



Consejo Económico y Social de Canarias

DICTAMEN 8/2003
CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS

EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007

Sesión del Pleno del CES de 14 de octubre de 2003

Dictámenes del CES 2003

Edición y Distribución: Consejo Económico y Social de Canarias
Secretaría General
Plaza de La Feria, 1 • Edificio Marina-Entreplanta
35003 Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: 928 384963 • 928 384932
Fax: 928 384897
E-Mail: cscanarias@gobiernodecanarias.org
Internet: www.cscanarias.org

Diseño y Maquetación: Tembleque producciones, s.coop

1ª edición: 100 ejemplares

La reproducción del contenido de este dictamen está permitida citando su procedencia

DICTAMEN 8/2003

DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS SOBRE EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007

Dictamen preceptivo solicitado por el Gobierno de Canarias
Sesión del Pleno del CES de 14 de octubre de 2003

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo por la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, previa tramitación en la Comisión Permanente de Trabajo de Política Bienestar Social, y de conformidad con el procedimiento establecido en el *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo (Decreto 312/1993, de 10 de diciembre)*, el Pleno del Consejo Económico y Social aprueba por unanimidad, en su sesión del día 14 de octubre de 2003, con los requisitos que establece el artículo 10.1.c) de la precitada *Ley 1/1992*, el siguiente

DICTAMEN

I. ANTECEDENTES

1. El día 4 de julio de 2003 tiene entrada en el Consejo solicitud del Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5, de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del CES*, en la redacción dada por el artículo 13 de la *Ley 4/2001, de 6 de julio*, del correspondiente dictamen previo, por el procedimiento ordinario, sobre el *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, en cumplimiento de lo establecido, según se indica en la solicitud, en el artículo 4.2 a) y 5.1 de la *Ley* citada.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5.3, de la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, el dictamen habrá de ser emitido en el plazo de un mes, contado desde la fecha de la solicitud formulada.

2. A tenor de lo dispuesto en el artículo 5.2 de la misma *Ley 1/1992*, citada, con la solicitud de dictamen se acompaña la siguiente documentación:

- *Certificación del Acuerdo del Consejo de Gobierno*, de fecha 23 de junio de 2003, tomando en consideración el proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, y solicitando informe (dictamen) del CES sobre dicho Plan.
- *Texto del proyecto de Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, que a grandes rasgos tiene el siguiente contenido:
 1. EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS Y LAS TENDENCIAS EN SALUD DE LA CAC.

2. UN NUEVO PLAN DE SALUD REVISADO A PARTIR DE LA EXPERIENCIA.
3. IMPORTANCIA DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS.
4. PRINCIPALES RETOS DEL PLAN DE SALUD.
5. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN CANARIAS Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN.
6. PROPUESTAS PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD.
7. INCORPORANDO EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA.
8. LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS.
9. PLAN DE SALUD 2003-2007: MÁS SALUD, MEJORES SERVICIOS.
10. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD.

3. El Presidente del Consejo, tal y como establece el artículo 28.4 del *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social*, acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social, para la preparación del Proyecto de Dictamen y su posterior valoración y emisión del Dictamen, en su caso, por el Pleno del Consejo.

4. La Comisión competente celebró sesiones de trabajo los días 9 y 21 de julio; los días 9, 16 y 22 de septiembre y, por último, los días 8 y 14 de octubre de 2003. En la última de las sesiones de trabajo citadas la Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social aprobó por unanimidad el Proyecto de Dictamen.

5. En la primera sesión de trabajo, de fecha 9 de julio, la Comisión adoptó, entre otros, el acuerdo de interesar, a través de la Presidencia del Gobierno, la siguiente información-documentación:

- Evaluación de la programación anterior en la materia (Plan de Salud 1997-2001).
- *Plan Estratégico del Servicio Canario de Salud*, en la medida en que es una referencia reiteradamente citada a lo largo del Anteproyecto de Plan.
- Cuadros financieros por objetivos.

Igualmente y al objeto de facilitar los trabajos preparatorios para la confección del proyecto de Dictamen que habrá de valorar en su momento el Pleno del Consejo, la Comisión acuerda habilitar un régimen de comparecencias en sesión informativa.

6. La petición de la información de referencia se hizo al amparo de lo previsto en la Disposición Adicional Primera del *Decreto 312/1993, de 10 de diciembre, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo* en relación en lo previsto en el artículo 5 de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, del Consejo Económico y Social de Canarias*.

En consecuencia con ello y al estimarse desde la Comisión, que dicha información adquiera el carácter de básica para mejor fundamentar el pronunciamiento del CES, de conformidad con lo establecido en el artículo 4.6 del *Decreto 312/1993, de 10 de diciembre, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo*, en relación al artículo 5.5 de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del Consejo*, se solicitó dicha información con suspensión del plazo para dictaminar. Sin perjuicio de todo ello, la Comisión competente continuó con el análisis del proyecto de Plan sectorial de referencia.

7. Con fecha 3 de septiembre de 2003, tiene entrada en el CES comunicación que dirige al Consejo la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y en cumplimiento de la petición del Consejo de 16 de julio de 2003, con la que se nos traslada:

- Evaluación de la programación anterior en la materia (Plan de Salud 1997-2001).
- *Plan Estratégico del Servicio Canario de Salud*.
- Cuadros financieros por objetivos.

8. En la sesión de trabajo de la Comisión de fecha 16 de septiembre, están presentes, para atender la solicitud formulada por el Consejo, el Titular del Servicio Canario de Salud y el Jefe del Servicio de Programación y Planificación del mismo.

9. La sesión de trabajo de la Comisión de fecha 22 de septiembre, al no poderse formalizar por falta del quórum de constitución, se habilita, sin embargo, con la presencia de los Consejeros presentes y expertos por las distintas organizaciones, como grupo de trabajo.

II. CONTENIDO DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007

El borrador de proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, que se dictamina, se nos presenta con el siguiente contenido:

BASES PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS

1. EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS Y LAS TENDENCIAS EN SALUD DE LA COMUNIDAD CANARIA
 - 1.1. LAS GRANDES AMENAZAS
 - 1.2. EL PAPEL DEL PLAN DE SALUD
2. UN NUEVO PLAN DE SALUD REVISADO A PARTIR DE LA EXPERIENCIA REGIONAL, ESTATAL E INTERNACIONAL
3. IMPORTANCIA DEL PLAN DE SALUD PARA REFORZAR LA CONVERGENCIA DE OBJETIVOS Y EL COMPROMISO POLÍTICO
4. PRINCIPALES RETOS DEL PLAN DE SALUD
5. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DE LA SANIDAD PÚBLICA EN CANARIAS Y SU RELACIÓN CON LA PLANIFICACIÓN
 - 5.1. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
 - 5.2. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
 - 5.3. EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
6. PROPUESTAS PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD
 - 6.1. ASPECTOS GENERALES
 - 6.2. EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES
 - 6.3. LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS
 - 6.4. LA EQUIDAD EN EL NUEVO PLAN DE SALUD
 - 6.5. LOS OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD
 - 6.6. LA EVALUACIÓN ECONÓMICA
 - 6.7. IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE SALUD
 - 6.8. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS
7. INCORPORANDO EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA
 - 7.1. INTRODUCCIÓN
 - 7.2. PRESENTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS RANKINGS O LEAGUE TABLES
 - 7.3. ESTRUCTURA DE LA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS COSTE-EFECTIVIDAD EN EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007
 - 7.4. CONCLUSIONES

LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS

8. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
 - 8.1. MORTALIDAD
 - 8.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
 - 8.3. HIPERLIPOPROTEINEMIA
 - 8.4. OTROS FACTORES DE RIESGO
 - 8.5. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
 - 8.6. COSTES SOCIOECONÓMICOS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- 9. CÁNCER
 - 9.1. INCIDENCIA
 - 9.2. MORTALIDAD
 - 9.3. DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER
 - 9.4. COSTES SOCIOECONÓMICOS DE LAS NEOPLASIAS
 - 10. DIABETES MELLITUS
 - 10.1. EPIDEMIOLOGÍA
 - 10.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
 - 10.3. IMPACTO ECONÓMICO
 - 11. SALUD MENTAL
 - 11.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
 - 11.2. GRUPOS DE RIESGO: NIÑOS, ADOLESCENTES Y MAYORES
 - 11.3. ENFERMEDAD MENTAL Y LUGAR DE TRABAJO
 - 11.4. GASTO FARMACÉUTICO
 - 11.5. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES Y ACTIVIDAD
 - 11.6. ESTRATEGIAS ACTUALES Y SU PROYECCIÓN DE FUTURO
 - 11.7. IMPACTO ECONÓMICO
 - 12. SEGURIDAD LABORAL
 - 12.1. CONCEPTO, INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN RECIENTE
 - 12.2. GRAVEDAD DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL
 - 12.3. SINIESTRALIDAD LABORAL SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD
 - 12.4. COMPARACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS
 - 12.5. TIPOLOGÍA Y NATURALEZA DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL
 - 12.6. ENFERMEDADES PROFESIONALES
 - 12.7. MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁFICO
 - 12.8. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO
 - 13. PERSONAS MAYORES
 - 13.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.
 - 13.2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
 - 13.3. CAPACIDAD FUNCIONAL
 - 13.4. HÁBITOS DE VIDA QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD
 - 13.5. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
 - 13.6. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD
 - 13.7. VALORACIÓN DE LA SALUD FÍSICA
 - 13.9. IMPACTO ECONÓMICO
 - PLAN DE SALUD 2003-2007: MÁS SALUD, MEJORES SERVICIOS**
 - 14. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD 2003-2007**
 - 15. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL
 - 16. CÁNCER
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS.
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL
 - 17. DIABETES MELLITUS
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.
 - 18. SALUD MENTAL
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL.
 - 19. SEGURIDAD VIAL Y LABORAL
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD VIAL
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL
 - OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL
 - 20. ENVEJECIMIENTO
 - INTRODUCCIÓN
 - OBJETIVOS GENERALES
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS
 - OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL
 - 21. CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007
 - 21.1. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
 - 21.2. COOPERACIÓN INTERSECTORIAL
 - 21.3. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES
 - 21.4. FORMACIÓN
 - 21.5. LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
 - 21.6. INVESTIGACIÓN
 - 21.7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN
 - 21.8. EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS
 - 22. FICHA FINANCIERA
- ANEXO

Del señalado contenido del proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, se extrae el siguiente resumen ejecutivo:

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

1.1. Las grandes amenazas

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

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

1.2. El papel del Plan de Salud

El instrumento de política sanitaria que nos ha permitido avanzar con coherencia, en un ambiente como el sanitario tan sujeto a tensiones procedentes tanto desde los sectores sociales y profesionales, como desde los medios de comunicación y sectores industriales (como el farmacéutico o el de equipamiento médico) ha sido el *Plan de Salud de Canarias*. En esta nueva edición del *Plan de Salud de Canarias* vamos a concentrar nuestras actuaciones, a lo largo del periodo 2003-2007, sobre los problemas de salud de mayor impacto sobre la sociedad, asegurando, de esta manera, la consolidación hacia la mejora de los cambios en los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Canarias.

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

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

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

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

- Las enfermedades cardiovasculares y más concretamente sobre la cardiopatía isquémica, por ser ésta la causa más importante de morbilidad, mortalidad y del gasto directo por atención sanitaria en nuestra comunidad. Preocupa especialmente la tendencia estacionaria de los indicadores epidemiológicos disponibles, durante la última década.
- El cáncer, por ser la segunda causa global de mortalidad, en competencia estrecha con la anterior, y responsable, además de la mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos. Tres son los aspectos fundamentales en los que debemos seguir incidiendo: el diagnóstico precoz, la mejora de la eficacia de los servicios sanitarios diagnósticos y terapéuticos, y, la culminación de la oferta de los cuidados paliativos a las personas que lo necesitan.
- La diabetes mellitus se sitúa entre este reducido grupo de problemas de salud por su elevada prevalencia en Canarias y por el impacto sobre la cantidad y calidad de vida, además del intenso consumo de recursos sanitarios que conlleva. La preocupación aquí se centrará tanto sobre el diagnóstico temprano como sobre la necesidad de mejorar la efectividad terapéutica y el autocontrol.
- La salud mental continúa siendo una prioridad por varios motivos. Entre ellos se encuentra el marcado incremento de su incidencia y prevalencia, el importante impacto individual y social, además de las

repercusiones de magnitud creciente sobre el gasto farmacéutico. Otra razón de importancia es la necesidad de culminar las infraestructuras de los llamados recursos intermedios, de carácter marcadamente sociosanitario para consolidar el proceso de reforma iniciado por el primer *Plan de Salud de Canarias*.

- El envejecimiento y sus consecuencias sobre los servicios sociales y sanitarios justifican su prioridad debido a la intensidad y rapidez del crecimiento de este grupo de población, que precisa de prestaciones diferentes tal como ocurre en la edades pediátricas.
- Los accidentes (tráfico y trabajo) constituyen la mayor causa de pérdida de productividad (mortalidad) e incapacidad permanente al afectar especialmente a sujetos en edades productivas; siendo, además, causa importante de años de vida potenciales perdidos y provocando un impacto económico de primer orden sobre la sociedad.

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

El *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* ha sido la primera experiencia de planificación sanitaria estratégica que se ha desarrollado en Canarias.

Durante el año 2002 se procedió a evaluarlo, con resultados satisfactorios, por lo que ha sido el punto de partida del *IIº Plan de Salud*.

La política sanitaria durante los próximos años, canalizada por medio del nuevo Plan de Salud, mantiene la continuidad y coherencia con los planteamientos, objetivos y acciones del Plan anterior, garantizando de esta manera la aplicación en Canarias de las recomendaciones de política normativa generadas por la Organización Mundial de la Salud en su propuesta de Salud para todos en el siglo XXI. Por esta razón las grandes metas del *Plan de Salud de Canarias 2003-2007* siguen siendo las mismas, puesto que sigue siendo necesario:

- Prolongar la duración y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años), centrando las actuaciones sobre los problemas de mayor impacto en la salud de la población. Reducir las desigualdades en la salud, garantizando la equidad y solidaridad y la asignación de recursos en el sistema sanitario.
- Mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, buscando el máximo beneficio en salud para las inversiones realizadas por el Gobierno de Canarias.

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

- Determinar de manera más precisa las necesidades y prioridades de salud de la población.

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

En relación con el primer *Plan de Salud de Canarias*, en éste se emprenden varias transiciones. Si bien en el primer Plan se llevó a cabo el abordaje de un amplio número de problemas de salud de naturaleza diferente, forzando la coexistencia entre algunos de ellos que actuaban como causas o determinantes (drogas y conductas adictivas), con otros identificables como servicios (higiene alimentaria, sanidad ambiental, emergencias sanitarias) y, por último, con otros que claramente son consecuencias (enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus, entre otras). La primera de estas transiciones consiste, por tanto, en que la selección de los problemas de salud prioritarios se ha llevado a cabo de manera más exigente, centrando la atención sobre los problemas de salud, en este caso las consecuencias, que limitan en mayor grado tanto la cantidad como la calidad de vida relacionada con la salud.

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

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

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

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

El *Plan de Salud de Canarias*, como eje de actuación del Gobierno de Canarias en materia sanitaria, buscará la

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

El IIº Plan de Salud, como eje de actuación del Gobierno de Canarias en materia sanitaria, busca la convergen-

cia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación sanitaria y, en particular, con la planificación estratégica del Servicio Canario de la Salud.

El nuevo Plan de Salud continúa afrontando el reto de la intersectorialidad, dado que propone medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, al querer propiciar mejoras de la salud estables en la Comunidad. Para ello resulta básica e imprescindible la coordinación entre los diversos sectores implicados, y vital un claro compromiso por parte de todas las Administraciones Públicas.

4. Resumen de Objetivos y Actividades del Plan de Salud de Canarias que se dictamina

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Objetivo 1.

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

Actividades

1.1. Para reducir el consumo de tabaco

El proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias 2003-2007 ha coincidido en el tiempo, con un impulso de las políticas de reducción del consumo de tabaco desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas políticas se estructuran, en la Comunidad Canaria, bajo la fórmula del "Plan Canario de Prevención y Control del Tabaquismo". Los aspectos fundamentales a impulsar por el Gobierno de Canarias mediante este nuevo instrumento, para conseguir resultados de reducción del tabaquismo en Canarias, se verán apoyados por las siguientes actuaciones previstas por el Plan de Salud de Canarias:

- 1.1.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias impulsará las reformas precisas en la normativa vigente para otorgar las competencias de las inspecciones y sanciones en los incumplimientos de la legislación antitabaco al Servicio Canario de la Salud. Además, el Gobierno de Canarias extenderá la prohibición de cualquier tipo de publicidad directa o patrocinio, limitará la venta de tabaco a la unidad mínima de una cajetilla de tabaco y promoverá el incremento de los espacios libres de humos de tabaco.
- 1.1.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Salud Pública, intensificará la actividad inspectora para mejorar el cumplimiento de la Ley (nivel 2 de evidencia científica). Para ello, la Dirección General de Salud Pública se dotará, en el área de salud de Gran Canaria en el año 2005, y en la de Tenerife en el 2006, con un técnico inspector adicional, que distribuirá inicialmente su actividad con carácter provincial.
- 1.1.3. El Gobierno de Canarias promoverá el incremento de los impuestos indirectos sobre el tabaco, al objeto de retrasar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco (nivel 1 de evidencia científica).
- 1.1.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el Servicio Canario de la Salud (SCS) aumentará la intensidad de las campañas de información/sensibilización para reducir el consumo de tabaco, a través de los medios de comunicación que garanticen un mayor impacto y efectividad; informando a la sociedad de los riesgos de la exposición (activa y pasiva) al humo del tabaco, y de los beneficios de su abandono (nivel de evidencia 2). Estas campañas se dirigirán, especialmente, a los sectores diana (mujeres y jóvenes), y será asumida por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- 1.1.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual, el Gobierno de Canarias, a través de la colaboración entre sus consejerías de Educación, Cultura y Deportes y la de Sanidad y Consumo, difundirán en los colegios públicos y privados de Canarias, las actividades de formación, dirigidas hacia los profesores, padres y alumnos, sobre los problemas de salud asociados al tabaquismo. Esta actividad podrá aprovechar el marco de la red de escuelas saludables (nivel de evidencia 2), y será coordinada des-

de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Para reforzar la efectividad de este programa, la Dirección General de Salud Pública incorporará, en 2005, un técnico en Educación para la Salud.

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

- A los usuarios que acudan a los centros sanitarios se investigará por el hábito tabáquico y se les dará consejo antitabaco.
- El SCS promoverá el desarrollo de grupos de autoayuda en las zonas básicas de salud (z.b.s.), que incluyan actividades de apoyo al abandono del consumo de tabaco. Esta actividad se llevará a cabo desde 2003 y se potenciará progresivamente.
- En cada z.b.s. se realizarán actividades anuales de información - sensibilización sobre el consumo de tabaco, bien impulsadas por los propios centros de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

1.1.7. Dar soporte al abandono de consumo de tabaco mediante la creación de unidades antitabaco en centros especializados y la promoción del consejo antitabaco estructurado en los centros de salud (guía antitabaco) (nivel 1 de evidencia). A tal efecto cada una de las gerencias de Atención Especializada en Tenerife y Gran Canaria se dotarán, en el año 2004, de una unidad antitabaco, cuya composición mínima será la de un técnico experto en modificación de conductas (psicólogo clínico) y un auxiliar administrativo. El psicólogo formará parte de las plantillas del servicio de Psiquiatría y llevará a cabo esta actividad, a tiempo parcial, en el contexto del desarrollo de la ampliación de servicios de la Psiquiatría de Enlace. En cada una de las áreas de salud de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura se creará, en el 2007, una unidad antitabaco con la misma composición y organización. En El Hierro y en La Gomera, estas actividades serán ejecutadas por un educador para la salud, cuya incorporación se producirá en 2007.

1.1.8. Cofinanciar el tratamiento de deshabitación con fármacos de efectividad demostrada en el tratamiento a la dependencia tabáquica (nivel 1 de evidencia).

1.2. Para mejorar los hábitos nutricionales

1.2.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS aumentará la intensidad y efectividad de las campañas de información, dirigidas a la población general, para promover una alimentación más saludable, con un mayor consumo de frutas y vegetales y un menor consumo de grasas animales, bollerías y carnes (nivel 1 de evidencia científica). Esta actividad será ejecutada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

1.2.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS intensificará la realización de consejo nutricional desde el sector sanitario, tanto desde Atención Primaria de Salud, como desde Atención Especializada. Esta actividad será impulsada por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

- Al 100% de los usuarios/as con factores de riesgo cardiovascular alto, asistidos en Atención Primaria de Salud, se les investigará sus hábitos dietéticos y se les darán consejos para una alimentación saludable; adaptando las indicaciones dietéticas según los factores de riesgo de cada individuo. Esta intervención se aplicará en el nivel asistencial de Atención Especializada, con la misma intensidad, en el 100% de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Esta actividad ha de potenciarse a partir de la intensificación de las actividades de promoción de la salud por parte de la enfermería.
- Se intervendrá en los pacientes con sobrepeso/obesidad (IMC > 25) incidiendo en el uso de las dietas hipocalóricas y en la realización de actividad física regular.
- Se potenciará que en cada z.b.s. se realicen actividades anuales de información – sensibilización sobre alimentación sana y cardiosaludable generadas por el propio centro de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

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

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

1.3. Para mejorar la realización de actividad física

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

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

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

Objetivo 2.

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

Actividades

2.1. Los equipos de Atención Primaria de Salud (médicos y enfermeros) identificarán, de manera oportunista, el riesgo cardiovascular de la población general que acude a consulta, adaptando la intervención sanitaria en base a dicho riesgo, con el objetivo de que en el año 2006 el 100% de los pacientes con cardiopatía isquémica y el 50% de las personas con algún factor de riesgo cardiovascular mayor, estén estratificados según su riesgo cardiovascular y hayan sido incorporados al programa acreditado de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria. Para llevar a cabo esta actividad, el Servicio Canario de la Salud continuará mejorando las dotaciones de medios humanos y tecnológicos que hagan posible la implantación y cumplimiento, en la totalidad de los centros de salud de la Comunidad, del programa de "Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares".

2.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la totalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica recibirán consejo e intervención sobre estilos de vida cardiosaludables (actividad física, nutrición y abandono de tabaco) para el control estricto de su cardiopatía (nivel 1 de evidencia científica).

2.3. A partir de la aprobación del Plan de Salud se revisarán los tratamientos de los pacientes con cardiopatía isquémica para mejorar, progresivamente hasta el 2007, la efectividad y coste-efectividad de los tratamientos indicados. Para ello, los pacientes con cardiopatía isquémica deberán tener pautado tratamiento profiláctico que incluya: ácido acetilsalicílico, betabloqueantes y estatinas. Si existe disfunción en el ventrículo izquierdo es recomendable la incorporación de algún medicamento inhibidor de la enzima de conversión de la Angiotensina II (IECA) (nivel 1 de evidencia científica).

Objetivo 3.

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

Actividades

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

- 3.1. Para reducir las variaciones observadas en la práctica clínica de la gestión del Síndrome Coronario Agudo y optimizar la efectividad de las decisiones diagnóstico – terapéuticas, el SCS impulsará, en colaboración con las sociedades científicas médicas, la elaboración de una vía clínica consensuada, que deberá estar disponible antes de Diciembre de 2003 (nivel 2 de evidencia científica).
- 3.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud el SCS garantizará que en cualquier paciente que demande atención sanitaria por dolor torácico, de probable origen coronario, se deberá realizar un electrocardiograma en un tiempo máximo de 10 minutos a la llegada a cualquier centro sanitario.
- 3.3. En el ámbito extrahospitalario el SCS garantizará, siempre que no exista contraindicación, la administración de oxígeno, alivio dolor (morfina/dolantina), nitratos, aspirina y el traslado inmediato en condiciones adecuadas en coordinación con el centro receptor (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias mejorará progresivamente la accesibilidad a la desfibrilación, aplicada por parte de personal entrenado, frente a un evento coronario agudo; al objeto de llevar a cabo la reanimación básica en un máximo de 8 minutos. Para ello, el Servicio Canario de la Salud desarrollará un programa de implantación de desfibrilación semiautomática en la comunidad autónoma en la que se incluya la formación acreditada de sanitarios y de primeros intervinientes. La implantación de este programa alcanzará, especialmente, a las zonas básicas de salud más alejadas e inaccesibles, al objeto de mejorar la equidad en el acceso a esta prestación (nivel 2 de evidencia científica).
- 3.5. En el ámbito sanitario se llevará a cabo, además de la administración de oxígeno y el alivio del dolor, la utilización precoz de betabloqueantes, IECA, y heparina. Esta actuación deberá ser iniciada desde el centro de salud, centros de Atención Especializada, o servicios de urgencia extrahospitalarios, para ser completada en el hospital (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.6. El Servicio Canario de la Salud garantizará el acceso a la reperfusión coronaria (Fibrinólisis/angioplastia) en el plazo máximo de 1 hora (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.7. El Servicio Canario de la Salud completará la implantación de la fibrinólisis hospitalaria y en el Servicio de Urgencias Canario en toda la Comunidad Autónoma, antes de finalizar 2003, garantizando que a todo paciente que presente un Síndrome Coronario Agudo, siempre que estuviese indicado, se le aplique esta terapia en el plazo máximo de una hora desde el diagnóstico de sospecha. Para ello se elaborará, previamente, un protocolo consensuado y con la máxima evidencia científica. Esta prestación se ampliará posteriormente (2004-2007) a todos aquellos centros extrahospitalarios en los que por su lejanía no se pueda garantizar el acceso a la fibrinólisis en el plazo de una hora tras el diagnóstico de sospecha de Síndrome Coronario Agudo.

Objetivo 4.

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

Actividades

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

- 4.1. En todas las áreas de salud el SCS garantizará la atención diagnóstica y terapéutica a los pacientes con dolor torácico, de reciente aparición y probable origen coronario; al objeto de aliviar los síntomas y reducir el riesgo de episodios coronarios subsiguientes. La valoración por parte del especialista, una vez derivado por parte del médico de familia, deberá llevarse a cabo en el plazo de diez días; antes de que finalice el año 2007.
- 4.2. Debe favorecerse la progresiva descentralización del control de los pacientes anticoagulados. Para ello el Servicio Canario de la Salud elaborará, en el último trimestre de 2003, un protocolo consensuado de anticoagulación en el paciente afecto de enfermedad cardiovascular, de aplicación en toda la comunidad autónoma (nivel 1 de evidencia).
- 4.3. El Servicio Canario de la Salud, introducirá en la cartera de servicios de Atención Primaria el control de los pacientes anticoagulados, en coordinación con los servicios especializados, de forma que en el 2006 esta prestación se oferte, de manera acreditada, en el 50 % de los Equipos de Atención Primaria.

Objetivo 5.

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

Actividades

- 5.1. Para ello, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud dispondrá de un Programa de Rehabilitación Cardíaca, antes de que finalice el año 2003 (nivel 1 de evidencia científica). La dotación de recursos humanos para este programa se llevará a cabo inicialmente en los hospitales de referencia, a lo largo del año 2007. Posteriormente, esta oferta de servicios se extenderá al resto de las áreas de salud mediante las tecnologías de la comunicación; de tal manera que todas las personas que tengan un evento coronario agudo, puedan ser evaluadas de forma individual e incluidas en este programa, antes de que finalice dicho año.

CANCER**Objetivo 6.**

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

Actividades

- 6.1. El consumo de tabaco es la primera causa evitable de mortalidad conocida. Constituye el factor de riesgo más importante y de mayor peso en la incidencia y mortalidad por cáncer en nuestra comunidad. Se estima que el porcentaje de muertes por cáncer evitables, con una acción decidida sobre el tabaco es del 30%. A estos beneficios habría que sumar la contundente contribución a la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Para conseguir resultados de reducción del tabaquismo, mejora de la alimentación y nutrición y de la realización de actividad física, el Gobierno de Canarias, llevará a cabo la ejecución de las acciones descritas anteriormente en el capítulo de cardiopatía isquémica.
- 6.2. Además, haciendo uso de los diferentes medios de información de masas y de las redes educativas y sanitarias existentes, el Servicio Canario de la Salud, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, difundirá los contenidos del Decálogo Europeo contra el Cáncer entre la población general. Otras organizaciones que pueden contribuir a esta actividad de difusión, son: las oficinas de farmacia, asociaciones de vecinos, escuelas de padres y de adultos, Red de Escuelas Promotoras de Salud, medios de comunicación. Esta difusión debe utilizar, además, las redes propias de los servicios sanitarios. Entre las recomendaciones que más difusión debieran encontrar está la promoción de la alimentación saludable y la realización de actividad física regular.

Objetivo 7.

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

Actividades

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

- 7.1. Se promoverá la adherencia al Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama mediante la ejecución de campañas de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios y a los grupos de población de interés. Esta actividad se iniciará en el año 2003 (nivel 2 de evidencia).
- 7.2. Ampliar el grupo de edad de la mujer a incluir en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, hasta los 69 años; una vez alcanzada la oferta al 100% de la población de 50-64 años (nivel 1 de evidencia).
- 7.3. Antes de que finalice el año 2003, el Servicio Canario de la Salud habrá elaborado los instrumentos (vías clínicas) que expliciten las pautas de actuación frente a la patología mamaria, tanto población general como, en especial, en grupos de mujeres con riesgo elevado de padecer cáncer de mama. Este instrumento deberá prever tanto la organización entre los servicios hospitalarios, como la coordinación de éstos con Atención Primaria de Salud (nivel 1 de evidencia). Esta acción será coordinada desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

7.4. Estos instrumentos (vías clínicas) deberán especificar los tiempos máximos de demora admitidos entre el establecimiento del diagnóstico de cáncer de mama y el inicio del tratamiento, que deberán ser alcanzados antes de que finalice el 2006. Las gerencias de Servicios Sanitarios, en cada Área de Salud, cumplirán los tiempos de espera especificados.

7.5. A partir de la aprobación de este Plan de Salud (año 2003), cada gerencia hospitalaria llevará a cabo el seguimiento de la gestión y tiempos de espera de los pacientes oncológicos. Sin que exista evidencia científica al respecto, la experiencia local en nuestra comunidad parece indicar que los servicios de admisión podrían llevar a cabo esta actividad de manera apropiada.

Objetivo 8.

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

Actividades

Puesta en marcha de un Programa de Cribado del Cáncer Colo-rectal, a partir de la existencia de pruebas científicas suficientes de que las tecnologías disponibles no son sólo efectivas sino costo-efectivas; alcanzando cotas de costo-utilidad semejantes al cribado de cáncer de mama. Sin embargo, dado que no existe aún suficiente evidencia sobre cuál es el tipo de tecnología diagnóstica más costo-efectiva; cuáles son las tasas de cumplimiento a lo largo del tiempo para cada una de las técnicas diagnósticas disponibles; y cuál es la edad óptima de inicio y finalización del programa; es necesario establecer un grupo de expertos que aborden estas cuestiones y contribuyan al diseño de este Programa de Cribado. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, llevará a cabo las siguientes actividades:

- 8.1. Diseñar el Proyecto piloto de Cribado de Cáncer Colo-rectal durante el año 2004 (nivel 1 de evidencia).
- 8.2. Iniciar la aplicación del proyecto, mediante una experiencia piloto en las zonas de mayor incidencia del archipiélago, durante el año 2005; al objeto de evaluar tasas de adherencia a las diferentes opciones terapéuticas y llevar a cabo el análisis coste-efectividad de cada una de ellas; a partir de los resultados de los años siguientes. La aplicación de este proyecto requerirá la incorporación de un médico endoscopista en el año 2005.
- 8.3. Elaborar y difundir guías de práctica clínica que promuevan la homogeneidad en la toma de decisiones clínicas en la identificación y manejo de los grupos de alto riesgo de cáncer colo-rectal, y que incluyan referencias a los signos y síntomas útiles para establecer la sospecha de patología; al objeto de activar los procedimientos de confirmación diagnóstica en el menor tiempo posible (nivel 1 de evidencia). Esta actividad deberá estar culminada a lo largo del año 2003.

Objetivo 9.

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

Actividades

- 9.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud iniciará, a lo largo del año 2003, un proyecto de evaluación sobre el alcance real de las actividades de cribado de cáncer de cuello uterino ofrecidas a la población; a la vez que revisará la evidencia científica disponible para reorientar la oferta de servicios.
- 9.2. Posteriormente, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud realizará una experiencia piloto en zonas de salud diferentes; para valorar estrategias alternativas de cribado de base poblacional / oportunista, con diferentes modelos de oferta, que incluya la evaluación de su capacidad de captación (grado de adherencia), costes y relación coste-efectividad entre las tecnologías y fórmulas organizativas disponibles; incorporando, además, la evaluación de resultados intermedios. Esta actividad comenzará a pilotarse a partir de 2004.
- 9.3. A partir de año 2006 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reorientará los recursos actualmente empleados en el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, hacia un nuevo Programa de Cribado poblacional en el que se mejoren, además de la eficacia diagnóstica; la efectividad real, a partir de la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas (nivel 1 de evidencia) y fórmulas organizativas y de un incremento de la cobertura en todos los estratos sociales.

Objetivo 10.

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

Actividades

10.1. Hasta la actualidad continúa sin existir suficiente evidencia científica que justifique la implantación de un programa de cribado poblacional del cáncer de próstata. En consecuencia, las pruebas de cribado deberán aplicarse únicamente sobre grupos de población de mayor riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, dada la alta incidencia y prevalencia de este tumor, el Servicio Canario de la Salud elaborará, difundirá y monitorizará el impacto de una guía de recomendaciones clínicas sobre cáncer de próstata (nivel 1 de evidencia). Este instrumento para mejorar la toma de decisiones clínicas deberá estar elaborado, por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, antes de que finalice el año 2004.

Objetivo 11.

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

Actividades

La atención de los pacientes con cáncer es una actividad asistencial compleja que requiere la actuación coordinada de diversos servicios hospitalarios entre sí, y, de éstos, con Atención Primaria. La descoordinación de estas actuaciones puede ser causa de situaciones de ineficiencia, y de reducción de la calidad de la atención. Por ello, al objeto de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial, a través de la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, elaborará unas normas generales de la Organización de la atención sanitaria al paciente con cáncer. Estas normas deberán contemplar:

- 11.1. El Servicio Canario de la Salud creará, a lo largo de 2003, una Unidad de Planificación, Evaluación y Seguimiento de los Procesos Oncológicos, ubicada en su Dirección General de Programas Asistenciales. Entre las funciones de esta nueva unidad, estarán: el diseño de nuevos programa de cribado, la integración de estos con la actividad asistencial a los pacientes con cáncer, el diseño de instrumentos de coordinación (vías clínicas) y de guías para mejorar el uso apropiado de las tecnologías (guías clínicas), la valoración de la dotación de los recursos humanos, entre otras.
- 11.2. La disponibilidad de vías clínicas adaptadas según los recursos de cada hospital para la atención de la patología tumoral de mayor prevalencia y gravedad (nivel 2 de evidencia). Cada hospital deberá elaborar, como mínimo una vía clínica sobre cáncer al año. Estas vías clínicas deben contemplar la intervención coordinada de cada servicio hospitalario y nivel asistencial, haciendo explícitos:
- Los mecanismos de coordinación y conexión con los servicios de atención primaria, incluyendo los pasos a seguir con el paciente cuando éste entra y sale de la atención hospitalaria, para garantizar la continuidad de la atención.
 - Los mecanismos de coordinación y conexión con los recursos de soporte psicosocial y la interrelación con los servicios de cuidados paliativos, cuando éstos sean precisos.
 - Las vías clínicas deben establecer los tiempos máximos de demora para el diagnóstico y el inicio del plan terapéutico.
- 11.3. La incorporación tecnológica en los hospitales estará condicionada por el reconocimiento de prioridad a los procedimientos diagnósticos para confirmar la sospecha de cáncer. Además, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud revisará y actualizará las dotaciones de recursos humanos para asegurar que las pruebas diagnósticas se lleven a cabo con la celeridad requerida y explicitada en las vías clínicas. Además se deberá mejorar la eficiencia en la utilización de los quirófanos de los grandes hospitales para procedimientos quirúrgicos oncológicos, y se revisarán los recursos humanos de los servicios asistenciales relacionados con la atención oncológica; para que puedan cumplirse los objetivos del Plan de Salud. Este proceso de revisión, homogeneización y actualización de plantillas se iniciará en 2004.
- 11.4. Los hospitales de tercer nivel de Canarias ofertarán las técnicas diagnósticas y terapéuticas para alcanzar con precisión y rapidez el estudio de extensión y asegurar el tratamiento adecuado del cáncer. Por el contrario otras tecnologías diagnósticas de elevada complejidad y coste requerirán concentrar su producción y ser ubicadas en un único centro de referencia a nivel regional.

Objetivo 12.

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

Actividades

- 12.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará los recursos de apoyo psicosocial en el proceso de atención al enfermo oncológico; a partir del reconocimiento de que el cáncer impacta sobre la calidad de vida y la esfera psico-biológico-social del paciente y de su familia. Atendiendo a esta necesidad, se incorporará la figura asistencial del psicólogo clínico, adscrito al Servicio de Psiquiatría y formando parte de los nuevos recursos de "psiquiatría de enlace". La actividad de este profesional estará integrada con la de los trabajadores sociales y del voluntariado de organizaciones sociales a la atención al paciente con cáncer y a su entorno familiar (nivel 2 de evidencia). Esta actividad comenzará a ejecutarse progresivamente a partir de 2005; comenzando por los hospitales de referencia; para extenderse al resto de áreas de salud en 2005 y 2006. Se dotará a cada uno de los hospitales de referencia con un psicólogo clínico; mientras que esta actividad se llevará a cabo a tiempo parcial en los hospitales de Lanzarote, La Palma y Fuerteventura; por parte de los nuevos recursos de psiquiatría de enlace. En las áreas de salud de La Gomera y El Hierro esta actividad se llevará a cabo, a partir de 2004, mediante la dotación de una enfermera de enlace; que asumirá, además, actividades de soporte a los cuidados paliativos.
- 12.2. El Servicio Canario de la Salud ampliará la cobertura de cuidados paliativos para que todo paciente que lo requiera, y su familia, tenga acceso a estos servicios en el tiempo adecuado, en continuidad y cerca de su domicilio. Para ello la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará un programa comunitario de cuidados paliativos, en el seno del Plan de Atención Socio-sanitaria de Canarias, que descansará sobre la coordinación entre Atención Primaria de Salud y Atención Especializada (nivel 1 de evidencia). Este programa deberá estar finalizado en 2003, por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, para culminar su ejecución, en todas las áreas de salud, desde 2004-2007.

DIABETES MELLITUS**Objetivo 13.**

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

Actividades

La prevalencia global de diabetes tipo 2 en el conjunto de la población puede reducirse mediante estrategias de prevención y reducción de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad central (nivel 1 de evidencia científica). Esta actuación debe ser más intensa sobre subgrupos (la mujer) y personas de alto riesgo, mediante la promoción de dietas adecuadamente balanceadas y de la realización de actividad física regular. Durante el período de vigencia del Plan, el Servicio Canario de la Salud en colaboración con la Consejería de Educación, las sociedades científicas médicas, y las asociaciones de afectados por Diabetes Mellitus, desarrollará:

- 13.1. Recomendaciones para mejorar la calidad de la dieta, incrementar los niveles de actividad física y reducir las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población general de Canarias. Estos instrumentos se difundirán, a modo de actuaciones de educación para la salud, a través de los siguientes programas y Redes: La Red Canaria de Municipios Saludables, el Programa de Alimentación Saludable en desarrollo con Radio Ecce, la Red de Escuelas Promotoras de Salud, la Red de Empresas Saludables y Seguras y las Escuelas de Adultos de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes; además de la red sanitaria pública (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2003, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.2. Campañas de alto impacto publicitario sobre divulgación y concienciación de la importancia de la diabetes y la obesidad, para promover cambios hacia estilos y hábitos de vida sanos (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2003, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.3. Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad desde el "Programa del Niño Sano". El "Programa del Niño Sano" constituye una plataforma inmejorable para interaccionar con la madre al objeto de establecer hábitos dietéticos apropiados para reducir el riesgo de desarrollo de sobrepeso. En etapas más avanzadas de la infancia, este mismo programa hace posible la modificación de los factores de riesgo para reducir sobrepeso, obesidad e incremento de la actividad

física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2003, debiéndose evaluar su impacto.

- 13.4. Impulso a la difusión e implantación de la red de escuelas promotoras de salud y a la red de empresas saludables y seguras, en toda la comunidad autónoma Canaria por medio de la elaboración de un programa de educación para la salud con contenido específico en hábitos de vida saludables: alimentación y nutrición, actividad física y conductas adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2003, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.5. Vigilancia de la calidad nutricional de los menús de los comedores de los centros educativos (colegios y universidades) y de empresas (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2003. Para ello la Dirección General de Salud Pública se dotará de un técnico dietista en 2005 para Tenerife y otro en 2006 para Gran Canaria, adscritos a la Dirección General de Salud Pública, con carácter provincial.
- 13.6. Desarrollar normativa autonómica que garantice la presencia y autenticidad de la información nutricional en el etiquetado de alimentos. Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Consumo de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, desde 2003.
- 13.7. El Gobierno de Canarias subvencionará el acceso de los más desfavorecidos a los alimentos básicos de mayor valor para la salud (frutas y verduras), mediante las modificaciones que puedan efectuarse en el Régimen Específico de Abastecimiento.

Objetivo 14.

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

Actividades

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

14.1. Si bien el valor del cribado de diabetes mellitus (DM) en población general no ha sido determinado hasta la actualidad, éste deberá aplicarse de manera oportunista y generalizada, a partir del año 2003, a los siguientes grupos de riesgo (nivel 1 de evidencia):

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

En estos subgrupos, el cribado deberá llevarse a cabo de manera periódica, al objeto de establecer el diagnóstico en los estadios más precoces en los que sea posible. Para que el cribado sobre grupos de riesgo alcance el mayor impacto posible, será necesario que durante el año 2003 y siguientes, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, lleve a cabo las siguientes estrategias:

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

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

14.2. Desarrollar actividades de educación sanitaria dirigida de forma especial a los grupos de riesgo, tanto en los centros de salud y servicios de endocrinología hospitalarios, como desde las unidades básicas de salud de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas. Estos programas deberán estar estruc-

turados (para garantizar su aplicación sistemática), y ser personalizables, permitiendo su adaptación a las necesidades y condiciones de los pacientes (nivel 1 de evidencia).

- 14.3. Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover el actividad física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será promovida por la Dirección General de Salud Pública, en el seno de la Red Canaria de Municipios Saludables, al objeto de desarrollar el mayor número posible de programas durante el periodo 2003-2007.
- 14.4. Impulsar la implantación de programas de intervención antitabáquica en todos los centros sanitarios (nivel 1 de evidencia). Esta actividad se llevará a cabo de la manera descrita en los apartados anteriores del Plan de Salud correspondientes a cardiopatía isquémica y cáncer; coordinada desde la Dirección General de Salud Pública.
- 14.5. Potenciar la cirugía bariátrica como opción terapéutica para obesidades mórbidas: IMC>40 e IMC>35 con dos o más factores de riesgo (nivel 1 de evidencia).

Objetivo 15.

Reducir la incidencia de complicaciones agudas de la diabetes mellitus.

Actividades

Para alcanzar, a medio-largo plazo, los objetivos específicos de mejora de la oferta asistencial que se establecen en el Plan de Salud, es preciso que el Servicio Canario de la Salud desarrolle una serie de actuaciones que mejoren, de manera progresiva y continua, la oferta de servicios sanitarios a este problema de salud. Esta oferta de servicios deberá alcanzar tanto a los pacientes que aún no han desarrollado complicaciones, como a aquellos que ya las padecen.

- 15.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud elaborará y distribuirá la "cartilla del diabético" para facilitar el seguimiento, el control metabólico y la valoración integral de las repercusiones orgánicas de las personas con diabetes. Esta actividad deberá estar en funcionamiento en 2004.
- 15.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Programas Asistenciales, garantizará la presencia de la figura del "Experto Consultor" en diabetes en cada área de salud. Estos expertos consultores deberán estar ejerciendo su actividad en todas las áreas de salud en el período comprendido entre 2004 y 2007. Estos profesionales servirán de enlace entre niveles asistenciales (nivel 1 de evidencia). En 2005 se producirá la incorporación de un consultor en diabetes en Gran Canaria, en Tenerife. En 2006 se llevará a cabo la incorporación de otro consultor en Gran Canaria y Tenerife y en La Palma. En 2007 se llevará a cabo la incorporación del consultor en Lanzarote y Fuerteventura; así como otro adicional en Tenerife, para prestar apoyo a las Areas de salud de El Hierro y La Gomera.
- 15.3. El Servicio Canario de la Salud incorporará, progresivamente, la figura del educador para la salud en Atención Primaria y en Atención Especializada; al objeto de potenciar los componentes de educación para la salud que favorezcan los cambios de conductas necesarios relacionados con la alimentación, nutrición, actividad física y mejora de cumplimiento terapéutico (nivel 1 de evidencia). En el 2004 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reforzará la presencia de los educadores para la salud en los centros hospitalarios de referencia, para posteriormente, en el 2004-2007, avanzar hacia el resto de los hospitales y equipos de Atención Primaria. Para ello se incorporará 1 educador de la salud en cada uno de los hospitales de referencia, en 2004-2006. En 2006 se incorporará el del hospital de La Palma. En 2007 se incorporaría un educador para la salud en cada uno de los hospitales de Lanzarote, Fuerteventura. Paralelamente, se incorporarían educadores para la salud en Atención Primaria de Salud: 2 en el Area de salud de Gran Canaria, 2 en la de Tenerife, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.
- 15.4. El Servicio Canario de la Salud garantizará una atención integral eficaz al paciente diabético mediante la coordinación entre todas las especialidades implicadas en su control y el médico de familia (nivel 3 de evidencia). Esta coordinación requiere la elaboración de un instrumento (vía clínica) que establezca: los procedimientos de coordinación entre profesionales hospitalarios y entre niveles asistenciales; las actividades de efectividad probada a desarrollar sobre los pacientes, y, su cronología. Este instrumento, cuya elaboración será coordinada por la Dirección General de Programas Asistenciales, deberá estar disponible antes de que finalice el año 2004. Esta acción requiere, fundamentalmente, la reorganización y coordinación de los recursos humanos de Atención Especializada.

Objetivo 16.

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

Actividades

- 16.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud promoverá desde el año 2003, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, la aplicación del control y tratamiento intensivo del paciente diabético; haciendo especial énfasis en la mejora de los resultados del control de los niveles de glucosa y cifras de tensión arterial (nivel 1 de evidencia científica).
- 16.2. El Servicio Canario de la Salud, con el objeto de detectar y tratar precozmente las complicaciones visuales asociadas a la retinopatía diabética, implantará progresivamente, a partir de 2003, el Programa de Cribado de Retinopatía Diabética con imagen digital a través de la cámara de retina no-midriática, y la administración precoz de tratamiento con láser (nivel 1 de evidencia científica). La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ampliará progresivamente la cobertura de este programa, al objeto de que para el año 2006, alcance a todas las áreas de salud.
- 16.3. A lo largo de 2004-2005, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, potenciará las actividades de cribado de microalbuminuria entre los pacientes afectados de diabetes mellitus; al objeto de detectar precozmente el inicio de nefropatía diabética; y poder instaurar el tratamiento más costo-efectivo con inhibidores de la ECA; para retrasar la evolución de esta complicación (nivel 1 de evidencia científica).
- 16.4. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, potenciará las actividades de educación y cuidados del pie diabético, por parte de la enfermería en los equipos de Atención Primaria; al objeto de reducir la incidencia de lesiones que pudieran conducir a amputaciones (nivel 2 de evidencia científica).
- 16.5. El Servicio Canario de la Salud, a partir de la informatización en Atención Primaria y Atención Especializada dispondrá de instrumentos que servirán como sistemas de vigilancia epidemiológica de la diabetes. Este sistema de información permitirá llevar a cabo, progresivamente, la evaluación de resultados del proceso asistencial a los pacientes diabéticos (nivel 1 de evidencia). Esta actividad estará coordinada entre la Dirección General de Programas Asistenciales y la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, y deberá haberse iniciado en el año 2003, para consolidarse hacia el 2006. La informatización en Atención Primaria de Salud precisa la dotación de 1.500 equipos informáticos, la consolidación del desarrollo de las aplicaciones a utilizar y la garantía del funcionamiento de las redes de comunicación del Gobierno de Canarias.

SALUD MENTAL**Objetivo 17.**

Actualización de los dispositivos asistenciales existentes.

Actividades

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

Objetivo 18.

Atención específica a la población infantil y juvenil.

Actividades

- 18.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará y aplicará instrumentos, de efectividad demostrada, para la detección precoz de problemas de salud mental en población infantil y juvenil contando con la colaboración del personal de salud mental.
- 18.2. El personal de Salud Mental participará activamente con otras instituciones en la aplicación de programas para prevenir problemas de salud mental en grupos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los niños maltratados, con SIDA, niños sujetos a medidas de protección, hijos de madre / padre con en-

fermedad mental grave, niños con enfermedades crónicas (trastornos profundos del desarrollo), hijos de padres toxicómanos, niños sujetos a medidas judiciales, emigrantes, niños con deficiencia mental o con trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo 19.

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración.

Actividades

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

Objetivo 20.

Actualización de los dispositivos asistenciales existentes.

Actividades

- 20.1. A lo largo del presente Plan se continuarán desarrollando los recursos rehabilitadores hospitalarios sanitarios (URAs), que reemplazarán a las antiguas áreas de crónicos de los hospitales psiquiátricos.
- 20.2. Durante la vigencia del presente Plan se aumentará el número de camas de agudos en hospitales generales, paralelamente al cierre de las camas de agudos en los hospitales psiquiátricos en Canarias; que se trasformarán, progresivamente, en centros rehabilitadores para enfermos crónicos. Para ello se mejorarán las plantillas de las UIB de Fuerteventura, La Palma y Lanzarote, al objeto de aumentar un 20% su número actual de camas.
- 20.3. Se mejorará, progresivamente, la dotación de personal en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), fundamentalmente dirigida a incrementar personal en las zonas que han tenido importantes crecimientos demográficos, psiquiatras, psicólogos y especialmente personal de enfermería (ATS/DUE y auxiliar) para los programas de seguimiento de los pacientes en la comunidad, apoyando los Programas de Rehabilitación Comunitaria (PIRP), especialmente en las áreas de salud en las que estos recursos están menos desarrollados.
- 20.4. A lo largo del presente Plan se potenciará la actividad de psiquiatría de enlace en el ámbito hospitalario, para dar respuesta a las necesidades de los colectivos emergentes de riesgo, haciendo especial énfasis en las nuevas prestaciones de servicio a la dependencia tabáquica, rehabilitación cardíaca y apoyo psicosocial a los pacientes oncológicos y a sus familiares; así como a la población infantil y juvenil hospitalizados por trastornos mentales en los servicios de pediatría. Para la ejecución de esta acción se incorporarán 11 psicólogos clínicos que se distribuirán del siguiente modo entre las diferentes áreas de salud y anualidades: en el 2004 se dotará a cada uno de los hospitales de referencia (Gran Canaria y Tenerife), con 2 psicólogos; posteriormente, entre 2005 y 2006, en cada uno de los hospitales insulares de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura, se incorporará 1 psicólogo clínico. Además, se incorporará un ATS/DUE en Gran Canaria y otro en Tenerife.
- 20.5. A lo largo del presente plan, se impulsarán las nuevas tecnologías en el campo de las telecomunicaciones, incorporando nuevas áreas de salud al Proyecto de TELEPSIQUIATRIA, (asistencial, educativa, administrativa, etc.) siempre como complemento a la atención directa y con el objetivo de mejorar la accesibilidad y equidad, sobre todo en la población de las islas más alejadas.

Objetivo 21.

Atención específica a la población infantil y juvenil.

Actividades

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

y que cumpla un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad, así como con el Equipo de Coordinación del Programa, que estará ubicado en el Hospital de Día de referencia. La ejecución de este objetivo requiere de 15 psiquiatras / psicólogos o pediatras con formación específica en patología mental infantil; que se distribuirán entre las USMC de la red hospitalaria pública en Canarias. La incorporación de estos profesionales se llevará a cabo de manera progresiva desde 2004 al 2006 : 4 en el Área de Salud de Tenerife, 8 en Gran Canaria, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.

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

- a) Albergar el Equipo de Coordinación del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil, situados en un nivel terciario de atención.
- b) Atender a los pacientes, derivados de las unidades de salud mental comunitarias, bien directamente o después de una estancia en la U.I.B. del Hospital General, o en la planta de Hospitalización Pediátrica, y que presenten patologías que, por su complejidad o cronicidad, no puedan ser atendidas en régimen ambulatorio.
- c) Para dotar a cada uno de los hospitales de día se requerirá: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 ATS/DUE, 12 auxiliares de clínica, 1 celador, 1 administrativo, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional y 1 monitor ocupacional. Estos recursos se distribuirán entre 2003 - 2006.

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

Objetivo 22.

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración.

Actividades

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

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

Los dispositivos socio-sanitarios estarán diferenciados según tres tipos:

- a) Los llamados actualmente Centros de Día para enfermos mentales, que tienen un importante componente de Rehabilitación Psicosocial, se corresponden con los llamados, desde los Servicios Sociales, Centros Ocupacionales. Podrían llamarse Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) para enfermos

mentales, que es como se denominan en otras CCAA. Tienen claramente un componente sanitario, pero también social. Sus necesidades se estiman en unas 40 plazas por 100.000 personas entre 16 y 64 años. Se define como Centro de Día a aquel recurso comunitario del espacio sociosanitario en el que se desarrollan programas estructurados de rehabilitación, que han demostrado su eficacia científica, orientados a lograr el máximo desarrollo factible de autonomía personal y el mayor grado posible de integración socio-familiar, en aquellos usuarios cuyas necesidades desborden las actuaciones de las USMC.

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

- Alojamiento tutelado (Pisos Asistidos y Pensiones): 30 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.
- Mini-residencias: 20 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.

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

- Vivienda normalizada compartida, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- Mejora de la autonomía personal.
- Potenciación de las habilidades sociales.
- Apoyo de la normalización y la integración social.

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

- Alojamiento y manutención concertada a cargo de terceros, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- Mejora de la autonomía personal.
- Potenciación de las habilidades sociales.
- Apoyo de la normalización y la integración social.

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

- Cobertura continuada (24 horas) de necesidades básicas de residencia, manutención y cuidado personal
- Mejora de la autonomía personal
- Evitación de la marginación y la institucionalización
- Apoyo de la normalización y la integración social

c) Un Plan de Acceso al Empleo, para personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración, resulta imprescindible para el adecuado desarrollo de los PIRP. Se trata de recursos complementarios de los anteriores, pero que son en gran parte la razón de ser de los propios PIRP; deben estar estrechamente relacionados con los Centros de Día, se distribuyen igual que en el caso anterior en un abanico de posibilidades que varía en cuanto a nomenclatura, pero no en su finalidad. Exige la

colaboración inexcusable de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Sus necesidades están cifradas en 50 plazas de oferta de empleo por 100.000 personas entre 18 y 64 años.

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

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

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

SEGURIDAD VIAL Y LABORAL

Objetivos de Seguridad Vial

Objetivo 23.

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

Actividades

- 23.1. Para reducir el riesgo de invasión del sentido contrario y salida de la calzada de los vehículos, se incrementará, en las carreteras, la utilización de sistemas de contención de vehículos.
- 23.2. Mejorar la señalización en carreteras, incrementando la presencia de paneles variables, ubicados adecuadamente y con una selección de mensajes apropiada y concisa (simplificar mensajes con pictogramas). Además, deberá garantizarse el posterior mantenimiento de los sistemas de vigilancia, alerta e información.
- 23.3. Para mejorar la seguridad en los túneles habrá de seleccionarse el tipo de señalización previa más adecuada y disponer de barreras previas para reducir las consecuencias de los accidentes en el interior de los túneles.
- 23.4. Para reducir la incidencia de los atropellos en áreas urbanas, se incorporarán semáforos de travesía en municipios y áreas específicas de riesgo en núcleos urbanos. Otras medidas de efectividad demostrada en zonas escolares, son los caminos escolares y las zonas 30.
- 23.5. Reglamentar la publicidad en los núcleos urbanos y especialmente en lugares de alta conflictividad.
- 23.6. Regulación de transporte de mercancías peligrosas y vehículos pesados (túneles, urbes), tanto en términos de creación de vías accesorias como horarios específicos.
- 23.7. Legislación específica sobre la iluminación en pasos de peatones.
- 23.8. El sistema de comunicación y alerta sobre obstáculos en la carretera, se canalizará vía teléfono 112.
- 23.9. Para mejorar la seguridad de los peatones y ciclistas en carretera, se fomentará la creación de senderos peatonales y "carriles bicis" en los laterales de las carreteras.

Objetivo 24.

Reducción de los riesgos propios del vehículo.

Actividades

- 24.1. Enfatizar la importancia de los mecanismos de seguridad y neumáticos a través de campañas informativas y de manera oportunista en las Inspecciones Técnicas de Vehículos.
- 24.2. Recordatorio desde Industria a los Ayuntamientos para revisar los vehículos que han sufrido accidentes a ITV (cumplimiento del R.D. 2042/94 que regula la ITV).
- 24.3. Para reducir el riesgo asociado a los vehículos de gran volumen y/o peso se llevarán a cabo inspecciones técnicas en carretera de los vehículos industriales y de transporte colectivo.

Objetivo 25.

Reducción de los riesgos propios del conductor y del peatón.

Actividades

- 25.1. Informar a los profesionales (médicos y de enfermería) del SCS sobre las situaciones que comportan riesgo para la seguridad vial: enfermedades, tratamientos, etc.
- 25.2. Incluir en los informes médicos el consejo sobre restricción de conducción y otras actividades potencialmente peligrosas, vinculadas al padecimiento o convalecencia por determinadas enfermedades y realización de tratamientos farmacológicos.
- 25.3. Informar a la sociedad sobre el riesgo de accidentes asociados a patologías concretas: Síndrome de Apnea del Sueño.
- 25.4. Acceso a utilización de alcoholímetros voluntariamente.
- 25.5. Campañas informativas permanentes, difundidas a través de los diferentes medios de comunicación, sobre: grupos de edad (jóvenes, mayores); utilización de elementos de protección (casco, cinturón); riesgos asociados al consumo de sustancias como el alcohol y las drogas; utilización del teléfono móvil durante la conducción; estado de conservación de neumáticos; precauciones y riesgos de la conducción en bicicleta en carretera; entre otros.
- 25.6. Para reducir los atropellos en carretera se promoverá el uso, por parte de los peatones, del chaleco de alta visibilidad con cintas reflectantes.

Objetivo 26.

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

Actividades

- 26.1. A partir de este plan se intensificará la vigilancia del cumplimiento de los límites de velocidad en la conducción en carretera y en área urbana, por medio de un incremento de la presencia policial en la carretera y/o mediante el uso complementario de otros tipos de señales de alerta.
- 26.2. Sensibilizar al sector judicial para potenciar las penas asociadas a los accidentes.

Objetivo 27.

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

Actividades

- 27.1. Mejorar el acceso al sistema de emergencias, mediante:
 - Actividades de difusión pública del Teléfono Único de Urgencias 1-1-2.
 - Mejorar la identificación de los teléfonos SOS con una correcta señalización.
 - Mejorar la cobertura telefónica móvil en toda la red de carreteras, especialmente en las rutas más desfavorecidas y en todos los túneles de la red viaria.
- 27.2. Facilitar el acceso de los recursos de emergencias al lugar del incidente:
 - Evitando que en las vías de nueva construcción existan tendidos de cable que las crucen (eléctricos, telefónicos, etc.).

- Suprimir, progresivamente, los tendidos de cables que cruzan las vías de mayor tráfico o de alta siniestralidad.
- Habilitar helisuperficies y favorecer la construcción de superficies polivalentes que puedan, en caso de necesidad, servir de helisuperficie (parques de seguridad vial, miradores turísticos, etc.), especialmente en lugares poco accesibles.

Objetivo 28.

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

Actividades

28.1. Incrementando la oferta de servicios mediante la:

- Realización de determinaciones sanguíneas para detectar presencia de alcohol u otras drogas, por parte del Servicio Canario de la Salud.
- Prestación de soporte a las familias en las crisis, por parte del Servicio Canario de la Salud.
- Incorporación de desfibriladores semiautomáticos en los dispositivos de transporte del Servicio de Urgencias Canario.

Objetivos de Seguridad y Salud Laboral:

Objetivo 29.

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

Actividades

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

Objetivo 30.

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

Actividades

- 30.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las empresas para contribuir a la sustitución de maquinaria y sistemas de trabajo obsoletos e inseguros presentes en Canarias. Se concederá prioridad al sector de la Construcción. Esta actividad se iniciará desde el 2003.
- 30.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las confederaciones empresariales y organizaciones sindicales para el desarrollo de proyectos y actuaciones de mejora de la seguridad laboral para reducir la siniestralidad de los trabajadores. Esta actividad se iniciará desde el 2003 y se prolongará anualmente hasta el 2007.

Objetivo 31.

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

Actividades

- 31.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará, durante el período 2003-2007, un plan específico de actuación en el sector de la construcción. Para ello, constituirá la Mesa de Trabajo de la Construcción, al objeto de garantizar el seguimiento de la implantación de los Planes de Seguridad en las obras de construcción.
- 31.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará un Plan específico de actuación en el Sector Agrario, durante el periodo 2003-2007. Para ello llevará a cabo, previamente, el análisis y estudio de las condiciones de trabajo en el sector agrícola. Se concederá especial importancia a la detección de la exposición, aguda y crónica relacionada con el uso de productos fitosanitarios. A tal fin la administración sanitaria llevará a cabo el seguimiento y tratamiento de los casos.

31.3. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará un Plan de actuación en los Establecimientos Turísticos Alojativos. Si bien el periodo de ejecución está previsto para los años 2003-2007, este plan de actuación está condicionado a la entrada en vigor de la Modificación del *Decreto 305/1996, de 23 de diciembre, sobre seguridad y protección contra incendios en establecimientos turísticos alojativos*, hoy en fase de tramitación administrativa. Tiene por objeto la verificación del cumplimiento de las condiciones de seguridad y protección contra incendios establecidos en las disposiciones vigentes sobre la materia.

Objetivo 32.

Mejora de la coordinación entre las Administraciones Públicas con competencias en seguridad y salud en el trabajo.

Actividades

Para afrontar con las mejores garantías de éxito la ejecución de las actuaciones requeridas para una más eficaz protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, se requiere una coordinación efectiva y eficiente entre diferentes departamentos del Gobierno de Canarias con competencias sobre la materia, fundamentalmente de las administraciones públicas canarias competentes en materia de trabajo, de sanidad y de industria. En el marco de dicha coordinación, la Administración competente en materia de trabajo velará, en particular, para que la información obtenida por la Inspección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el ejercicio de sus competencias, sea puesta en conocimiento de las administraciones sanitaria y de industria, a los fines previstos en la *Ley General de Sanidad* y en la *Ley de Industria*.

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

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

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

Objetivo 33.

Mejorar la efectividad de los servicios de vigilancia de la salud.

Actividades

- 33.1. A lo largo del periodo de vigencia de este plan, la autoridad laboral en el Gobierno de Canarias, potenciará la incorporación de la especialidad de vigilancia de la salud a través de los servicios de prevención propios, mancomunados y ajenos. En cada caso, la autoridad competente deberá exigir la calidad de las actuaciones de los servicios de prevención mediante un riguroso seguimiento de sus actuaciones y sobre la calidad con la que las desarrolla. La autoridad sanitaria deberá comprobar que los recursos para la vigilancia de la salud estén correctamente dimensionados y estructurados en función de objetivos de prevención evaluables.
- 33.2. Durante el periodo 2003-2004 el Servicio Canario de la Salud elaborará la relación de variables de mayor importancia para mejorar el grado de conocimiento sobre la salud laboral, al objeto de su incorporación y registro en la Historia Clínica, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Posteriormente este set mínimo de datos se incorporará al proceso de informatización de la historia clínica.

ENVEJECIMIENTO**Objetivo 34.**

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

Actividades

- 34.1. A partir de la aprobación del plan de salud y con carácter periódico, el Servicio Canario de la Salud promoverá la práctica de actividad física por parte de las personas mayores, mediante mensajes informativos y promocionales a través de los medios de comunicación de masas, programas de actuación municipales y, de modo sistemático, desde los centros de servicios sociales y la consulta de enfermería en Atención Primaria de Salud. Esta actividad contribuye tanto a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud como a la supervivencia. La práctica de actividad física se ha constituido en un factor de protección de incapacidad y mortalidad en este grupo de población (nivel 1 de evidencia científica). Esta actuación, que será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, requiere, para mejorar su impacto, además de la colaboración entre las administraciones insulares y municipales y el Servicio Canario de la Salud. Para ello, se establecerán recomendaciones, científicamente contrastadas, para cada grupo de edad.
- 34.2. Mejora del grado de ejecución de las medidas de promoción y prevención de la salud (alimentación saludable y abandono del consumo de tabaco, entre otras), incluidas en el Programa Marco de Atención de las Personas Mayores de Atención Primaria, dirigidas a las personas mayores. Los equipos de Atención Primaria, y de manera especial, los profesionales de enfermería, intensificarán los esfuerzos destinados a identificar precozmente la incapacidad en las actividades instrumentales de la vida diaria, para intervenir sobre sus causas y evitar, de esta forma, el progreso de la incapacidad hacia la dependencia (nivel de evidencia 1).
- 34.3. Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico (guías de práctica clínica) en las personas mayores, al objeto de mejorar la selección y uso apropiado de estos medicamentos, tanto en Atención Primaria de Salud como en Atención Especializada. Se hará especial énfasis en los fármacos asociados más intensamente a reacciones adversas graves en este grupo de edad (analgésico-antiinflamatorios, hipnóticos, sedantes, y antipsicóticos, entre otros) (nivel de evidencia 1). Esta actividad será impulsada, a partir de 2004, desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Objetivo 35.

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

Actividades

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

- 35.1. Antes de finalizar el 2003, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud finalizará la implantación del Programa Marco de Atención a las Personas Mayores en el 100% de los equipos de Atención Primaria de Salud (nivel de evidencia 1).
- 35.2. Antes de finalizar el año 2004 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud deberá haber coordinado la elaboración de un catálogo de pruebas complementarias, en Atención Primaria, en el que se establezcan los criterios de uso apropiado de aquellos tests requeridos para dar continuidad a los programas asistenciales de mayor prioridad. El objeto de esta medida es múltiple: reducir las esperas y la incertidumbre de los pacientes, anticipando el diagnóstico y posible tratamiento; ampliar el grado de autonomía de los profesionales en Atención Primaria; y liberar las agendas de los profesionales en Atención Especializada. Especial prioridad deberá prestarse a los problemas de salud incluidos en este plan de salud: deterioro cognitivo y depresión, cáncer, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus.
- 35.3. Al objeto de facilitar el acceso de los mayores a aquellas ayudas técnicas de efectividad demostrada, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud adecuará el Catálogo de Prestaciones de Material Ortoprotésico y reorganizará el proceso de prescripción, para que en todos los casos, estas ayudas sean

prescritas por el médico de atención primaria antes del 2004. En la actualidad, estas prescripciones requieren de interconsultas con la atención especializada, teniendo inconvenientes tanto para el paciente como para sus cuidadores (desplazamientos, esperas, pérdidas laborales); a la vez que se crea otra lista de espera y se contribuye a incrementar las que corresponden a los propios especialistas. Para promover la adecuada indicación de estas ayudas técnicas se podrían establecer guías de práctica o de recomendaciones clínicas, que redujeran las variaciones inapropiadas de las decisiones clínicas, enfatizando aquellas medidas terapéuticas efectivas, y, entre ellas, las de mejor relación coste-efectividad. En particular se valorará la prescripción de los protectores de cadera en las mujeres de mayor riesgo de padecer caídas y fractura de cadera (nivel de evidencia 1).

35.4. Implantación progresiva de la enfermería de enlace en Atención Primaria de Salud, a partir del año 2004, al objeto de mejorar la calidad y la eficiencia en la utilización de los servicios sociales y sanitarios (nivel de evidencia 1). Dado que se estima que un profesional puede atender a aproximadamente 3.500 personas mayores de 65 años, el número de profesionales necesarios para satisfacer las necesidades actuales asciende a 56 en la comunidad. El Servicio Canario de la Salud incorporará a 41 profesionales de enfermería para proveer servicios de enfermería de enlace. Estas plazas de nueva creación se distribuirán, en base a los ratios aceptados, entre las diferentes áreas de salud, en número de 11 en 2004, 10 en 2005, 10 en 2006 y 10 en 2007.

35.4. Antes de que finalice el año 2005, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ofertará un servicio telefónico de apoyo orientado a la resolución de problemas que pudieran ser suscitados por parte de los cuidadores de las personas mayores y/o discapacitadas.

Objetivo 36.

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

Actividades

Estas actividades serán desarrolladas por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

36.1. Creación de equipos multidisciplinares de valoración geriátrica en los hospitales del Servicio Canario de la Salud, integrados al menos por: dos médicos, y una trabajadora social. Estos integrantes deberán ser expertos en la gestión clínica de los problemas de salud del persona mayor. La actividad de esta unidad debe estar funcionalmente integrada en la del conjunto de la plantilla del Hospital. Las funciones de estos equipos se orientarán a la gestión de los pacientes geriátricos hospitalizados, con pluripatología y polifarmacia, tendencia a la dependencia, y con condicionantes psíquicos y sociales que pueden complicar la situación de enfermedad aguda que motivó el ingreso. Estos equipos actuarán como consultores del resto de los servicios hospitalarios y de apoyo a los equipos de Atención Primaria de Salud y de los servicios sociales comunitarios; al objeto de favorecer el alta, la continuidad de los cuidados y la permanencia en la comunidad (nivel de evidencia 1).

36.2. Los equipos multidisciplinares de valoración geriátrica utilizarán el Subprograma de Integración y Coordinación Asistencial (SPICA) como instrumento base para la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria (nivel de evidencia 1).

36.3. A partir de 2004 se crearán, en los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud, unidades de ictus integradas por personal de enfermería especializado bajo la dirección del neurólogo y ejecutando las directrices contenidas en vías clínicas previamente elaboradas por los servicios implicados en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes (nivel de evidencia 1). Estas unidades se establecerán inicialmente en los servicios de los hospitales de referencia.

36.4. En el año 2003 todos los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud canalizarán la atención a los pacientes con deterioro cognitivo a través de unidades de demencias (nivel de evidencia 2). Las funciones de éstas se centrarán en la confirmación precoz del diagnóstico y el establecimiento de la pauta terapéutica, que será monitorizada posteriormente por parte de los profesionales de Atención Primaria en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica actualizada por la Comisión Asesora de Demencias (nivel de evidencia 1). Esta prestación será asumida a partir de la incorporación de los nuevos recursos de neurología que, además, garantizarán la atención continuada al Ictus.

36.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud, cada hospital de la red del Servicio Canario de la Salud, deberá elaborar un protocolo con el objetivo de disminuir la duración del tiempo de estancia de los pacientes geriátricos en los servicios de urgencias. Existen evidencias que relacionan la duración de la estancia de los persona mayores en los servicios de urgencias hospitalarios, con resultados negativos por el riesgo de

delirium, deshidratación, úlceras por presión, inmovilidad, rbdomiolisis. Del mismo modo existen pruebas científicas que confirman que la aplicación de este tipo de protocolos, favorecidos por la presencia de equipos de valoración geriátrica, consiguen acortar las estancias en estos servicios y reducir la institucionalización (nivel de evidencia 2).

36.6. Antes de que finalice el año 2004, el 100% de las unidades administrativas de los equipos de Atención Primaria dispondrán de un sistema que permita ofertar un trato más personalizado a las personas mayores con dependencia y a sus familiares. Entre las medidas prioritarias a desarrollar se encuentra la emisión de la "tarjeta identificativa" que garantice el acompañamiento familiar de las personas mayores afectadas de algún proceso incapacitante, como el deterioro cognitivo o demencias. Además, se facilitará la elección de horario para consultas sanitarias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

Objetivo 37.

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

Actividades

37.1. El Gobierno de Canarias finalizará el proceso de elaboración del Plan Sociosanitario de Canarias, a lo largo del año 2003, que incluirá a los programas de infraestructuras sanitarias "área de mayores y área de discapacitados", aprobados por el Gobierno. En este proceso de elaboración habrán de participar las Consejerías de Empleo y Asuntos Sociales, la de Sanidad y Consumo, por parte del Gobierno de Canarias, además de los Cabildos Insulares y representantes de los municipios.

37.2. El Servicio Canario de la Salud desarrollará una oferta de camas de media estancia o convalecencia, destinadas a favorecer la recuperación de los niveles previos de autonomía de las personas, sin limitación de edad. Este recurso se caracterizará por el límite máximo de ocupación, que se situará en 3 meses. La oferta de este tipo de recurso será equivalente al 5% de las camas de agudos disponibles. Esta oferta comenzará a ejecutarse a partir de 2004. Esta nueva oferta de servicios sanitarios es independiente de la oferta de servicios contemplada en el Plan Sociosanitario de Canarias (Área de Mayores).

37.3. Antes de que finalice el año 2006, cada Área de Salud deberá haber iniciado el desarrollo de un sistema de hospitalización diurna para la población geriátrica como complemento a la red sanitaria de hospitalización de agudos y media estancia o convalecencia; que deberá estar coordinada con los recursos sociosanitarios en el área de salud.

37.4. El Servicio Canario de la Salud creará nuevos equipos multidisciplinares, adscritos al Área de Salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas institucionalizadas en centros socio-sanitarios de bajo requerimiento asistencial. Estos equipos estarán compuestos por médicos de familia, enfermería, fisioterapeuta y farmacéutico. El dimensionamiento de estos equipos dependerá del número de plazas residenciales.

5. Ficha Financiera

PRESUPUESTO GLOBAL					
Área de Actuación	2003	2004	2005	2006	2007
Cardiopatía isquémica	198.487	1.168.175	1.901.318	1.982.356	2.031.289
Cáncer	30.051	649.288	1.300.847	194.023	216.673
Diabetes	30.051	214.054	479.833	507.831	434.871
Salud Mental	576.634	1.336.104	715.091	615.639	358.792
Accidentes	3.192.150	3.205.000	3.270.000	3.310.000	3.350.000
Envejecimiento	54.672	1.057.930	1.522.614	1.366.587	1.888.090
Condiciones de consolidación					
Sist. de información y otras acciones	60.071	3.181.475	3.212.650	3.184.948	3.248.647
Plantillas		4.429.524	2.974.349	4.597.909	4.528.937
Total (euros)	4.142.116	15.241.550	15.376.702	15.759.293	16.057.299
Total (ptas)	689.190.113	2.535.980.538	2.558.467.939	2.622.125.725	2.671.709.751
Total acumulado (euros)	4.142.116	19.383.666	34.760.368	50.519.661	66.576.960
Total acumulado (ptas.)	689.190.113	3.225.170.651	5.783.638.590	8.405.764.315	11.077.474.067

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (continua)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 1						
Impulsar las reformas en la normativa vigente para las competencias en materia de inspecciones y sanciones en materia de tabaco						
Gran Canaria						
Técnicos para inspección	1			47.052		
Tenerife						
Técnicos para inspección	1				47.993	
Aumentar la intensidad de las campañas antitabacos						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.304	183.910	187.588	191.340
Desarrollar actividades formativas para profesores, padres y alumnos sobre los problemas del tabaquismo						
Comunidad autónoma						
Técnico de formación	1			47.052		
Promover los grupos de autoayuda para dejar de fumar en cada zona básica de salud						
Comunidad autónoma						
Sustituciones para asistir a formación			39.907	40.705	41.519	42.350
Aumentar la intensidad de las campañas dirigidas a promover una alimentación más saludables						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.304	183.910	187.588	191.340
Proveer material formativo sobre alimentación saludable						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		60.101	61.303	62.529	63.780	65.055
Aumentar la intensidad de las campañas para mejorar la realización de ejercicio físico						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.304	183.910	187.588	191.340
Proveer material divulgativo sobre ejercicio físico						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		30.051	30.652	31.265	31.890	32.528
TOTAL OBJETIVO 1		90.152	672.773	780.332	747.946	713.952
OBJETIVO 3						
Garantizar en el ámbito extrahospitalario, administración de oxígeno, alivio del dolor, etc.						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para medidas de seguridad	147	80.135	81.738	83.372		
Mejorar la accesibilidad a la desfibrilación						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para desfibriladores	178		200.000	261.682	368.915	250.000
TOTAL OBJETIVO 3		80.135	281.738	345.054	368.915	250.000
OBJETIVO 4						
Garantizar la atención diagnóstica y terapéutica en todas las áreas de salud						
Gran Canaria						
cardiólogos	4		49.880	101.755		52.933
Tenerife						
cardiólogos	5		49.880	101.755	51.895	52.933
La Palma						
cardiólogos	2			55.087		57.313
Fuerteventura						
cardiólogos	1			55.087		
Lanzarote						
cardiólogos	1			55.087		
Favorecer la continua descentralización del control de los pacientes anticoagulados						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para formación y edición		28.200				
Presupuesto equipamiento			113.904	407.160	813.600	
TOTAL OBJETIVO 4		28.200	213.664	775.931	865.495	163.179
OBJETIVO 5						
Crear las unidades de rehabilitación cardiaca						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2					105.866
Fisioterapeuta	2					70.091
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	2					70.091

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (continuación)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
Dietista	2					48.825
Tenerife						
Psicólogo clínico	2					105.866
Fisioterapeuta	2					70.091
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	2					70.091
Dietista	2					48.825
Crear las unidades antitabaco						
La Palma						
Psicólogo clínico	1					57.313
Auxiliares de enfermería	1					21.392
Fuerteventura						
Psicólogo clínico	1					57.313
Auxiliares de enfermería	1					21.392
Lanzarote						
Psicólogo clínico	1					57.313
Auxiliares de enfermería	1					21.392
Gomera						
Enfermera	1					39.150
El Hierro						
Enfermera	1					39.150
TOTAL OBJETIVO 5		0	0	0	0	904.158
TOTAL		198.487	1.168.175	1.901.318	1.982.356	2.031.289

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CÁNCER (continua)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 7						
Ampliar el grupo de edad a incluir en el programa de cáncer de mama hasta los 69 años						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado				300.506		
Elaborar la vía clínica para el Programa de Cribado de Cáncer de Mama						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado						
Campaña de promoción			96.162	98.085	100.047	102.048
Garantizar los tiempos máximos de demora						
Gran Canaria						
Patólogos	2		49.880	50.878		
Cirujanos	2		49.880	50.878		
Ginecólogos	1		49.880			
Radiólogos	2		49.880	50.878		
Tenerife						
Patólogos	2		49.880	50.878		
Cirujanos	2		49.880	50.878		
Ginecólogos	2		49.880	50.878		
Radiólogos	2		49.880	50.878		
La Palma						
oncólogo	1					57.313
Fuerteventura						
Oncólogo	1					57.313
Crear el servicio de Planificación, evaluación y seguimiento de procesos oncológicos						
Comunidad autónoma						
Técnicos grupo A	3		36.320	37.046	37.787	
Auxiliares administrativo	2		18.006	18.366		
TOTAL OBJETIVO 7		0	549.528	810.147	137.834	216.673

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE CÁNCER (continuación)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 8						
Iniciar la experiencia piloto del programa de cribado del Cáncer colo-rectal						
Tenerife						
Endoscopista	1			50.878		
TOTAL OBJETIVO 8		0	0	50.878	0	0
OBJETIVO 12						
Unidades de apoyo psicosociai para enfermos con cáncer						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2			101.755		
Tenerife						
Psicólogo clínico	2			101.755		0
Campaña de sensibilización a los profesionales						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado		30.051				
Ampliar la obertura de los cuidados paliativos						
Gran Canaria						
FEA	1		49.880			
Tenerife						
FEA	2		49.880	50.878		
La Palma						
FEA	1			55.087		
Enfermera	1			37.630		
Fuerteventura						
FEA	1			55.087		
Enfermera	1			37.830		
Gomera						
FEA (ubicado en el área)	1				56.189	
TOTAL OBJETIVO 12		30.051	99.760	439.822	56.189	0
TOTAL		30.051	649.288	1.300.847	194.023	216.673

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE DIABETES MELLITUS (continua)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 13						
Actuaciones de educación para la salud a través de Red Canaria de Municipios Saludables, etc						
Comunidad Autónoma						
Técnico superior (Salud pública)	2			47.052	47.993	
Técnico medio (Salud Pública)	1			37.046		
Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			25.000			
Impulsar la difusión e implementación de la Red Canaria de Municipios Saludables						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			42.071	42.912	43.771	44.646
Vigilancia de la calidad nutricional de los comedores de los centros educativos y empresas						
Gran Canaria						
Técnico FP	1				37.787	
Tenerife						
Técnico FP	1			37.046		
TOTAL OBJETIVO 13		0	67.071	164.057	129.551	44.646
OBJETIVO 14						
Campaña de sensibilización dirigida a los profesionales						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto por estimar		30.051				
Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover el ejercicio físico						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto de formación (Radio ECCA)			84.142	85.825	87.541	89.292
TOTAL OBJETIVO 14		30.051	84.142	85.825	87.541	89.292

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE DIABETES MELLITUS (continuación)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 15						
Garantizar la presencia de la figura del experto consultor en diabetes						
Gran Canaria						
Experto consultor	2			50.878	51.895	
Tenerife						
Experto consultor	3			50.878	51.895	52.933
La Palma						
Experto consultor	1				56.189	
Fuerteventura						
Experto consultor	1					57.313
Lanzarote						
Experto consultor	1					57.313
Incorporar progresivamente la figura del educador en atención primaria y especializada						
Comunidad Autónoma						
Enfermeras en atención primaria	7		27.883	56.881	58.019	59.179
Enfermeras en atención especializada	7		34.958	71.314	72.741	74.195
TOTAL OBJETIVO 15		0	62.841	229.951	290.739	300.933
TOTAL		30.051	214.054	479.833	507.831	434.871

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE SALUD MENTAL (continua)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 17						
Implementar el registro acumulativo de casos psiquiátricos en las Áreas sanitarias de Canarias						
Gran Canaria						
Auxiliar Administrativo	2		36.012			
Tenerife						
Auxiliares Administrativos	3		54.018			
TOTAL OBJETIVO 17		0	90.030	0	0	0
OBJETIVO 20						
Aumentar el número de camas de agudos en hospitales generales						
La Palma						
Enfermera	1		36.877			
Auxiliar de enfermería	1		20.150			
Fuerteventura						
Enfermera	1			37.630		
Auxiliar de enfermería	1			20.561		
Lanzarote						
Enfermera	1				38.383	
Auxiliar de enfermería	1				20.972	
Mejorar la dotación de recursos humanos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)						
Gran Canaria						
Psiquiatras/Psicólogos	4	97.765				105.866
ATS/DUE	3	32.364		33.684		35.045
Auxiliar Administrativo	1					19.108
Auxiliar enfermería	1					19.377
Tenerife						
Psiquiatras/Psicólogos	4		49.880	50.878		105.866
ATS/DUE	1					35.045
Auxiliar enfermería	8		18.259	55.873	56.990	19.377
Trabajadores sociales	6		66.396	67.724	69.076	
Auxiliar Administrativo	1					19.108
La Palma						
Psiquiatras/Psicólogos	1		53.985			
Auxiliar Administrativo	2		19.905	20.303		
Trabajadores sociales	1				38.564	

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE SALUD MENTAL (continuación)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
Lanzarote						
Auxiliar de enfermería	1		20.150			
Auxiliar Administrativo	1		19.905			
Fuerteventura						
Psiquiatras/Psicólogos	1		53.985			
Auxiliar Administrativo	2		19.905	20.303		
Trabajadores sociales	1			37.793		
Gomera						
Escenario 3: Recursos presenciales fijos						
Psiquiatras/Psicólogos	2		107.971			
Auxiliar Administrativo	1		19.905			
El Hierro						
Escenario 3: Recursos presenciales fijos						
Psiquiatras/Psicólogos	2		107.971			
Auxiliar Administrativo	1		19.905			
Garantizar una adecuada asistencia mediante interconsulta						
Gran Canaria						
ATS/DUE	1		33.024			
Tenerife						
ATS/DUE	1		33.024			
TOTAL OBJETIVO 20		130.128	701.197	344.748	223.987	358.792
OBJETIVO 21						
Poner en funcionamiento dos hospitales de día al objeto de atender a la población infanto juvenil						
Gran Canaria						
Psiquiatras/Psicólogos /Pediatras	10	48.902	149.640	152.633	155.686	
ATS/DUE	1		33.024			
Auxiliares de enfermería	12	107.363	36.518	37.248	37.993	
Celador	1	18.106				
Auxiliares Administrativos	1		18.006			
Trabajador Social	1		33.198			
Terapeuta ocupacional	1	48.882		18.624		
Monitores ocupacionales	1					
Tenerife						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatras	6	48.902	99.760	50.878	103.790	0
ATS/DUE	1		33.024			
Auxiliares de enfermería	12	107.363	36.518	37.248	37.993	
Celador	1	18.106				
Auxiliares Administrativos	1		18.006			
Trabajador Social	1		33.198			
Terapeuta ocupacional	1	48.882				
Monitores ocupacionales	1			18.624		
La Palma						
Psiquiatras/Psicólogos /Pediatras	1				56.186	
Fuerteventura						
Psiquiatras/Psicólogos /Pediatras	1		53.985			
Lanzarote						
Psiquiatras/Psicólogos /Pediatras	1			55.087		
TOTAL OBJETIVO 21		446.506	544.878	370.343	391.651	0
TOTAL		576.634	1.336.104	715.091	615.639	358.792

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE ENVEJECIMIENTO (continua)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
OBJETIVO 34						
Promover 1a práctica del ejercicio físico por parte de las personas mayores						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto para campañas			180.304	183.910	187.588	191.340
Presupuesto para material			36.061	36.782	37.518	

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE ENVEJECIMIENTO (continuación)						
Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico en las personas mayores						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto elaboración de la guía			36.061			
TOTAL OBJETIVO 34		0	252.425	220.692	225.105	191.340
OBJETIVO 35						
Elaboración del catálogo de pruebas complementarias						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			60.101			
Implementar la enfermería comunitaria de enlace						
Enfermeras	41		327.954	304.103	310.185	316.389
TOTAL OBJETIVO 35		0	388.055	304.103	310.185	316.389
OBJETIVO 36						
Crear las unidades de valoración geriátrica						
Gran Canaria						
Adjunto/Especialista de Área	2		49.880	50.878	0	0
Trabajador Social	2		33.198	33.862	0	0
Tenerife						
Adjunto/Especialista de Área	4		49.880	50.878	51.895	52.933
Trabajador Social	2		33.198	33.862	0	0
La Palma						
Adjunto/Especialista de Área	2		0	0	56.189	57.313
Trabajador Social	1		0	0	38.564	0
Fuerteventura						
Adjunto/Especialista de Área	2		0	0	56.189	57.313
Trabajador Social	1		0	0	38.564	0
Crear las unidades de ictus/demencia						
Gran Canaria						
Neurólogo	1		0	50.878	0	0
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	6		0	101.053	103.075	0
Auxiliar de enfermería	2		0	18.624	18.996	0
Tenerife						
Neurólogo	2		0	101.756	0	0
Enfer. ATS Unidades Hospit y Ss Cent	3		0	101.053	0	0
Auxiliar de enfermería	1		0	18.624	0	0
TOTAL OBJETIVO 36		0	166.156	561.467	363.472	167.559
OBJETIVO 37						
Equipos asistenciales adscritos al área de salud						
Gran Canaria						
Médicos generales	5		41.999	0	43.696	133.709
Enfermeras	10	27.333	55.765	0	29.009	177.536
Fisioterapeutas	5		27.883	0	29.009	88.769
Trabajadores sociales	1		0	0	29.009	0
Aux. Administrativos	2		0	0	0	38.216
Tenerife						
Médicos generales	5		41.999	0	43.696	133.709
Enfermeras	10	27.336	55.765	0	29.009	177.536
Fisioterapeutas	5		27.883	0	29.009	88.769
Trabajadores sociales	3	0	0	0	87.028	0
Aux. Administrativos	2					38.216
La Palma						
Médicos generales	2		0	48.311	0	50.263
Enfermeras	3		0	32.380	0	67.376
Fisioterapeutas	2		0	32.380	0	33.688
Trabajadores sociales	1		0	32.380	0	0
Fuerteventura						
Médicos generales	1		0	0	49.277	0
Enfermeras	1		0	0	33.028	0

PRESUPUESTO PARA EL ÁREA DE ENVEJECIMIENTO (continuación)

Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
Fisioterapeutas	1		0	0	33.028	0
Trabajadores sociales	1		0	0	33.028	0
Lanzarote						
Médicos generales	2		0	48.311	0	50.263
Enfermeras	2		0	32.380	0	33.688
Fisioterapeutas	1		0	32.380	0	0
Trabajadores sociales	1		0	32.380	0	0
Gomera						
Médicos generales	1		0	48.311	0	0
Enfermeras	2		0	32.380	0	33.688
Fisioterapeutas	1		0	0	0	33.688
Trabajadores sociales	1		0	32.380	0	0
El Hierro						
Médicos generales			0	0	0	0
Enfermeras	1		0	0	0	33.688
Fisioterapeutas			0	0	0	0
Trabajadores sociales	1		0	32.380	0	0
TOTAL OBJETIVO 37		54.672	251.295	436.353	467.827	1.212.803
TOTAL ENVEJECIMIENTO		54.672	1.057.931	1.522.614	1.366.589	1.888.090

PRESUPUESTO PARA PLANTILLAS

Categoría de recurso	Unidades	2003	2004	2005	2006	2007
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: Presupuesto						
Comunidad Autónoma						
Médicos generales	127		1.582.631	968.570	1.693.615	1.679.501
Odontólogos	5		90.436	92.245	47.045	0
Enfermeras	133		1.389.212	492.868	1.131.133	1.121.707
Trabajadores sociales	21		211.402	154.021	282.783	0
Fisioterapeutas	35		271.802	215.630	314.204	288.439
Matronas	37		271.802	184.826	314.204	384.585
Higienistas dentales	40		250.480	229.941	338.779	212.649
Auxiliares administrativos	80		322.692	232.338	217.236	805.748
Auxiliares de enfermería	35		173.065	215.754	100.031	204.064
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: atención especializada						
Gran Canaria						
Epidemiólogos	2			50.878	51.895	
Auxiliares de enfermería	2			18.624	18.996	
Tenerife						
Epidemiólogos	2			50.878	51.895	
Rehabilitadores	4			50.878	103.790	52.933
Auxiliares de enfermería	2			18.624	18.996	
TOTAL		0	4.563.523	2.976.074	4.684.603	4.749.627

RECURSOS NECESARIOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL PLAN

Categoría de recurso	2003	2004	2005	2006	2007
Plantillas		4.563.523	2.976.074	4.684.603	4.749.627
Informatización y sistemas de información		1.196.965	1.220.904	1.245.322	1.270.229
Programas con Medios de comunicación (radio ECCA)	42.071	42.912	43.771	44.646	45.539
Programa de sexualidad	18.000	18.360	18.727	19.102	19.484
Constitución de los Consjos de Salud		120.202			
Conferencia de salud			90.152		
TOTAL	60.071	5.941.962	4.349.628	5.993.673	6.084.879

III. OBSERVACIONES AL PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2003-2007

1. Observaciones de carácter previo

1.1. Consideraciones iniciales

1.1.1. Para los canarios la salud constituye una prioridad relevante, de especial transcendencia en el terreno social y económico. Se cuenta con estar protegido frente a dolencias y enfermedades, se aspira a vivir y trabajar en entornos saludables y seguros, y se reclama acceso a una asistencia sanitaria fiable y de alta calidad.

Cualquier estrategia que se promueva en relación a la salud exige enfoques integrados y ha de perseguir su interacción con otras actuaciones públicas relacionadas con la salud y cuyo desarrollo son, precisamente, garantía del cumplimiento de los objetivos sanitarios. La concentración y coordinación de recursos y actuaciones en estos ámbitos, determinan gran parte del valor final en materia de salud.

1.1.2. Es desde esta perspectiva desde donde se traza la actual *Estrategia sanitaria de la Unión Europea*, y será apoyada por el Programa de Salud Pública orientado al fomento de las actividades en la materia así como al refuerzo de la vinculación, como se ha indicado, con otras políticas relacionadas con la salud.

1.1.3. La Comisión Europea adoptó, el 23 de septiembre de 2002, un nuevo programa en el ámbito de la salud pública, previéndose su aplicación durante el período 2003-2008.

Básicamente, el nuevo programa comunitario establece tres objetivos prioritarios: mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública; aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios; y fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades.

Desde la perspectiva que traza la nueva estrategia comunitaria en materia de salud pública, se entiende que son numerosas las políticas y las acciones que inciden en la salud y en los sistemas sanitarios, con independencia de su proyección territorial, de toda Europa. En este sentido se hace especial hincapié en el hecho de que los factores determinantes de la salud, que tanta importancia revisten, ni pueden ni deben verse influidos únicamente por la política sanitaria: es necesario emprender acciones coordinadas que cuenten con la participación

de otros ámbitos como las políticas medioambientales y económicas:

1.1.3.1. **Medio ambiente.** La presencia de peligros naturales o provocados por el hombre es una fuente de enfermedades relacionadas con el medio ambiente, que podrían considerarse la indicación visible y clínica de unas condiciones medioambientales inadecuadas¹.

1.1.3.2. **Tabaco.** El *Programa comunitario en el ámbito de la salud pública para el período 2003-2008* considera que el tabaco es la principal causa de muertes evitables en la Unión Europea, responsable de más de medio millón de fallecimientos por año y más de un millón de muertes en Europa en conjunto. Se calcula que el 25% de todas las muertes por cáncer y el 15% de todas las muertes en la Unión Europea son atribuibles al tabaquismo. Para poner freno a esta epidemia, la Comunidad Europea está desarrollando activamente una política global de control del tabaco que se caracteriza por un enfoque en cuatro fases:

- La adopción de medidas legislativas, que constituyen la espina dorsal de las actividades comunitarias actuales y futuras de control del tabaco.

- Otro elemento importante en la estrategia de control del tabaco es el apoyo a las actividades de prevención y cese del tabaquismo en toda Europa.

- Es esencial integrar el control del tabaco en una serie de políticas comunitarias (por ejemplo, políticas agrícola, fiscal y de desarrollo) para garantizar que los principios del control del tabaco forman parte de todos los ámbitos relacionados.

- Garantizar que el papel pionero de la Comunidad Europea en muchos ámbitos de control del tabaco repercute más allá de las fronteras de la Unión Europea y que la Comunidad se erige en principal defensora del control del tabaco a nivel mundial.

1.1.3.3. **Alimentación.** Siguiendo siempre los contenidos de esta nueva estrategia comunitaria en materia de salud pública, programa 2003-2008, la alimentación, junto con el tabaquismo y la inactividad física constituye uno de los principales factores determinantes de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. La comunidad científica estima que una dieta poco saludable y un estilo de vida sedentario podrían ser responsables de hasta un tercio de los casos de cáncer y de apro-

¹ La estrategia comunitaria fija algunas actuaciones relevantes en este campo y que sitúa en el terreno de: la calidad del aire en el exterior y el interior, el ruido, las condiciones medioambientales de la vivienda, la contaminación del agua, los campos electromagnéticos y las radiaciones, las exposiciones a agentes químicos. La repercusión de estos factores se pone de manifiesto en relación con problemas de audición, insomnio, estrés conducente a la hipertensión y otras enfermedades circulatorias, cánceres de piel y de otro tipo, asma o malformaciones congénitas.

ximadamente un tercio de las muertes prematuras debidas a enfermedades cardiovasculares en Europa.

La alimentación y la actividad física son determinantes claves para la prevalencia de la obesidad, que continúa aumentando en la Comunidad Europea entre los niños y los adultos.

Los principales objetivos que, en esta materia, incluye el nuevo programa comunitario de acción en el ámbito de la salud pública, serían:

1. Recopilar información de calidad y ponerla a disposición de la población, los profesionales y los responsables políticos.
2. Crear una red de institutos especializados de los Estados miembros para mejorar los hábitos dietéticos y de actividad física en Europa.

1.1.3.4. **Salud mental.** En la nueva estrategia comunitaria se utiliza la expresión “*problemas de salud mental*” cuando los signos externos y los síntomas son de intensidad o duración inferior a los criterios establecidos para diagnosticar una enfermedad psíquica concreta. El planteamiento de salud pública respecto a la salud mental y las

enfermedades psíquicas se sustenta en un modelo basado en la población y caracterizado por una preocupación por la salud de la población en su conjunto y por la sensibilización hacia los vínculos entre la salud y el entorno físico y psico-social.

El planteamiento de la salud pública se centra no sólo en los ámbitos tradicionales de diagnóstico, tratamiento y etiología, sino también en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, incluidos el fomento de la salud mental, y la prevención de las enfermedades psíquicas. Si bien muchos de los componentes de la salud mental son determinables, no es fácil definir la salud mental en sí. Se trata, sin embargo, de un estado de funcionamiento mental eficaz que se plasma en actividades productivas, relaciones satisfactorias con otras personas y la aptitud de adaptarse al cambio y sobrellevar la adversidad.

1.1.4. De entre los componentes del gasto público de carácter social, el gasto en sanidad se presenta como uno de los más relevantes y constituye, al tiempo, una de las asignaciones del gasto más movilizadoras de los presupuestos del sector público.

PARTICIPACIÓN RELATIVA DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN EL GASTO SOCIAL (POR 100)								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	50,1	50,6	45,4	48,0	48,3	49,0	48,9	48,5
Recursos propios	6,4	7,6	-0,9	4,8	3,7	2,9	2,7	2,6
Aragón	29,7	26,7	30,0	25,0	18,5	18,2	10,0	9,5
Asturias	26,5	27,9	24,9	16,9	16,5	17,7	17,2	16,6
Baleares	27,4	29,1	34,4	30,9	22,2	8,7	7,9	7,9
Canarias	3,3	3,3	42,1	42,0	44,2	44,4	43,2	44,2
Recursos propios	3,3	3,3	5,7	4,7	6,8	6,6	6,6	7,4
Cantabria	34,3	28,8	30,4	22,7	16,6	16,4	12,7	6,9
Castilla La Mancha	19,7	18,9	18,6	17,5	16,6	16,7	15,9	15,3
Castilla y León	28,6	27,7	27,9	18,5	16,4	15,1	14,8	8,2
Cataluña	49,0	55,9	50,9	52,4	53,9	54,4	55,0	52,4
Recursos propios	2,5	8,7	3,9	1,2	3,0	1,9	3,1	2,9
C. Valenciana	54,5	53,6	49,0	49,0	49,0	49,0	49,1	47,1
Recursos propios	4,6	4,3	0,9	-0,2	1,2	-0,2	0,2	0,4
Extremadura	13,3	14,9	14,1	11,4	11,6	11,1	10,0	10,1
Galicia	47,2	48,9	46,0	47,1	47,8	47,8	47,3	47,6
Recursos propios	6,4	7,5	5,5	3,5	5,0	5,4	5,0	5,1
Madrid	32,4	31,7	29,7	22,3	22,1	20,3	18,1	11,7
Murcia	30,1	33,6	37,2	26,3	29,9	28,5	28,1	11,2
Navarra	43,7	44,1	43,0	42,9	42,0	42,2	42,1	42,2
Recursos propios	16,5	16,6	13,1	11,3	11,7	11,0	11,0	10,5
País Vasco	50,4	51,4	50,3	48,8	48,9	49,3	49,4	49,4
Recursos propios	12,6	8,9	7,5	6,5	7,2	7,0	6,9	7,9
La Rioja	31,3	29,7	29,2	25,7	22,9	28,1	10,7	11,1
Total CCAA.	45,4	47,1	45,1	44,4	44,5	44,3	43,1	39,3
Estado	21,5	20,4	20,5	21,3	21,6	21,9	22,3	23,7
Total Consolidado	20,5	19,9	19,0	19,5	19,8	19,9	20,1	20,6

Fuente: Presupuesto General del Estado. Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuesto de las Comunidades Autónomas

1.1.4.1. La participación relativa del gasto público en sanidad en el gasto social, según los *Presupuestos Generales del Estado*, tal y como se refleja en las tabla anterior², crece desde 1996 hasta su máxima expresión en el ejercicio del año 2000, fecha en la que alcanza un 23,7%. Para este período temporal, 1993-2000, las Comunidades Autónomas con más gasto sanitario, con relación siempre al gasto social, fueron Cataluña, el País Vasco y Andalucía, el 52,4%, el 49,4% y el 48,5% respectivamente. Canarias y Navarra las que menos, entre un 42 y un 44%, no obstante si consideramos exclusivamente los gastos sanitarios no transferidos por el INSALUD, Asturias y Castilla-La Mancha serían las Comunidades Autónomas que más recursos de sus presupuestos sociales emplearon en sanidad, entre un 25 y un 15% según los años. Por el contrario, la Comunidad Valenciana, Andalucía y Cataluña las que menos, entre un 8 y un 0,4%.

1.1.4.2. De los gastos en educación, cultura, vivienda, bienestar comunitario y sanidad, funciones que habitualmente estructuran la clasificación del gasto en los *Presupuestos Generales del Esta-*

do, o su equivalente en los de las Comunidades Autónomas, el gasto en sanidad es, por el volumen que representa, el más importante.

En la tabla que se incluye a continuación³ se advierte como hay un crecimiento del gasto en sanidad en relación al gasto de su grupo de funciones. En 1993 el gasto en sanidad supuso un 70,4% del gasto en bienes de carácter social, porcentaje que en 2000 fue del 84,1%. El peso relativo creciente de la sanidad en este grupo de funciones de los presupuestos generales ha sido paralelo al proceso de traspaso y cesión de competencias de carácter social a las Comunidades Autónomas. Algo que se evidencia de manera notoria en los comportamientos del gasto sanitario en los Presupuestos de las Comunidades Autónomas conocidas como de "vía lenta". En el grupo de las Comunidades que ya habían obtenido las competencias del INSALUD, el gasto sanitario representó en torno a la mitad de los gastos en bienes de carácter social, casi de forma invariable, el 56,8% en 2000 en Cataluña y el 47,7% en Canarias ese mismo año, siendo esa relación, en la mayoría de los casos, inferior al

PARTICIPACIÓN RELATIVA DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN EL GASTO EN BIENES PÚBLICOS DE CARACTER SOCIAL (POR 100)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	55,3	56,6	50,6	53,4	53,4	54,0	53,8	53,6
Recursos propios	7,0	8,5	-1,0	5,3	4,1	3,2	3,0	2,9
Aragón	45,8	38,9	48,1	38,8	28,3	28,1	12,1	11,6
Asturias	39,6	42,7	36,4	24,9	22,9	24,9	24,4	23,2
Baleares	41,0	41,7	43,8	39,6	32,5	10,2	9,5	9,4
Canarias	4,0	3,9	45,6	45,8	48,3	48,0	47,8	47,7
Recursos propios	4,0	3,9	6,1	5,1	7,4	7,1	7,3	7,9
Cantabria	46,7	36,8	40,4	28,0	22,1	21,4	17,5	8,1
Castilla La Mancha	36,8	36,0	37,6	34,5	28,7	29,1	29,1	28,1
Castilla y León	39,0	38,6	38,7	27,2	26,1	23,6	22,8	10,3
Cataluña	53,7	61,4	55,5	56,5	57,9	58,8	59,5	56,8
Recursos propios	2,7	9,6	4,2	1,3	3,3	2,0	3,3	3,2
C. Valenciana	58,1	57,2	52,6	52,5	52,7	52,6	52,9	51,9
Recursos propios	5,0	4,5	1,0	-0,2	1,3	-0,2	0,2	0,5
Extremadura	21,7	24,3	23,4	18,4	18,7	18,2	16,8	16,7
Galicia	51,3	53,8	50,2	51,2	51,8	52,2	51,7	52,1
Recursos propios	7,0	8,2	6,0	3,8	5,4	5,9	5,5	5,6
Madrid	42,9	43,3	39,8	29,1	29,2	26,9	24,6	14,2
Murcia	45,5	50,4	55,9	38,7	41,8	39,5	39,8	13,0
Navarra	52,6	53,0	51,6	50,8	50,3	51,0	50,6	51,2
Recursos propios	19,8	19,9	15,7	13,4	14,0	13,3	13,2	12,7
País Vasco	52,0	53,5	51,5	50,5	50,0	50,4	50,5	50,9
Recursos propios	13,0	9,3	7,6	6,7	7,3	7,2	7,0	8,1
La Rioja	46,0	43,4	42,7	36,7	30,9	32,5	14,1	14,4
Total CCAA.	51,2	53,5	50,6	50,0	50,2	49,9	48,9	44,4
Estado	70,4	70,4	70,6	72,4	74,8	74,9	75,9	84,1
Total Consolidado	52,9	54,1	51,0	50,8	52,0	51,7	51,6	51,2

Fuente: Presupuesto General del Estado. Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuesto de las Comunidades Autónomas

² La consolidación del Estado del Bienestar en España. Antonio González Temprano. Colección Estudios del CES del Reino de España. Junio de 2003, nº 139, pág. 234.

³ La consolidación del Estado del Bienestar en España. Antonio González Temprano. Colección Estudios del CES del Reino de España. Junio de 2003, nº 139, pág. 233.

PARTICIPACIÓN RELATIVA DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD EN EL GASTO PÚBLICO (POR 100)								
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	32,0	31,9	31,5	33,4	29,8	29,6	29,8	29,9
Recursos propios	4,1	4,8	-0,6	3,3	2,3	1,8	1,6	1,6
Aragón	9,5	6,2	6,1	5,0	4,5	4,6	4,3	4,0
Asturias	9,2	9,5	9,3	7,2	6,9	7,3	8,0	6,0
Baleares	7,8	8,0	13,2	11,0	9,9	5,3	5,0	5,0
Canarias	1,8	1,9	32,6	32,6	33,0	33,5	32,6	32,8
Recursos propios	1,8	1,9	4,4	3,6	5,1	5,0	5,0	5,5
Cantabria	7,6	7,7	8,6	8,0	6,7	7,4	5,6	3,9
Castilla La Mancha	5,4	3,8	3,7	3,5	3,2	3,2	3,2	3,3
Castilla y León	10,8	7,2	7,3	6,3	5,9	5,6	5,5	4,3
Cataluña	28,9	32,6	32,1	32,7	33,5	33,8	34,1	34,2
Recursos propios	1,5	5,1	2,5	0,7	1,9	1,2	1,9	1,9
C. Valenciana	37,0	36,3	38,1	37,7	36,7	36,6	36,4	35,9
Recursos propios	3,2	2,9	0,7	-0,1	0,9	-0,1	0,1	0,3
Extremadura	5,9	4,8	4,5	3,8	3,9	3,6	3,4	3,4
Galicia	28,2	28,7	30,3	31,8	31,9	32,2	31,9	32,0
Recursos propios	3,8	4,4	3,6	2,4	3,3	3,6	3,4	3,4
Madrid	16,8	16,8	17,0	13,6	13,1	12,1	11,4	8,3
Murcia	12,1	12,5	14,2	11,3	10,6	10,2	10,4	6,6
Navarra	21,9	23,0	23,7	23,9	24,3	21,7	21,6	21,4
Recursos propios	8,2	8,7	7,2	6,3	6,8	5,7	5,6	5,3
País Vasco	31,2	30,7	31,8	31,7	32,4	32,5	33,0	32,1
Recursos propios	7,8	5,3	4,7	4,2	4,8	4,6	4,6	5,1
La Rioja	12,6	11,7	10,3	11,6	10,9	10,1	6,8	7,1
Total CCAA.	26,1	26,0	27,4	27,3	26,3	26,0	25,7	24,3
Estado	11,3	10,7	11,1	11,3	10,4	11,1	11,6	12,3
Total Consolidado	11,5	11,0	10,8	11,0	10,2	10,5	11,0	11,5

Fuente: Presupuesto General del Estado. Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuesto de las Comunidades Autónomas

20% en el resto de las Comunidades Autónomas al final del período analizado.

1.1.4.3. Por último, el peso relativo de los programas de salud en el gasto público del Conjunto del Estado, no sólo se mantuvo durante los noventa, sino que creció y se estabilizó en torno al 11%, tal y como se puede constatar en la tabla anterior⁴, por encima de lo que lo hizo en la segunda mitad de los 80, fase de mayor expansión del gasto sanitario público.

Esto se constata tanto en los *Presupuestos Generales del Estado* como en los Presupuestos de las distintas Comunidades Autónomas. En aquellos el gasto sanitario representó entre un 11 y un 12% del total anual presupuestado, siempre durante el período 1993-2000, lo que significó un ligero aumento del peso relativo del gasto en sanidad con relación a los años previos. El año 1997 fue el año en el que el Estado dedicó una menor parte de recursos a la sanidad, tan sólo un 10,4% del total presupuestado.

Por lo que respecta a la Comunidades Autónomas, la misma información nos muestra que aproximadamente una cuarta parte del presu-

puesto anual de las mismas se destinó a la sanidad durante el período 1993-2000. Las Comunidades Autónomas con competencias transferidas del INSALUD vinieron a gastar en sanidad una media aproximada de un 30% de su presupuesto. En 2000, la Comunidad Valenciana invirtió en sanidad un 35,9% de su presupuesto. En cambio, Navarra solamente lo hizo en un 21,4%.

El gasto sanitario autonómico realizado con recursos no provenientes de las transferencias del INSALUD, apenas superó en ocasiones el 5% del gasto regional presupuestado por estas Comunidades. Justamente Canarias fue, inmediatamente detrás de Navarra y junto al País Vasco, la Comunidad Autónoma más generosa, en términos relativos, con su presupuesto sanitario, mientras que Valencia y Andalucía las que menos. En el resto de las Comunidades Autónomas el gasto en sanidad significó entre el 0,3% y el 8% de los presupuestos regionales.

Por último, en términos comparativos de Producto Interior Bruto (PIB) al coste de los factores, Andalucía fue la Comunidad Autónoma que,

⁴ La consolidación del Estado del Bienestar en España. Antonio González Temprano. Colección Estudios del CES del Reino de España. Junio de 2003, nº 139, pág. 235.

siempre para el período 1993-2000, más invirtió en salud, un 6,4% en 2000, seguida de Galicia con un 6,1%. La primera de estas Comunidades Autónomas, con un bajísimo porcentaje de recursos propios, un 0,3%; el resto de las Comunidades con transferencias en materia sanitaria, gastaron entre un 4 y un 5% de su PIB, entre el 0,2 y el 0,8% de recursos propios, siendo la que menos Cataluña con un 0,4% en 2000. Canarias mide su esfuerzo en el gasto sanitario, con recursos propios, en un 0,8%, siendo su gasto en términos comparativos de PIB en 2000 el 5%.

1.2. El Consejo Económico y Social y la cuestión sanitaria en Canarias

1.2.1. Ya desde el inicio de su actividad, el CES ha venido prestando una especial atención al análisis de la situación del sistema sanitario en nuestra comunidad, su utilización, infraestructuras, grado de satisfacción de los usuarios y, entre otras cuestiones, la correlación entre el nivel de desarrollo del sistema y determinados indicadores de salud⁵. Básicamente, se puede afirmar que Canarias comparte con su entorno europeo una alta esperanza de vida de su población, dedicándose una parte importante de su presupuesto a los servicios sanitarios.

1.2.2. Los Informes Anuales del Consejo y la sanidad en Canarias

1.2.2.1. A propósito de la evolución temporal de la financiación sanitaria pública de la Comunidad Autónoma, el CES en su *Informe Anual 2001-2002* efectuó un análisis detallado, para el período 1996-1999. En la edición siguiente, *Informe Anual 2002-2003*, se aporta un análisis descriptivo de las principales características del gasto para los años 2000 y 2001.

El gasto consolidado, eliminándose las transferencias entre los sectores que componen el agregado Comunidad Autónoma, superó ligeramente los 1.396 millones de euros en 2001, un aumento del 5,4% respecto al año 2000. El Consejo también constató, entonces, que el gasto sanitario público per cápita también creció, aunque en menor medida, debido al incremento poblacional habido en este período, un 2,46%: en el año 2000 el gasto público sanitario per cápita fue de 772,32 euros, mientras que en 2001 fue de 794,22 euros, lo que arrojaría un crecimiento del 2,84%.

Desde la perspectiva de la clasificación funcional del gasto público en sanidad, información también recogida por el Consejo en el *Informe*

CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN CANARIAS. EN EUROS CORRIENTES (2000 Y 2001)

	Año 2000		Año 2001	
	Euros	%	Euros	%
BS. Y SS PRODUCIDOS PÚBLICAMENTE	739.472.866	100,0%	760.166.661	100,0%
Bs.ss. Consumo individual		93,7%		94,2%
Retrib. Personal hospit. espec.	356.848.272	48,3%	378.127.752	49,7%
Retrib. Personal primaria	130.332.406	17,6%	147.500.777	19,4%
Consumo interm. hospit.esp.	190.225.070	25,7%	172.893.789	22,7%
Consumo interm. primaria	15.215.565	2,1%	17.590.128	2,3%
Bs.ss. Consumo colectivo	46.851.553	6,3%	44.054.215	5,8%
BS Y SS. PRODUCIDOS PRIVADAMENTE	378.941.590		418.013.824	
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	112.910.371		125.595.123	
GASTOS DE CAPITAL	93.711.623		92.353.927	
GASTO PÚBLICO SANITARIO TOTAL	1.325.036.451		1.396.129.534	

Fuente: *Elaboración propia con datos del Servicio Canario de la Salud.*

⁵ Véase, en lo que respecta a la actividad consultiva de carácter preceptivo del Consejo, entre otros, los siguientes Dictámenes:

Dictamen 2/2003, sobre el Anteproyecto de III Plan Canario de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2002-2006.

Dictamen 3/2003, sobre el Anteproyecto de Ley de modificación de la Ley de Atención Integral a los menores.

Dictamen 4/2002, sobre el II Plan Canario sobre Drogas, 2002-2008.

Dictamen 13/2002, sobre el Anteproyecto de Ley de Ordenación Farmacéutica de Canarias.

Dictamen 3/1999, sobre el Plan de Desarrollo de Canarias (PDCAN) 2000-2006.

Dictamen 1/1998, sobre el Plan de Integración Social contra la Pobreza y la Exclusión Social en Canarias.

Dictamen 2/1998, sobre el II Plan Canario de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres.

Dictamen 3/1998, sobre el Plan Integral del Menor en Canarias.

Dictamen 5/1998, sobre el Plan General de Servicios Sociales de Canarias.

Dictamen 6/1996, sobre el Anteproyecto de Ley del Voluntariado.

Dictamen 1/1993, sobre el Plan de Desarrollo Regional de Canarias.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN CANARIAS.
EN EUROS CORRIENTES (2000 Y 2001)

	Año 2000		Año 2001		Incremento 2001-2000
	Euros	%	Euros	%	
Serv. hospital y especializ. Público	547.073.342		551.021.541		0,7%
Serv. hospital. y especializ. Privado	89.895.184		98.259.396		9,3%
Serv. hospital. y especializ. Total	636.968.526	48,1%	649.280.936	46,5%	1,9%
Atención primaria Pública	145.547.971		165.090.905		13,4%
Atención primaria Privada	9.001		20.675		129,7%
Atención primaria	145.556.971	11,0%	165.111.580	11,8%	13,4%
Salud pública, formac. invest.admón gr.	46.851.553	3,6%	44.054.215	3,2%	-6,0%
Farmacia	260.065.401	19,6%	286.828.836	20,5%	10,3%
Traslado y prótesis	28.972.005	2,2%	32.904.916	2,4%	13,6%
Transferencias corrientes	112.910.371	8,5%	125.595.123	9,0%	11,2%
Gastos de capital	93.711.623	7,1%	92.353.927	6,6%	-1,4%
Gasto público sanitario total	1.325.036.451	100,0%	1.396.129.534	100,0%	5,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servicio Canario de la Salud.

Anual 2002-2003, el principal gasto sanitario es el de servicios hospitalarios y especializados que, como se constata en la tabla anterior, en 2001 representaba el 46,5% del gasto sanitario público total, dejando entrever, según constató el CES, la posición dominante de estos servicios en la escena sanitaria pública. Las cifras de financiación muestran que, mientras la producción pública de servicios hospitalarios y especializados aumenta algo menos del 1% de 2000 a 2001, la producción privada de estos mismos servicios habría aumentado un 9,3%, incrementándose su participación en el gasto sanitario público total. Ello podría significar, en opinión del CES, un cambio en la tendencia de los últimos años, de manera que el sector privado concertado vuelve a recuperar peso en la financiación pública de la sanidad⁶.

Por lo que respecta a la atención primaria, según se constata en la misma tabla, por su parte representa tan sólo el 11,8% del total del gasto en 2001; esto significa un aumento del gasto del 13,4% respecto al año anterior. La principal razón de este aumento reside en una mera reclasificación presupuestaria⁷.

Otra característica que puede apreciarse en la tabla de referencia, es el enorme peso del gasto en farmacia en el gasto sanitario público total. El 20,5% de la financiación sanitaria pública va a parar al gasto farmacéutico en nuestro siste-

ma. Es decir, que el gasto en recetas es algo menos que el doble del total del gasto en atención primaria (1,7 veces más). Además este gasto prosigue su aumento lineal (que le ha caracterizado en los últimos años) al pasar del 19,6% que representaba en el 2000 al mencionado 20,5% en 2001. Si el gasto en farmacia sigue creciendo en términos absolutos, también lo hace en términos poblacionales: el gasto público sanitario per capita ascendió a 163,17 euros al año, un 7,6% en 2001 más que en 2000 que suponía 151,6 euros al año⁸.

Canarias no es ajena a la creciente preocupación que se manifiesta en torno al gasto farmacéutico por las autoridades sanitarias del conjunto del Estado y de toda Europa, principalmente por sus efectos sobre la sostenibilidad financiera del sistema sanitario. En este sentido son numerosas las iniciativas que se han venido adoptando en la búsqueda de modificar esta tendencia del incremento del gasto farmacéutico.

El Consejo Económico y Social, en nuestro último *Informe Anual 2002-2003*, incluye un análisis ciertamente detallado del conjunto de factores que intervienen y determinan el enorme crecimiento de este gasto público y que, básicamente, se pueden agrupar en torno a factores institucionales y a otros que se sitúan en el propio desarrollo de la sociedad del bienestar⁹.

⁶ Hay que hacer notar que el gasto es el resultado del producto de cantidades por precios (o costes de factores), por lo que su aumento puede deberse a ambos factores en distinta medida (14,1% en el año 2000 sobre el total de servicios hospitalarios especializados, y 15,13% en el año 2001), aspectos recogidos en el *Informe Anual del Consejo 2002-2003*.

⁷ En 2001, se produce un cambio de la adscripción funcional del personal de salud pública (413.A) -que prestaba servicios en los centros de salud dependientes de las gerencias de atención primaria y de las gerencias de servicios sanitarios- al programa presupuestario de atención primaria (412.F).

⁸ Datos procedentes del escenario presupuestario para la confección de la propuesta de *Presupuestos Generales de la C.A.C. para 2004*, sitúan en aproximadamente 360 millones de euros lo que tendrá que pagarse en medicamentos durante 2003, un 22% más de las previsiones iniciales, 295 millones de euros (unos 50.000 millones de pesetas). En el mes de julio ya se habían gastado 210 millones de euros. El gasto extra que cada año se produciría en el pago de la factura de farmacia, supone entre el 70 y el 80% del déficit que padece la Consejería de Sanidad.

⁹ El incremento de la renta no es una de las causas más nombradas entre las culpables del crecimiento del gasto pero no cabe la menor duda de que la mejora en las condiciones económicas de una sociedad implica un aumento de la demanda de consumo sanitario y por ende farmacéutico. No se debe olvidar que en última instancia y a pesar de sus características de bien deseable para la sociedad, el medicamento es un bien de consumo privado. Por el contrario, a menudo se suele

Entre las variadas medidas que se han venido adoptando para la contención y racionalización del gasto farmacéutico están las “listas negativas” a través de las cuales se excluyen de la financiación pública determinados productos. Algunos estudios sugieren el escaso efecto que sobre el ahorro tienen estas medidas que, por otro lado, parecen propiciar un deslizamiento del consumo desde grupos terapéuticos poco racionales, desde la perspectiva farmacológica, hacia grupos más adecuados.

La cofinanciación exige la participación de los usuarios en el coste de los medicamentos, articulándose en el Estado Español en dos categorías, por un lado los trabajadores activos y los familiares incluidos en la cobertura sanitaria que abonan el 40% del importe de los medicamentos, exceptuándose determinados colectivos. Por otro lado, los enfermos crónicos que abonan el 10% del coste del producto y hasta unos máximos fijados por la autoridad sanitaria del Estado. En opinión del Consejo, este sistema de copago, se presenta como un instrumento útil de cara a la contención del gasto, aunque no suficiente.

A través del mercado de genéricos se intenta disuadir el acceso a determinadas especialidades farmacéuticas que vendrían sensiblemente encarecidas por la diversidad de nombres comerciales y ante el convencimiento de que la marca encarece el producto. La especialidad farmacéutica genérica se presentaría bajo la misma forma y composición cualitativa en sustancias medicinales. Es escasa la incidencia en el mercado de los medicamentos genéricos, con cifras que el Consejo ha valorado en su *Informe Anual 2002-2003* y según fuentes de la Asociación Española de Fabricantes de Sustancias y Especialidades Farmacéuticas Genéricas, la cuota de mercado de los genéricos en España en 2002 era de un 3.6% en valor y de un 4.5% en unidades.

A través del control sobre los precios, negociado con la industria farmacéutica, se pretende también incidir en el coste farmacéutico.

Los precios de referencia se imponen como precio máximo por el financiador público. En España este sistema afecta a los medicamentos genéricos y trata de fomentar la competencia. La efectividad de esta medida depende de la incorporación de nuevos fármacos al sistema y el

incremento de su utilización por prescriptores clínicos y usuarios del sistema sanitario.

A través del control del presupuesto global del gasto farmacéutico y mediante la suscripción de acuerdos entre la Administración y la industria, se pretende comprometer la reducción del gasto y el reembolso, por la industria, de las diferencias entre el gasto presupuestado y las ventas realizadas. En este procedimiento interviene la autoridad sanitaria a través del control del gasto desde el punto de vista funcional y bajo la supervisión presupuestaria de la Hacienda Pública.

Actuando sobre la prescripción médica, sin limitar la libertad de ejercicio del prescriptor, puede ser, en el sistema de asignación de competencias y reparto estatutario, una de las medidas que desde la Comunidad Autónoma debe potenciarse para la racionalización del gasto farmacéutico y la sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

En opinión del Consejo, la bondad final de este conjunto de instrumentos, básicamente en lo que se refiere al mercado de genéricos y el sistema de precios de referencia, no obstante situarse en el ámbito de las competencias del Estado, dependerá de cómo se sitúen ante los mismos los profesionales de la salud y del medicamento y los usuarios del sistema sanitario. En este sentido, la Comunidad Autónoma puede efectuar campañas de información. La consolidación de este tipo de medidas sólo es posible en escenarios de aceptación y confianza, y ello habrá de abordarse en contextos de participación con sectores y colectivos implicados.

Por último, el único gasto que disminuye ligeramente en 2001 respecto al año anterior es el gasto en capital, que se reduce en un 1,4%. Debe, sin embargo, tenerse en cuenta que en el año 2000 aún se realizaron notables inversiones como consecuencia de las obras y reformas hospitalarias, lo que indica, en cualquier caso, que la cifra de 2001 refleja que se mantiene el esfuerzo inversor impulsado en los últimos años por el Servicio Canario de la Salud¹⁰.

1.2.2.2. Las fórmulas de financiación pública, por el Servicio Canario de Salud, a los proveedores de asistencia sanitaria, bien sean centros propios o concertados, se ha materializado a través de los

achacar al envejecimiento de la población toda la culpa del crecimiento del gasto farmacéutico. No cabe duda de que el aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad española llevan a que el peso de la población anciana sea cada vez mayor.

Por su parte los avances científicos y la aparición de nuevos medicamentos alternativos a terapias ya existentes o que tratan enfermedades nuevas y el elevado coste de la I+D en farmacia hacen que el precio de estas innovaciones farmacéuticas sea alto.

Los factores institucionales determinantes del crecimiento del gasto farmacéutico tienen su raíz en los principios básicos del sistema sanitario público de nuestro país: la universalidad, la cobertura de las prestaciones, la gratuidad y la accesibilidad. El Sistema Nacional de Salud (SNS) se fundamenta en la cobertura de toda la población, la universalidad.

¹⁰ Ver *Informe del CES 2001-2002*.

contratos que se convierten en el "... núcleo de las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios sanitarios ...". Los contratos se presentarían así como instrumentos que negocian niveles de atención sanitaria acordes con los objetivos de la planificación sectorial en la materia. Auténticos instrumentos de política sanitaria y mecanismos "... de coordinación entre planificadores y proveedores alternativos a los procedimientos tradicionales de control directo de la asistencia pública a..."¹¹.

En Canarias se inicia la gestión por contrato en la sanidad pública mediante los llamados contratos-programa de hospitales en 1992, extendiéndose con posterioridad, tras las transferencias, a la atención primaria. Estos contratos-programa formalizan las relaciones entre el Servicio Canario de Salud, que se presenta como financiador y comprador público, y sus propios centros. De "ficción legal" ha calificado el CES esta figura que encubre una estrategia de dirección por objetivos. Estos contratos-programa, que en Canarias reciben el nombre de contratos de gestión convenida, no se pueden rescindir ni reclamar, arbitral o judicialmente, su cumplimiento. Habrá de admitirse, también, como aspectos positivos de esta figura el que constituyan "ensayos no clínicos de mejora de eficiencia, de sometimiento a la disciplina financiera, de aprendizaje organizativo, de autonomía de gestión y de cierta asunción de riesgos por los hospitales públicos"¹².

1.2.2.3. El principio de complementariedad entre provisión pública y privada de servicios sanitarios,

reconocido e impulsado ya desde la *Ley General de Sanidad*, se concreta en nuestra Comunidad Autónoma a nivel de atención especializada, quedando la provisión de la Atención Primaria del Servicio Canario de Salud en manos del sector público.

La concertación del Servicio Canario de Salud con el sector sanitario privado, se efectúa a través de la figura de los "concertos genéricos con el sector clínico privado acreditado y el Servicio Canario de Salud de tal forma que permitiría al primero atender la demanda asistencial que le formula el propio servicio a cambio de una contraprestación que se fija cada año". Los "concertos singulares", a diferencia de los anteriores, admiten fórmulas de financiación específica, distinta para cada caso particular.

El Consejo ha venido analizando el peso que el sector privado concertado tiene en la provisión pública de asistencia hospitalaria en Canarias, básicamente en las islas de Gran Canaria y Tenerife. Así, en nuestro último *Informe Anual 2002-2003*, el Consejo analiza estadísticamente algunas de las prestaciones sanitarias concertadas por el Servicio Canario de Salud con centros privados entre los años 2002 y 1998.

El Consejo constató que en 2002 se da una disminución del número de camas concertadas respecto a 1998. Descenso que ocasionó una reducción del número de ingresos hospitalarios, siempre en el período temporal descrito. Sin embargo, el número de intervenciones quirúrgicas concertadas se mantiene estable en ambas pro-

ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES CONCERTADAS CON HOSPITALES PRIVADOS POR EL SCS. CANARIAS (1998 Y 2002)

Provincia	Camas				Ingresos		Intervenciones		Sesiones de rehabilitación		Resonancias magnéticas	
	Agudos		Crónicos		1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
	1998	2002	1998	2002								
Las Palmas	559	497	555	524	17.390	9.043	17.998	18.201	474.302	710.541	9.914	11.556
S/C de Tenerife	880	619	656	640	20.039	19.826	17.268	18.048	97.000	208.918	5.069	14.076
CANARIAS	1.439	1.116	1.211	1.164	37.429	28.869	35.266	36.249	571.302	919.459	14.983	25.632

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.
Fuente: Servicio Canario de la Salud.

¹¹ Informe Anual del Consejo 1998-1999.

¹² Entre las conclusiones que extrajo el Consejo en su Informe Anual 1998-1999, en relación a esta materia, fue la de señalar, en las conclusiones 65 a 68, que:

"65. El paradigma subyacente a los contratos de gestión convenida es la separación fáctica entre las figuras del financiador-comprador (el Servicio Canario de Salud) y el Centro proveedor del propio Servicio Canario de Salud, para permitir mayores márgenes de autonomía a los Centros. Sin embargo, en la práctica no se ha conseguido materializar un grado suficiente de autonomía debido a un entramado de causas añadidas a las exigencias de control en los suministros y gastos de cualquier organismo público, como son la rigidez de la legislación laboral vigente y la normativa sobre personal estatutario; la contradicción inherente al propio pacto, que impone objetivos de gestión negando por definición cualquier autonomía en ese sentido; y el carácter político de los nombramientos, con el consiguiente juego de lealtades entre ambas partes del contrato.

66. Otra limitación a la efectividad de los contratos de gestión convenida en Canarias se deriva del retraso sistemático en la firma, ya que suele hacerse a mediados del año al que se refieren los pactos. Sería muy necesario conseguir que se cerraran los acuerdos antes de comenzar el año y no cuando la mitad del presupuesto ya está ejecutado.

67. El hecho de llevar las negociaciones con los hospitales y con Atención Primaria segregada e independientemente prejuzga y condiciona todo el modelo de asistencia sanitaria.

68. Entre 1994 y 1998, la evolución de los contratos-programa ha desplazado el énfasis de los objetivos desde la maximización de la actividad y de los productos intermedios hacia la mejora de indicadores de demora en el acceso; desde la relevancia de indicadores de gestión hacia los indicadores de calidad y resultados."

vincias, y se limitan a la resolución de procesos de media y baja complejidad¹³.

En este mismo sentido, el peso de las principales actividades de la asistencia sanitaria concertada, dentro de la asistencia pública, se reduce algo de 1998 a 2002, en la misma dirección que el análisis mostrado anteriormente.

Donde sí ha habido un fuerte incremento de la actividad concertada ha sido en las sesiones de rehabilitación y la realización de resonancias magnéticas. En cuanto a las sesiones de rehabilitación concertadas, éstas casi se han duplicado en dicho período en toda Canarias (pasando de 571.302 a 919.459), aunque en la provincia de Las Palmas son muy superiores. Algo parecido sucede con el número de resonancias magnéticas realizadas por centros concertados, que en 2002 fue de 25.632 duplicándose prácticamente las resonancias concertadas en 1998. Sin haberse producido un descenso en la capacidad pública para producir estos servicios, el crecimiento de las rehabilitaciones, resonancias magnéticas y procesos de baja y media complejidad, parece responder por un lado, a un incremento en la utilización de los recursos y, por otro, a una política del SCS por reducir las listas de espera y de reasignar los recursos orientando parte de los servicios hospitalarios menos graves hacia el sector privado y potenciándose así la premisa de complementariedad entre ambos sectores¹⁴.

En nuestro *Informe Anual 2002-2003* se analiza el peso de las principales actividades de la asistencia sanitaria concertada dentro de la asistencia pública. En la información que mostramos en la tabla que sigue, el peso de la asistencia sanitaria concertada sobre el total, medida en porcentaje de camas, ingresos e intervenciones, se reduce algo de 1998 a 2002.

Esto viene a corroborar que, por ejemplo, aunque las intervenciones del sector privado concertado hayan aumentado, también lo hayan hecho las intervenciones en el sector público

en mayor medida, lo que explicaría este ligero descenso en el porcentaje de participación. Esta idea arroja más evidencia de que se están tratando más pacientes y no es una mera reasignación de pacientes atendidos en el SCS hacia los hospitales concertados. El diferencial más notable entre ambas provincias reside en el porcentaje de ingresos en Las Palmas, que refleja una realidad similar a la mostrada en la tabla indicada.

1.3. El marco normativo y la planificación sectorial en la materia

1.3.1. El marco normativo

La *Constitución Española*, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud. Se responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.

La legislación básica del Estado en materia de sanidad está contenida en la *Ley 14/1986, del 25 de abril, general de sanidad* (LGS), en cuya regulación destacan el protagonismo y suficiencia de las Comunidades Autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria. Esta Ley pretende dar respuesta a los derechos constitucionales de protección de salud para todos los ciudadanos, a través de los principios y criterios generales y comunes, que han deservir como fundamento de los servicios sanitarios que el sistema sanitario pretende en todo el territorio nacional, sobre la base de integración de los mismos. Esta integración debe realizarse desde cada Comunidad Autónoma, de forma que el Sistema Nacional de Salud se conforme como el conjunto de los servicios de salud de cada Comunidad, convenientemente coordinados por el Estado.

Este principio integrador, fundamental para la viabilidad del sistema, establece unos mínimos igualitarios y una correcta planificación sanitaria inspirada en el artículo 50 de la Ley: *“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de*

PROPORCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA SOBRE LA ASISTENCIA PÚBLICA EN CANARIAS (1998 Y 2002)

Provincia	Camas %		Ingresos %		Intervenciones %	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Las Palmas	38,12	37,19	23,24	13,25	30,28	27,67
S/C de Tenerife	47,35	42,66	27,52	27,02	30,96	32,73
CANARIAS	42,98	40,03	25,35	20,39	30,61	29,98

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

¹³ Esta divergencia constatada por el Consejo entre el número de intervenciones y el de ingresos, se debe a que en los ingresos tienen un mayor peso las especialidades médicas, mientras que para los procesos quirúrgicos se habría mantenido una clara actividad complementaria entre la sanidad pública y la privada.

¹⁴ *Informe Anual del Consejo 2002-2003*.

Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionada bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Asimismo, la Ley establece la facultad de legislar de cada Comunidad mediante su artículo 31, apartado 2: *“Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias a esta Ley en el ejercicio de las competencias que las atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía”.*

Se encomienda a cada CC.AA. la ordenación territorial de los servicios. Para ello la LGS introduce el concepto de Área Sanitaria. Las Áreas de Salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Cada Área se dividirá en Zonas Básicas de Salud, que se definen como el marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental. La Ley establece que en cada Área de Salud debe existir al menos un hospital (nivel especializado) y varios centros de salud (nivel primario).

En este contexto, es decir antes de producirse las transferencias en materia sanitaria, a las que luego aludiremos, el Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad, tenía ciertas competencias fundamentalmente en materia de salud pública y sanidad ambiental.

El Real Decreto 446/1994, del 11 de marzo, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud transfiere además los derechos y obligaciones, personal y créditos presupuestarios adscritos a los mismos. Dispone que las funciones que asume la Comunidad Autónoma en materia de Seguridad Social son las siguientes:

- a) Los servicios y funciones correspondientes a los centros y establecimientos sanitarios, asistenciales y administrativos de la Seguridad Social.
- b) Los servicios y funciones encomendados por la legislación vigente a las Direcciones provinciales de la Entidad Gestora de la Seguridad Social en la Comunidad Autónoma, así como las funciones y servicios correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo.
- c) La elaboración y ejecución de los planes de inversión que se aprueben en materia sanitaria en Canarias.

- d) La contratación, gestión, actualización y resolución de los conciertos con entidades sanitarias que presten servicios en Canarias.
- e) Creación, transformación, ampliación, clasificación y supresión de los centros asistenciales y administrativos del INSALUD en la Comunidad Autónoma.
- f) Funciones de inspección de servicios y gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.
- g) Planificación de programas y medidas de asistencia sanitaria en Canarias.
- h) Análisis y evaluación del desarrollo y resultados de la acción sanitaria.
- i) Organización y régimen de funcionamiento de los centros y servicios de asistencia sanitaria, así como la definición de criterios generales para la evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, atribuye a nuestra Comunidad competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general, todo ello conforme al marco de la legislación básica del Estado, justamente estos últimos aspectos están contenidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, a la que ya hemos hecho alusión.

Es en el ejercicio de aquella competencia y en el contexto descrito como surge la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, texto que, por otro lado, no fue sometido en su fase de anteproyecto al Dictamen preceptivo del CES.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias atiende, en primer lugar, a la constitución y ordenación de un Sistema Canario de Salud en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones independientemente de su titularidad pública o privada, y cuyo fin es la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria. En segundo lugar, la regulación general de las actividades, servicios y prestaciones públicos o privados que determinen la efectividad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud. Por último, la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias dispone todo lo que concierne a la creación y organización del Servicio Canario de Salud, de sus actividades y de los servicios y las prestaciones directamente asumidas.

En diciembre de 1996 se completan las transferencias sanitarias con el traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias del dispositivo asistencial del Instituto Social de la Marina.

1.3.2. El Plan de Salud de Canarias 1997-2001

El *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* fue aprobado en 1997 (*Decreto 3/1997, de 21 de enero, de la Consejería de Sanidad y Consumo*; BOC nº 41, de 13 de marzo de 1997), y en su fase de proyecto no fue sometido al Dictamen preceptivo del Consejo Económico y Social. La *Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias* había definido el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y coordinación del Sistema Canario de Salud (artículos 14 a 18) y había regulado su contenido en los siguientes términos (artículo 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 proceso de elaboración del *Plan de Salud de Canarias* se confeccionó entonces de forma paralela al camino iniciado por otras CC.AA y en adaptación a una regulación nacional de carácter general. Además, todos estos esfuerzos de planificación sectorial en materia de salud se inspiran en la estrategia "Salud para Todos" de la OMS y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo había hecho, hasta octubre de 1995, tres evaluaciones sucesivas de los indicadores del programa regional europeo "Salud para Todos".

El *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* dividía sus objetivos en generales y específicos y se referían a las 28 áreas o problemas de salud que se consideraron prioritarios en la fase de diagnóstico de la salud en Canarias. Se definieron un total de 87 objetivos generales y 400 específicos¹⁵. Estos objetivos, a su vez, se clasificaron en otros más específicos sobre disminución de riesgos, oferta de servicios, educación y formación, y necesidades de información. Drogas y conductas adictivas, salud materno-infantil, personas mayores y salud mental son los problemas de salud a los que se dedicaban más objetivos.

El *Plan de Salud de Canarias 1997-2001*, según pudo constatar el Consejo, tenía luces y sombras¹⁶. Empezando por éstas señalamos que si bien se inspira en la estrategia global de la OMS, se distancia de ella en varios aspectos. La mayor parte de sus 488 objetivos, según advirtió el Consejo, no cumplirían las condiciones ideales, bien porque no hay indicadores disponibles para medir el grado de su consecución, porque no se asignan claramente responsabilidades a organismos e instituciones, bien por desajustes o indefiniciones de las fechas de referencia y de cumplimiento o por la ausencia de valores basales y/o finales para la evaluación. Entonces también se señaló: "... la excesiva concentración temporal de los horizontes en el principio del plan (1997) o más allá del 2001 en que termina su vigencia. La falta de cualquier cuantificación de los costes necesarios para poner en marcha las actuaciones necesarias para cumplir los objetivos es otra debilidad del Plan de Salud."

A pesar de sus limitaciones, en opinión ya adelantada por el CES, el *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* constituyó un primer paso hacia ulteriores avances en el proceso de planificación y racionalización de los recursos para la salud y un instrumento de corresponsabilidad entre el sector sanitario y otros sectores. De hecho, "... el *Plan de Salud 1997-2001* es un conjunto de acciones encaminadas a cumplir el objetivo 33 de la estrategia de la OMS, la principal fortaleza del Plan es su mera existencia", dejó dicho entonces el Consejo, que además implicaría el propósito de planificar los recursos para la salud previa identificación explícita de las prioridades.

- 1.3.3. El Consejo Económico y Social, en el *Informe Anual 1998-1999*, trató de aproximarse a la evaluación del Plan de Salud para el anterior período de programación 1997-2001¹⁷, admitiéndose lo prematuro, entonces, de acometer la valoración y los efectos de las acciones vinculadas a dicho Plan, que apenas llevaba dos años de ejecución. No obstante, el Consejo señaló cuáles de los nuevos programas o actuaciones incluidos en el Plan se habían puesto en marcha y que entonces se recogieron bajo la denominación de "*productos del Plan de Salud 1997-2001*".

Entre las conclusiones que entonces extrajo al respecto el CES fueron, en primer lugar que la mayor parte de las actuaciones se centraron en poner en marcha o potenciar nuevos programas de atención primaria y comunitaria. Se destacó que a raíz del Plan se generalizó en Canarias la vacunación masiva de adolescentes contra la hepatitis B y se crearon o reforzaron programas de salud buco-

¹⁵ Algunos de los objetivos específicos afectaban a dos o más áreas; considerando esas duplicaciones, totalizaban 488.

¹⁶ *Informe Anual del CES 1998-1999*; Anexo 1: La asistencia sanitaria en Canarias.

¹⁷ *Informe Anual del CES 1998-1999*; Anexo 1: La asistencia sanitaria en Canarias.

dental, de atención materno-infantil, de diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cuello de útero y de diabetes. Otra nota relevante fue el enfoque intersectorial y la importancia de la educación para la salud a partir de la premisa de que cada persona es responsable de su salud; se constató la escasez de actuaciones que pudieron, a mediados de 1999, ser evaluadas por sus resultados finales de mejora de la salud, solamente cinco. Por último se llamó la atención sobre la falta de evaluación del coste-efectividad de las intervenciones asociadas al Plan de Salud, que requiere la cuantificación previa de los resultados finales obtenidos o esperados; tampoco se mencionan evaluaciones económicas de los recursos necesarios para desarrollar las actuaciones.

2. Observaciones de carácter general

2.1. El Consejo Económico y Social ha expresado siempre su posición favorable a todo esfuerzo planificador en la medida en que ello responda a la oportunidad de establecer un proceso de racionalización en la toma de decisiones y al esfuerzo, también, por vincular actuaciones más o menos aisladas establecidas previamente y orientadas hacia la consecución de determinados resultados.

En consecuencia con ello, el Consejo siempre valoró el que, al tiempo de formularse propuestas de planificación general o sectorial, éstas habrían de ajustarse a un esquema estructural en torno a los tres extremos siguientes:

- La determinación y el establecimiento de los objetivos al servicio de los cuales se establece el esfuerzo planificador, la causa legitimadora del Plan y el elemento básico que expresaría la opción políticamente escogida.
- La concreción de los instrumentos y medios para el logro de los objetivos, jurídicos e institucionales, materiales, presupuestarios y financieros. Con ello el establecimiento de líneas de actuación y conductas que se vinculen con los objetivos, la programación.
- Por último, facilitar el seguimiento, la evaluación y la eventual adopción de medidas correctoras.

2.2. La Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, ya citada, establece el objeto, contenido y determinaciones; proceso de elaboración y aprobación; efectos y evaluación del *Plan de Salud de Canarias*, al que concibe como el instrumento estratégico para la planificación, coordinación y de articulación funcional del conjunto de actividades relacionadas con la salud en Canarias.

Gran parte del valor final que haya de otorgarse al proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, que hoy conoce el Consejo y sobre el que se dictamina, tendrá que ver, consecuentemente, con la adecuación del mismo al conjunto de previsiones que

se establecen, tanto para un correcto proceso de elaboración como en lo que se refiere a la concreción de sus contenidos y determinaciones. No menos importante es averiguar en qué medida el proyecto de planificación recoge los aspectos relativos a la evaluación de su cumplimiento.

En opinión del Consejo, y siguiendo las previsiones que al efecto establece el artículo 16 de la Ley citada, el proyecto de *Plan de Salud de Canarias* deberá contar, como fundamento del mismo y con carácter previo, las directrices establecidas en materia de salud por el Gobierno de Canarias, del que aquél constituiría una pieza más junto a otros instrumentos de planificación sectorial en la materia.

2.3. El artículo 14 de la *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias* concreta el contenido que habrá de contemplar el proyecto de Plan de Salud. Ya desde estas observaciones de carácter general, el CES considera que junto a un correcto análisis y evaluación de los principales problemas de salud, también se acierta en la fijación de los objetivos a alcanzar, tanto en su aspectos generales como en cuanto a las áreas de actuación específica.

2.4. En opinión del Consejo estaríamos en presencia de una propuesta de proyecto que, básicamente, constituye un trabajo serio y riguroso apoyándose en la metodología más novedosa e interesante a nivel internacional, es decir actuaciones basadas en la evidencia científica, y con planteamientos de coste.

Las propuestas del proyecto de *Plan de Salud 2003-2007*, en los términos en que las conoce el Consejo, son abordadas mediante actuaciones que, según los redactores de la propuesta, han probado previamente su efectividad, son seguras y costo-eficientes.

Se intenta atender el déficit de equidad entre islas, no obstante, en opinión del Consejo, se debería profundizar en la desagregación territorial de objetivos y actuaciones.

En opinión del CES, las metas del proyecto de Plan parecen adecuados, y que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- Aumentar los niveles de salud de la población y, consiguientemente, el número de años de vida de cada persona, y que este aumento del número de años sea con la mayor calidad posible.
- Reducir las desigualdades en la salud mejorando la accesibilidad, y asignando los recursos de una manera equitativa y solidaria.
- Mejorar la eficiencia de los servicios para que los recursos asignados generen el máximo beneficio posible.

El Consejo participa igualmente de los objetivos que el proyecto de Plan propone:

- Determinar las necesidades de salud de la población.
- Seleccionar las intervenciones más efectivas o más costo-efectivas.
- Asegurar fondos presupuestarios eficientes.
- Financiar "solo" las formulas organizativas mas eficientes.
- Intensificar el seguimiento y evaluación de los resultados.

E igualmente hace suyos el CES los retos a los que estaría sometido el proyecto del nuevo *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*:

- Eludir la derivación hacia planteamientos economicistas o racionadores.
- Conciliar las necesidades de salud individuales, en el presente, con las colectivas, a largo plazo.
- Realizar toma de decisiones transparentes y explícitas, que tengan en cuenta las necesidades de salud, y por otra parte que estén sometidas a criterios equitativos de coste-efectividad.
- Plantea el reto de ser capaces de transmitir los objetivos del plan, no solo a los gestores sino también a los clínicos.
- Por último y como reto que creemos importante, propone que sirva para las decisiones de compra de servicios sanitarios por las autoridades responsables.

Para todo ello el Consejo reclama complementar esfuerzos del conjunto de sectores implicados, aspecto sobre el que se insiste reiteradamente en el presente dictamen.

2.5. Tal y como hemos venido indicando a lo largo del presente dictamen, la sanidad concertada tiene una presencia notoria en el sistema público sanitario de nuestra Comunidad Autónoma, básicamente a través de la implantación de mecanismos de competencia pública en mercados internos y para cuyo desarrollo y optimización el Consejo cree necesario apostar por una separación jurídica entre la provisión y compra de servicios, como mecanismo impulsor de mejoras de la prestación de los servicios y de atribución de responsabilidades concretas.

La sanidad canaria debe apostar, en este proceso de hacer complementario el esfuerzo privado y el público, por la defensa del principio de universalidad y gratuidad, evitándose los riesgos de una ruptura del aseguramiento.

El CES sugiere se exploren fórmulas para que, en el contexto descrito, se aumente la colaboración entre sanidad pública y privada. De tal forma que se mejore la intervención, del conjunto del sistema, en la resolución de las listas de espera y en la atención a las urgencias mejorando las actuaciones orientadas al diagnóstico de la enfermedad.

La complementariedad de la asistencia privada con la red pública habrá de sostenerse a partir de la constatación del cumplimiento de criterios de calidad, sujetos a evaluación permanente, y la obtención de unos estándares que la haga equiparable con la red pública sanitaria.

A propósito del tratamiento de las listas de espera en nuestra Comunidad Autónoma, problemática que afecta por otro lado al conjunto de países con estructura sanitaria desarrollada, el Consejo Económico y Social considera necesario establecer una estrategia centrada no sólo en las medidas que se adopten para su reducción, de todo punto indispensable, para lo que habrán de hacerse los esfuerzos necesarios, sino que además deben analizarse las razones de tal incremento en las listas de espera, evaluándose desde el punto de vista clínico y sanitario. Además, tanto el tiempo de permanencia en las mismas y el acceso a los tratamientos por parte de los usuarios habrá de determinarse conforme a procedimientos objetivos y con absoluta transparencia para usuarios y profesionales. Esta estrategia centrada en el análisis que se propone habrá de poder ser evaluada permanentemente.

2.6. Sin embargo, nos parecen mejorables los contenidos del proyecto de Plan en lo que se refiere al análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender al cumplimiento de sus objetivos, excepción hecha de los aspectos presupuestarios a los que se dedica una particular atención más adelante; y, sobre todo, resulta llamativa la ausencia absoluta del establecimiento de mecanismos de evaluación.

Se hace de todo punto imprescindible incluir procedimientos, mecanismos y criterios que faciliten la evaluación del cumplimiento del Plan y la organización de un sistema de información al respecto, estableciendo indicadores, facilitando la recopilación de datos y la obtención de información primaria. Todo ello orientado a facilitar y determinar el análisis de impacto y la evaluación permanente de los resultados del Plan, permitiéndose de esta manera conectar objetivos y estrategias con órganos de gestión y las responsabilidades de su cumplimiento.

2.7. Al CES se le privó, injustificadamente, de la posibilidad de emitir su dictamen preceptivo sobre el anterior *Plan de Salud de Canarias* para el período de programación 1997-2001, al haberse omitido por el Gobierno dicha petición.

Por lo que respecta a la propuesta que hoy se dictamina, si bien es cierto que entre sus antecedentes incluye el haberse formalizado la previa valoración del avance del Plan en otras instancias llamadas a expresar su parecer, como el Consejo General de Salud, también ocurre que ámbitos especializados en la materia no fueron llamados a participar en los procesos previos de elaboración de los documentos de trabajo, como el sector sanitario privado, clínico y

farmacéutico¹⁸. No obstante la posibilidad de que desde estos ámbitos se hagan las aportaciones pertinentes a través de su integración en las organizaciones empresariales más representativas presentes en el Consejo.

2.8. En lo que respecta a las determinaciones, artículo 15 de la *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias*, se echan de menos referencias imprescindibles a los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos del Plan, así como las pautas o criterios de coordinación con el Servicio Canario de Salud y, en su caso, su articulación funcional. En esta misma línea, parece conveniente se recojan objetivos y programas que, relacionados con la salud, se desempeñan en el contexto del resto de las administraciones públicas, resulta imprescindible recoger, en su caso, la expresión del nivel de compromiso y la concreción de sus aspectos presupuestarios.

2.9. Sobre la coherencia de los contenidos y medidas propuestas en el proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, de manera particular con otros instrumentos de planificación general y sectorial, el Consejo considera que se da esta coherencia en relación a las previsiones de nuestro *Plan de Desarrollo de Canarias 2002-2006*, a través del objetivo 5 “*mejorar la cobertura y la calidad de los Servicios Públicos vinculados a las personas*”, estrategia, la 5.1. “*mejora de la calidad de los servicios y equipamientos colectivos y de bienestar social*”, línea de actuación 5.1.1. “*consolidación del Sistema de Salud*”, no obstante no haberse hecho referencia alguna a esta cuestión en el documento que incluye el proyecto de Plan analizado por el Consejo.

Convendría, en opinión del Consejo, incluir, en su caso, la coherencia entre los contenidos del proyecto de *Plan de Salud 2003-2007* y las intervenciones en materia de infraestructuras para la salud en Canarias. Así como con los contenidos de otros esfuerzos de planificación sociosanitaria.

No consta, al menos entre los antecedentes que ha tenido oportunidad de analizar el CES, que los contenidos del proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007* son coherentes con las previsiones que la *Ley 9/2003, de 3 de abril, de medidas tributarias y de financiación de las Haciendas Territoriales Canarias* establece en su artículo 10, relativo a la lealtad institucional y que exige, otra vez con la evaluación, determinar el eventual impacto que el proyecto de planificación sectorial suponga en las Haciendas Locales Canarias.

2.10. El Consejo advierte sobre la ausencia, en los contenidos del proyecto de Plan, de referencias expresas

que permitan vincular, en la consecución de los objetivos finales del mismo, a otros Departamentos de la Administración Autónoma o, aún, a otras administraciones que intervienen en los procesos de salud.

En opinión del Consejo habrá de hacerse un esfuerzo especial por mejorar las continuas llamadas que se hacen hacia el carácter intersectorial e interadministrativo de muchas de las actuaciones y objetivos del proyecto de Plan. Máxime en un momento en el que se dispone de otros instrumentos de planificación en esas otras materias conexas y de proyección transversal.

En esta línea el Consejo propone se haga un esfuerzo por concretar las acciones de cooperación interadministrativa, establecer, en la medida de lo posible, objetivos precisos y evaluables, criterios de asignación financiera e instrumentos de financiación y la expresión de estos compromisos.

2.11. Respecto del escenario financiero del proyecto de Plan, el documento remitido al Consejo inicialmente con la solicitud de dictamen no incluía la financiación del mismo. No obstante se ha tenido acceso a dicha información, una vez solicitada por el Consejo.

En relación a ello, el Consejo señala que, según los datos aportados, el proyecto de *Plan de Salud para el período 2003-2007*, está cuantificado presupuestariamente para todo el período de programación y para un conjunto de medidas que se refieren a seis de los siete programas de actuación. Además, también se conocen las dotaciones para las que el propio proyecto de Plan señala son “*políticas de acompañamiento*” necesarias para la consecución de los objetivos del mismo.

El Consejo quiere señalar, en línea con lo ya indicado con anterioridad, que no aparece la expresión presupuestaria de aquellas actuaciones que afectan a otros Departamentos y Administraciones Públicas, básicamente situadas en el ámbito de las políticas de empleo y asuntos sociales y la educación, entre otras. La ficha financiera recoge, exclusivamente, la participación del Departamento de Sanidad en la financiación del Plan. En la medida en que no estén suficientemente acreditados los compromisos con el resto de administraciones intervinientes, la efectividad de los objetivos del proyecto de Plan pierde valor.

2.12. La forma en que se estructura la ordenación de las oficinas y establecimientos farmacéuticos, la regulación del medicamento y el papel que haya de darse a los titulares de las oficinas de farmacia en el sistema sanitario, ha sido objeto de reflexión y amplio debate. Ello ha determinado la promul-

¹⁸ En apoyo de esta consideración, baste señalar que, tal y como hemos venido sosteniendo en el presente dictamen, la sanidad concertada representa un volumen importante de la asistencia hospitalaria de la Comunidad Autónoma, aproximadamente el 35% de las camas hospitalarias y cerca del 35% de las intervenciones quirúrgicas y estancias hospitalarias.

gación de normas reguladoras que han ido, progresivamente, marcando los principios básicos para dar respuestas y satisfacer las necesidades de usuarios y consumidores. El objeto último, contribuir a una mayor calidad en la prestación del conjunto de los servicios sanitarios, garantizando el derecho a la protección de la salud.

En un escenario de demanda sanitaria creciente, la gestión eficaz de los recursos disponibles es una exigencia constante. En este sentido, una parte esencial de aquella lo constituye la prestación farmacéutica, que, por naturaleza, se apoya en los principios de universalidad y solidaridad.

La *Ley General de Sanidad* y la *Ley del Medicamento* definen a las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, y en iguales términos el artículo 1 de la *Ley de Regulación de Servicios de la Oficina de Farmacia* de 1997.

Desde esta perspectiva, el Consejo Económico y Social considera que la actividad farmacéutica habrá de integrarse, desde la perspectiva de un sistema sanitario coherente, en un modelo más amplio orientado a garantizar los objetivos relacionados con la protección de la salud y, consecuentemente, con la programación y planificación sectorial en la materia. De manera particular, debe garantizar a los ciudadanos el acceso racional y eficaz a los productos sanitarios y medicamentos en la medida en que debe hablarse de la prestación de un servicio de interés público, incluido e integrado en el conjunto de lo que debe prestarse en todos los niveles del sistema sanitario.

Es una realidad que en las farmacias canarias por cada cien veces que se atiende al usuario, se efectúan 74 dispensaciones de productos farmacéuticos o sanitarios, es decir, que uno de cada cuatro usuarios que acude a la farmacia no adquiere ningún producto, pero formula otras demandas, como consejos, información, aclaraciones sobre tratamientos, etc.

La oficina de farmacia atiende a una media de 89,3 personas cada día, si bien en las poblaciones de menos de 10.000 habitantes esta cifra media de usuarios se reduce a la mitad, y aumenta, por tanto, en las poblaciones más numerosas¹⁹.

- 2.13. El Consejo Económico y Social hace suyo el planteamiento que se incluye en el proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, cuando nos indica que "... 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 ello, independientemente de las acciones que la Administración sanitaria pueda adoptar en el ámbito educativo y en el de los servicios sociales, recordamos otra vez la conveniencia de profundizar en la intersectorialidad de los contenidos del proyecto de Plan; las oficinas de farmacia como dispositivo sanitario pueden desempeñar tareas de colaboración en la consecución de los objetivos del proyecto de *Plan Canario de Salud*, en una doble dirección, por un lado orientando a los usuarios sobre el buen uso del medicamento y, por otro, favoreciendo una buena información sobre la especialidad farmacéutica publicitaria y la especialidad farmacéutica genérica.

- 2.14. En esta línea, el uso racional del medicamento, exige se adopten acciones específicas que pueden ser de gran utilidad como complemento al tratamiento que se hace al respecto en el proyecto *Plan Canario de Salud 2003-2007*. Se podrían adoptar, entre otras, las siguientes: la formación de equipos multidisciplinares entre las oficinas de farmacia y los equipos de atención primaria, pues es preciso coordinar su actuación con las farmacias radicadas en su área de salud²⁰; y el desarrollo de programas de control del cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, ya que, en opinión del CES, la ausencia de este procedimiento provoca un mal uso de los medicamentos, con las consiguientes recaídas y bajas, y ulteriores recargos del gasto sanitario.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El artículo 43 de la *Constitución Española* reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Los factores determinantes básicos en materia de salud pública son numerosos y cualquier esfuerzo de planificación e intervención en la materia habrá de garantizar el derecho a la salud, en un contexto de accesibilidad sin discriminaciones, calidad y sostenibilidad financiera, como servicio público vinculado a las personas, de interés general y carácter preferente.

2. El Consejo Económico y Social es consciente del enorme peso social que las cuestiones relacionadas con la salud tienen. En consecuencia con ello la necesidad de acertar en los compromisos que desde los poderes pú-

¹⁹ Las diez consultas más frecuentes en las oficinas de farmacia son sobre remedios para dolencias concretas (dolor, catarro, alergias); dosis de administración de un fármaco; incompatibilidades entre fármacos; productos de parafarmacia y su eficacia; consejos para alimentación de bebés; eficacia de medicamentos prescritos; efectos secundarios de fármacos; formas de administración de medicamentos; dietética y nutrición de adultos; y contraindicaciones de fármacos.

²⁰ En la actualidad no hay comunicación entre las farmacias y los centros de salud.

blicos se tracen para mejorar y promover la salud. El proyecto de *Plan de Salud de Canarias para el período 2003-2007*, significa un cambio sustancial en relación al anterior esfuerzo de planificación, en la medida en que escoge la selección de problemas de salud prioritaria, lo que exige acertar en el diagnóstico previo de la relevancia de éstos. Centrando la atención sobre las consecuencias tanto para la cantidad como para la calidad de vida.

El nuevo proyecto de planificación define objetivos y actuaciones de manera pragmática y científica, e introduce el análisis coste-efectividad en la planificación sanitaria.

En relación a todo ello, el Consejo considera, se da un cambio que ha de ser acogido favorablemente.

3. En opinión del Consejo, las referencias que en el proyecto de Plan se hacen a los aspectos organizativos de la sanidad pública en Canarias y su relación con la planificación, son insuficientes. Convendría incluir referencias más expresas que permitan identificar primero y vincular después objetivos y actuaciones con las áreas de gestión. En esta misma línea es mejorable el tratamiento que el proyecto de Plan hace del que, por otro lado, indica es uno de sus valores: la proyección intersectorial y la necesidad de coordinación interadministrativa.

El Consejo ha venido insistiendo, de manera preferente en sus *Informes Anuales sobre la situación económica, social y laboral de Canarias*, en la conveniencia de que se mejoren en Canarias los porcentajes de empleo temporal, en la medida en que se ha venido constatando una relación entre su incremento y la siniestralidad laboral.

4. En opinión del Consejo, aunque nada se indica al respecto en el proyecto de Plan, convendría relacionar sus prioridades con las líneas generales que se siguen en la *Estrategia comunitaria en materia de salud*, fundamentalmente en lo que sería el enfoque integrado y la interacción con las políticas medioambientales de alimentación, prevención de lesiones en el ámbito laboral y el tratamiento de la información y recopilación de datos, así como el desarrollo de indicadores de salud.

Por otro lado, y ya en el ámbito de la Comunidad Autónoma, en opinión del Consejo, y siguiendo las previsiones que al efecto establece el artículo 16 de la Ley citada, el proyecto de *Plan de Salud de Canarias* deberá contar, en su caso, como fundamento del mismo y con carácter previo, con las "*directrices establecidas en materia de salud por el Gobierno de Canarias*", que se desconocen y respecto de las que aquél constituiría una pieza más junto a otros instrumentos de planificación sectorial en la materia.

5. El proyecto de *Plan de Salud de Canarias 2003-2007*, no obstante no hacerse mención a ello en su contenido, es coherente con el *Plan de Desarrollo de Canarias*

2002-2006, a través del Objetivo 5, "*mejorar la cobertura y la calidad de los servicios públicos vinculados a las personas*", Estrategia 5.1, "*mejora de la calidad de los servicios y equipamientos colectivos y de bienestar social*", Línea de Actuación 5.1.1, "*consolidación del sistema de salud*".

Sería conveniente incluir algunas referencias que facilitaran analizar la complementariedad del proyecto de *Plan de Salud 2003-2007* con otras actuaciones en la materia, básicamente en lo que se refiere a la localización de infraestructuras sociosanitarias, Plan para la Incapacidad, entre otras.

En la misma línea, el Consejo advierte sobre la ausencia de referencias expresas que permitan vincular actuaciones de otros Departamentos y Administraciones con incidencia en la consecución de los objetivos del proyecto de Plan, alguna de ellas de proyección transversal. Es importante se concreten compromisos y actuaciones entre el conjunto de agentes llamados a intervenir en estas materias.

6. El Consejo ha venido constatando los efectos que los cambios demográficos en Canarias tienen en el contexto del diseño y aplicación de muchas de nuestras políticas públicas. Por lo que respecta a la sanidad este factor introduce variables que han de ser atendidas, tanto en lo que se refiere al crecimiento demográfico como a la conformación de las pirámides de edad. Todo ello en un escenario de búsqueda de la estabilidad financiera que exige sean atendidos aspectos específicos del gasto en esta materia.
7. El Consejo Económico y Social coincide con el análisis que hace el proyecto de Plan en la importancia que hay que concederle a los planteamientos socioculturales, que ejercen una gran influencia en el desarrollo de algunas de las patologías que prioritariamente se seleccionan por el proyecto de Plan. En esta línea, el Consejo pide se apueste claramente por la educación y prevención como inversiones ineludibles, y la mejora de las condiciones de colectivos especialmente vulnerables.
8. Habrá que hacer, buscando garantizar la accesibilidad sin discriminaciones al sistema sanitario su calidad y la sostenibilidad financiera, esfuerzos complementarios para integrar el conjunto de los recursos sanitarios de Canarias, públicos y privados, en un contexto de cooperación y eficiencia.

El CES sugiere se exploren fórmulas para que, en el contexto descrito, se aumente la colaboración entre sanidad pública y privada. De tal forma que se mejore la intervención, del conjunto del sistema, en la resolución de los problemas que afectan a la salud pública y en la atención a las urgencias mejorando las actuaciones orientadas al diagnóstico de la enfermedad.

La complementariedad de la asistencia privada con la red pública habrá de sostenerse a partir de la constata-

ción del cumplimiento de criterios de calidad, sujetos a evaluación permanente, y la obtención de unos estándares que la haga equiparable con la red pública sanitaria.

El CES de Canarias considera necesario la creación de la Red de Centros Concertados, al igual que existe la de Centros Públicos, de tal forma que se contemple, con independencia de su titularidad pública o privada, el conjunto de establecimientos que prestan estas actividades y a los efectos del cumplimiento de los objetivos generales de la política sanitaria y del Plan de Salud.

El establecimiento de un precio único para la provisión de los servicios concertados implicaría establecer el principio de competencia entre los centros a través de los flujos de servicio cuya intensidad depende de la calidad.

La utilización extensiva e intensiva de la totalidad de los recursos es una condición indispensable para la utilización de la red pública y privada. Esta optimización debe favorecerse estableciendo incentivos y removiendo obstáculos para que los recursos humanos puedan utilizarse en los centros en los que la planificación estime necesario para el cumplimiento de los objetivos.

9. A propósito del tratamiento de las listas de espera en nuestra Comunidad Autónoma, problemática que afecta, por otro lado, al conjunto de países con estructura sanitaria desarrollada, el Consejo Económico y Social considera necesario establecer una estrategia centrada no sólo en las medidas que se adopten para su reducción, de todo punto indispensable, para lo que habrán de hacerse los esfuerzos necesarios incrementando la mejora en la gestión y la productividad de la red pública, sino que además deben analizarse las razones de tal incremento en las listas de espera, evaluándose desde el punto de vista clínico y sanitario. Además, tanto el tiempo de permanencia en las mismas y el acceso a los tratamientos por parte de los usuarios habrá de determinarse conforme a procedimientos objetivados y con absoluta transparencia para usuarios y profesionales. Esta estrategia centrada en el análisis que se propone habrá de poder ser evaluada permanentemente.
10. En opinión del Consejo, entre los aspectos que hay que mejorar en el proyecto de *Plan de Salud 2003-2007*, está, por un lado, la introducción de mecanismos y herramientas de evaluación, que habrá de ser permanente, de tal forma que permita su corrección o adaptación. Igualmente, se recomienda crear dispositivos que mejoren la información sobre aspectos relacionados con la salud.
11. Canarias no es ajena a la creciente preocupación que se manifiesta en torno al gasto farmacéutico por las autoridades sanitarias del conjunto del Estado y de toda Europa, principalmente por sus efectos sobre la sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

En este sentido son numerosas las iniciativas que se han venido adoptando en la búsqueda de modificar esta tendencia del incremento del gasto farmacéutico. En opinión del Consejo es necesario averiguar cual es la incidencia del gasto farmacéutico hospitalario en este capítulo. En cualquier caso, la mejora de la gestión y la introducción del mecanismo que facilite racionalizar, aquí también, el gasto farmacéutico es indispensable.

Desde esta perspectiva, el Consejo Económico y Social considera que la actividad farmacéutica habrá de integrarse, desde la perspectiva de un sistema sanitario coherente, en un modelo más amplio orientado a garantizar los objetivos relacionados con la protección de la salud y, consecuentemente, con la programación y planificación sectorial en la materia. De manera particular, debe garantizar a los ciudadanos el acceso racional y eficaz a los productos sanitarios y medicamentos en la medida en que debe hablarse de la prestación de un servicio de interés público, incluido e integrado en el conjunto de lo que debe prestarse en todos los niveles del sistema sanitario. El uso racional del medicamento exige se adopten acciones específicas a alguna de las cuales se ha aludido en las observaciones del presente dictamen.

12. Al CES se le privó, injustificadamente, de la posibilidad de emitir su dictamen preceptivo sobre el anterior *Plan de Salud de Canarias* para el período de programación 1997-2001, al haberse omitido por el Gobierno dicha petición.

Entre las observaciones incluidas en el presente dictamen hemos hecho referencia al escaso nivel de participación, en los procesos previos de elaboración de los documentos de trabajo, que han tenido organizaciones representativas de intereses en esta materia, circunstancia que conviene resaltar.

Las tensiones habituales en todo sistema sanitario, de financiación pública y cobertura universal, en un contexto de demanda creciente y de ajuste necesario en la financiación disponible, exige un esfuerzo complementario por parte del Gobierno y la Administración Sanitaria para, en términos del propio proyecto de *Plan de Salud 2003-2007*, "... transformar la confrontación en convergencia de objetivos para la mejora de la salud de la población ...".

Una última consideración hace el Consejo para que se refuerce, en relación a todo el proceso de puesta en marcha del Plan, la participación y cooperación de agentes y sectores implicados a través de los mecanismos previstos al efecto en nuestra legislación sectorial, y a la conveniencia de atender al conjunto de observaciones que se incluyen en el presente dictamen.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 14 de octubre de 2003.

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO
Fdo.: José Luis Rivero Ceballos

EL SECRETARIO GENERAL DEL CONSEJO
Fdo.: Carlos J. Valcárcel Rodríguez