinopatía y en los diabéticos tipo 2, el 60%. En el 25% de los diabéticos tipo 2 la retinopatía está presente en el momento del diagnóstico

Las actividades dirigidas a prevenir la retinopatía diabética vienen establecidas en el «Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular en Atención Primaria», en el «2.º Plan de Salud de Canarias», afectando a todas las Áreas de Salud. En este programa se establece la necesidad de realizar una valoración del Fondo de Ojo, con carácter anual, a los pacientes diabéticos. La primera valoración se realiza en el momento del diagnóstico para los diabéticos tipo II y entre 3 y 5 años después del diagnóstico para los diabéticos tipo I.

Por otra parte, el Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009 contempla la mejora de la capacidad resolutoria de Atención Primaria y de la continuidad asistencial en cooperación con atención especializada. Medidas ambas que repercuten en la prestación de una asistencia sanitaria de mayor calidad, a la persona con diabetes.

Con el fin de ir dando respuestas cada vez más eficaces a este problema y mejorar la accesibilidad del usuario a esta prestación asistencial, actualmente la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud está desarrollando un proyecto denominado RETISALUD que, mediante la utilización de Retinógrafos no midriáticos y un sistema de Teleoftalmología, pretende la detección precoz y seguimiento de la retinopatía diabética

RETISALUD tiene una serie de ventajas objetivables para los pacientes, como son:

- Exploración rápida, sin efectos secundarios.
- Reducción de costes pacientes (trabajo, transporte, tiempo, etc.).
- Mayor accesibilidad a la prueba.
- Acorta la espera del diagnóstico.
- Mayor información sobre su salud.

#### 12.1.1. Población diana

RETISALUD es un proyecto de Telemedicina que pretende intervenir en 112.000 personas con Diabetes diagnosticadas en la Comunidad Autónoma, más los nuevos diagnósticos que se vayan realizando.

#### 12.1.2. Características principales de su desarrollo

Para conseguir estos objetivos se realizó un análisis del proceso asistencial y se confeccionó un circuito que, de forma resumida, consiste en:

- Realización de la Retinografía en su Centro de Salud por personal sanitario de la Zona Básica de Salud, mediante un Retinógrafo no midriático.
- Valoración diagnóstica de la retinografía por su Médico de Atención Primaria.
- Valoración diagnóstica por el Oftalmólogo de aquellas imágenes que sean consideradas por el Médico de Atención Primaria como patológicas o dudosas.
- Citación para consulta con Oftalmología si el paciente lo precisa.

El paciente sólo está presente en el momento que se realiza la retinografía y cuando tiene que ir a consulta de Oftalmología. El resto del circuito es la imagen (retinografía), la que es vista por los distintos profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

Se ha desarrollado un Aplicativo informático que integra la realización de la retinografía, su almacenamiento y el informe diagnóstico, para el seguimiento del Fondo de ojo de los pacientes con Diabetes, tengan o no Retinopatía Diabética. De esta forma la información, disponible en los distintos niveles asistenciales, se encuentra «Vinculada al paciente» lo que permite la continuidad de cuidados.

### 12.1.3. Implantación

Este proyecto será pilotado durante 2006 en 8 Zonas Básicas de Salud (ZBS), para las cuales se han adquirido 8 Retinógrafos no midriáticos, y en 4 Hospitales de la Comunidad Autónoma de Canarias.

La puesta en marcha del proyecto supondrá:

1. Formación de 143 Médicos de Familia en la lectura de fondo de ojo, mediante:
  - Una primera sesión presencial de 3 horas en el Centro de Salud.
  - El servicio web, diseñado para la formación, permite al alumno la valoración diagnóstica de 200 imágenes (retinografías) y realizar una autoevaluación.
  - Una segunda sesión presencial de 3 horas.
2. Formación práctica en la utilización del Retinógrafo no midriático, a 12 profesionales durante 10 horas.

Seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados

Se han establecido indicadores de seguimiento y evaluación, acerca de distintos aspectos:

- Formación de los Médicos de Familia (MF): Estudio de concordancia en la lectura de fondo de ojo de oftalmólogos y de Médicos de Atención Primaria, a los seis meses de la puesta en marcha del proyecto.
- Satisfacción de los pacientes. Encuesta de satisfacción que se realizará al año de la puesta en marcha del proyecto.
- Organización y funcionamiento: Está previsto que el programa informático proporcione con periodicidad mensual, semestral y anual, información acerca de la actividad realizada y de los resultados obtenidos.

## 12.2. Continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales

Algunos condicionantes tales como el envejecimiento de la población y la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria, las nuevas demandas sociales, producen modificaciones en el ciclo vital y aumentan los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan coordinación y continuidad en la provisión de servicios.

En el sistema sanitario, la coordinación entre niveles asistenciales es una condición indispensable para la mejora de la calidad y el uso eficiente de los recursos. Existen cada vez más evidencias sobre los beneficios de iniciativas conjuntas entre atención primaria y especializada mediadas por enfermeras, que consiguen reducir el riesgo de institucionalización, el número de reingresos, los costes sanitarios, o mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios.

La información que las enfermeras pueden aportar en relación a sus pacientes tanto al ingreso como al alta en los hospitales, puede contribuir: a disminuir la ansiedad propia del enfermo, a reducir los días de hospitalización, aumentando con ello la permanencia del paciente el mayor tiempo posible en su domicilio y entorno habitual, a mejorar la organización de los recursos sociosanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios, a personalizar la atención pre-ingreso y post-alta, a la disminución de consultas y de reingresos hospitalarios.

En consonancia con lo anterior, en el Servicio Canario de Salud (SCS), desde el año 2000 los Servicios de Atención Primaria y Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales, vienen desarrollando diferentes iniciativas para la puesta en marcha de sistemas de intercambio de información y de comunicación entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales, iniciando en el año 2003 el desarrollo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre el Consorcio Sanitario de Tenerife (CST) y la Gerencia de Atención Primaria.

### 12.2.1. Población diana

La población diana, serán todas las personas con ingresos y altas hospitalarias que necesiten continuidad en los cuidados de enfermería y que cumplan algunos de los siguientes criterios:

1. Personas con necesidades específicas que impliquen los cuidados y supervisión inmediata por parte de la enfermería:
  - Deterioro de la integridad cutánea —heridas quirúrgicas, úlceras por presión o vasculares—.
  - Ser portador de sondas o catéteres —sondas vesicales, nasogástricas, u ostomizados de alimentación y de eliminación—.
  - Deterioro de la movilidad física.
2. Personas con algún tipo de dependencia funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria —ABVD—, en los que estarían incluidos:

- Personas mayores que cumplan criterios de riesgo
- Personas disminuidas psíquicos.
- Personas con procesos oncológicos y/o en situación terminal
- Personas con problemas de Salud Mental.
- Personas cuidadoras principales.
- Personas incluidas en algunos de los programas de atención a patologías crónicas en A. Primaria —diabéticos, hipertensos, dislipémicos y obesos—.
- Mujeres ingresadas en las áreas de Maternidad que cumplan con criterios de riesgo social.
- Todas las personas ingresadas que no estén incluidas en los grupos anteriores —mujeres con lactancia materna, niños, adolescentes—.

### 12.2.2. Características

Elaboración consensuada entre las enfermeras de los dos niveles asistenciales, de la Guía del Servicio de Continuidad de Cuidados que recoge la población diana, los objetivos y metas a conseguir, las actividades a realizar por las enfermeras de ambos niveles, el circuito establecido para la solicitud/remisión de la información, el material necesario, los indicadores de evaluación y una batería de anexos con toda la información adicional y recursos del servicio.

Actualmente se han creado grupos de profesionales de ambos niveles, expertos en algunos cuidados de enfermería específicos y que de manera consensuada, están elaborando unas Guías de actuación para: el paciente Diabético, al paciente ostomizado, para la promoción de la lactancia materna, para la salud mental y para las heridas crónicas.

### 12.2.3. Implantación

El primer protocolo del Servicio se cierra en Abril del 2003 entre el Hospital Universitario de Canarias y Atención Primaria de Tenerife comenzando un pilotaje para la posterior implantación de el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE), como instrumento de comunicación y coordinación entre los profesionales de enfermería de ambos niveles asistenciales, permite dar una visión global del usuario, de la familia, de su entorno y mejorar la continuidad de la atención de los pacientes al alta o al ingreso en el hospital y la calidad de los servicios por ellos percibida. en el mes Junio del mismo año.

- En el año 2004: implantación en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria y Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin y sus correspondientes Centros de Atención Primaria
- En el año 2005: implantación en el Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria y en el Hospital de La Palma y sus correspondientes Centros de Atención Primaria

En el año 2006 está prevista la implantación en el Hospital de Lanzarote, Hospital de la Gomera y Hospital de El Hierro y sus Centros de A.P. correspondientes

#### 12.2.4. Metodología

Se han establecido grupos de trabajo, un grupo coordinador, integrado por las Direcciones de Enfermería de A.P., A.E., DGPA y varios grupos con profesionales de ambos niveles asistenciales, con la función de planificar, implantar y realizar el seguimiento y evaluación del servicio mediante reuniones y sesiones de trabajo periódicos conjuntas.

Estos grupos de trabajo han diseñado de manera conjunta y consensuada, dos ICCE: uno al alta hospitalaria que cumplimenta la enfermera de especializada y otro al ingreso que elabora la enfermera de atención Primaria y que es totalmente novedoso. Así mismo han diseñado una Hoja de Valoración del enfermo, que pueden usar los profesionales de ambos niveles.

Se han hecho durante todo estos años, actividades informativas y divulgativas, dando formación al 80% de las enfermeras del total de toda la comunidad, con cursos compartidos e impartidos por profesionales de ambos niveles.

En relación a la evaluación del servicio se usan indicadores de cobertura y proceso, cada seis meses en el periodo de pilotaje. A partir de este año 2005, se han comenzado a monitorizar algunos de estos indicadores en algunos hospitales. Se han hecho encuestas de satisfacción a una muestra de enfermeras de ambos niveles y a una muestra de enfermos al mes de ser dados de alta.

#### 12.2.5. Resultados

- Se ha formado a un 80% del total de enfermeras.
- En el año 2004, se realizó ICCE a un total de 4.221 enfermos lo que representa el 18% del total de altas hospitalarias.
- 88,% del ICCE, incluyen diagnóstico médico, problemas de salud hábitos tóxicos, problemas relevantes.
- 91% del ICCE, utilizan taxonomía Nanda.
- 96% incluyen resumen la estancia hospitalaria y evolución.
- 94% aportan recomendaciones para el paciente y para las profesionales.

En relación a la encuesta de opinión realizada a n =184 enfermos:

- 94% enfermos dicen haber recibido el ICCE.
- 89% consideran que les fue útil la información escrita en el ICCE.
- 96% se mostraron muy satisfechos con el hecho de que su enfermera A. P. fuera conocedora de la evolución de su estancia hospitalaria.

Finalmente, en relación a la encuesta hecha a n = 126 profesionales:

- El 69% cree Que el ICCE beneficia al enfermo con necesidad de cuidados inmediatos.
- El 68% opina que ayuda a la enfermeras para la planificación de los cuidados del paciente.
- El 65% dice que el ICCE es muy beneficioso para los usuarios con dependencia.

### 12.2.6. Conclusiones

Una correcta planificación de la Continuidad de Cuidados de Enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente, repercute en la mejora de la calidad de los servicios, contribuye a la resolución de los problemas de los ciudadanos y podrá en un futuro relativamente inmediato, favorecer el ahorro de recursos.