

### III. Otras Resoluciones

#### Consejería de Sanidad

**3504** *DECRETO 132/2016, de 26 de septiembre, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias 2016-2017.*

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la obligación de las Comunidades Autónomas de aprobar planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en el marco de los criterios generales de coordinación general sanitaria aprobados por el Estado.

Nuestra Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, define el Plan de Salud como “instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación”.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 se basa en los valores y principios de universalidad, equidad y solidaridad, valores y principios que han de ser desarrollados con transparencia, responsabilidad, eficiencia, calidad y seguridad, garantizando la participación de profesionales y ciudadanía y la respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

En la elaboración de este plan se ha contado con la participación de otras administraciones, de los profesionales y de los ciudadanos desarrollada, a través de múltiples foros de formación y de debate.

Este Plan de Salud no es un mero plan de asistencia sanitaria. La promoción de la salud pasa por el desarrollo de la estrategia de Salud en Todas las Políticas, de forma que, toda la estructura del Gobierno ha de estar implicada y comprometida en la promoción y la protección de la salud y en influir de forma positiva sobre los verdaderos determinantes de la salud. Es necesario desarrollar políticas transversales en promoción de la salud, con la colaboración de otras instituciones, como los cabildos y las corporaciones locales, así como de otros ámbitos, como el educativo, universitario, social y alimentario.

Asimismo, aborda importantes problemas que la sociedad tiene planteados en este momento como son el envejecimiento de la población y, como consecuencia, el predominio de las enfermedades crónicas, así como de las desigualdades sociales y de género que la crisis económica ha acrecentado. El impulso estratégico para desarrollar políticas sanitarias que corrijan las diferencias en salud que estas desigualdades ocasionan es una necesidad para garantizar la equidad. Es un hecho que las políticas correctoras de estas desigualdades trascienden al propio Plan de Salud, por lo que su implementación requiere la implicación de todo el Gobierno.

El Gobierno, con fecha 14 de marzo de 2016, aprobó el plan presupuestario a medio plazo de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Escenarios Presupuestarios plurianuales

para el período 2017-2019, siendo entonces dichos escenarios el marco de desarrollo de las previsiones contenidas en el presente Plan de Salud 2016-2017.

En la elaboración de este Plan de Salud se ha observado lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, por lo que una vez que el Parlamento de Canarias se ha pronunciado sobre su contenido, procede su aprobación conforme dispone el apartado 4 del referido artículo.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Gobierno en su sesión celebrada el día 26 de septiembre de 2016,

**DISPONGO:**

Aprobar el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, en los términos del anexo.

Dado en Las Palmas de Gran Canaria, a 26 de septiembre de 2016.

EL PRESIDENTE  
DEL GOBIERNO,  
Fernando Clavijo Batlle.

EL CONSEJERO  
DE SANIDAD,  
Jesús Morera Molina.



PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

# PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017

Plan de Salud de Canarias,  
*entre la crisis y la transformación necesaria,  
para la innovación en la gestión  
de la salud y de los servicios*

## **1. INTRODUCCIÓN AL PLAN DE SALUD**

### 1.1. Evolución de los últimos cinco años en materia sanitaria

#### 1.1.1. El Plan de Salud de Canarias 2004-2008

#### 1.1.2. Avances conseguidos

### 1.2. Planteamiento actualizado

#### 1.2.1.- Determinantes de la salud

#### 1.2.2.- Condiciones de salud

#### 1.2.3.- Sistema de salud, financiación, gestión y estructura

#### 1.2.4. Sistema de salud, desempeño de servicios

### 1.3. Situación financiera actual

## **2. VALORES QUE SUSTENTAN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

## **3. CONTINUIDAD Y CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

## **4. DETERMINACIONES DEL PLAN DE SALUD**

## **5. AMBITOS DE INTERVENCIÓN, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, ÁREAS DE IMPACTO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS**

### 5.1. Ámbito de Intervención I: influir sobre los determinantes de la salud

### 5.2. Ámbito de Intervención II: Potenciar el sistema canario de la salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios

### 5.3. Ámbito de Intervención III:- Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales

## **6.- ÁREAS DE COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNOS DE CANARIAS**

## **7. METODOLOGÍA DE TRABAJO**

### 7.1 Ejecución del Plan

### 7.2. Seguimiento del Plan de Salud

### 7.3. Indicadores de seguimiento

### 7.4. Repercusión del Plan

## **8. MEMORIA ECONÓMICA**

### 8.1.- El marco presupuestario del Plan

8.2. Recursos personales, materiales y económicos empleados para acometer los objetivos que se fijan en el Plan

8.3. Justificación de las economías del Plan de Salud

8.4.- El calendario general de actuación del Plan

## **9. RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE SALUD**

### **10. ANEXOS**

#### **ANEXO I.- INDICADORES DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

#### **ANEXO II.- MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

II.1.- Enfermedad Cardiovascular

II.2.- Diabetes Mellitus

II.3.- Salud Mental

II.4.- Cáncer

II.5.- Calidad y seguridad del paciente

II.6.- Uso racional de medicamentos

#### **ANEXO III.- DESCRIPCIÓN DE DETERMINADAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

ANEXO III.1. La gestión participativa

ANEXO III.2. Unidades de Gestión Clínica

#### **ANEXO IV.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR ÁREAS DE IMPACTO Y DE COLABORACIÓN**

#### **ANEXO V.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y DEL SISTEMA SANITARIO DE CANARIAS**

#### **ANEXO VI.- EJEMPLO DE INDICADORES UTILIZADOS EN LOS PGC Y FICHA DE LOS UTILIZADOS EN EL PLAN DE SALUD**

#### **ANEXO VII EJEMPLO DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS POR PROBLEMAS EN LAS CONFERENCIAS INSULARES DE SALUD**

#### **ANEXO VIII.- TEMPORALIZACIÓN DE LINEAS DE ACTUACIÓN Y COLABORACIÓN PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017**

#### **ANEXO IX.- PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

#### **ANEXO X. BIBLIOGRAFÍA**

## PRESENTACIÓN

La buena salud es el mejor recurso del que pueden disponer los ciudadanos para conseguir el adecuado progreso personal, económico y social, y la buena salud de los ciudadanos es un requisito necesario para que la sociedad en su conjunto progrese.

Las condiciones sociales, económicas y políticas, así como el medio ambiente, los hábitos y las conductas, influyen, en uno u otro sentido y de forma determinante, en la salud y lo hacen de forma desigual si lo miramos desde las perspectivas de género y de clase social. En la situación de crisis económica que estamos viviendo desde hace algunos años, estos determinantes de la salud son aún más importantes y, por ello, dar un soporte adecuado que garantice la protección y la promoción de la salud de los ciudadanos influyendo sobre estos determinantes se hace más necesario que nunca.

Este *"Plan de Salud 2016-2017, entre la crisis y la transformación, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios"*, se desarrolla en coherencia con el marco estratégico *"Salud 2020"* de la OMS-Europa, el *"Plan de Calidad del Sistema Nacional 2010"*, y como continuidad de los anteriores planes de salud desarrollados en esta Comunidad Autónoma. Su diseño y elaboración se iniciaron con el anterior equipo directivo de la Consejería de Sanidad, cuyas bases asumimos por considerarlas adecuadas y necesarias para reiniciar cuanto antes en nuestra comunidad la dinámica de trabajo en torno a un Plan de Salud.

Es el instrumento estratégico del que dispone el Gobierno de Canarias para ejecutar las políticas sanitarias que garanticen la adecuada protección de la salud y la sostenibilidad del sistema en aras de conseguir los mejores objetivos de salud para los ciudadanos de Canarias. Pretende dar respuesta a las necesidades de planificación de las actividades que nos permiten influir sobre los determinantes de la salud y garantizar que el Sistema Sanitario en su conjunto cumpla con su cometido de promoción y de protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria, emprendiendo acciones priorizadas y necesarias y que éstas se realicen con eficiencia y con un balance coste efectivo favorable.

Los valores y los principios en los que se fundamenta son: la universalidad, la equidad y la solidaridad; y que ha de ser desarrollado mediante atributos que son específicos del buen gobierno: rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y garantía de respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

Se identifican 3 ámbitos de intervención que se desarrollan a través de 10 áreas de impacto y 31 líneas de actuación, y 1 Ámbito de colaboración desarrollado a través de 4 grandes áreas de colaboración y 14 líneas de colaboración no excluyentes.

La metodología de planificación que se establece es operativa. Se trazan las líneas y las prioridades en las que cada departamento o unidad de gestión, desde su conocimiento y su capacidad de gestión, han de incorporar las actividades específicas que permitan su cumplimiento. Con esta metodología se persigue uno de los objetivos claves del Plan de Salud que es garantizar la participación y la transparencia, tanto de los profesionales del Sistema como de los ciudadanos y de los grupos organizados a través de los canales de participación. La descentralización en el establecimiento de los objetivos y de las líneas de actuación, sin duda, permitirán un mejor entendimiento y un mayor compromiso en su ejecución.

**Jesús Morera Molina**  
Consejero de Sanidad  
Gobierno de Canarias

## PRESENTACIÓN

El Plan de Salud de Canarias es un instrumento de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, para afrontar el nuevo escenario global que ha introducido al Sistema Nacional de Salud en un proceso de importantes reformas.

En su elaboración han intervenido numerosos profesionales de distintos ámbitos a los que debemos agradecer su esfuerzo y transmisión de conocimientos.

El principio básico del Plan de Salud de Canarias es constituirse en un instrumento estratégico de planificación, coordinación y programación de las actuaciones del Sistema Canario de la Salud, haciendo evolucionar el desarrollo organizativo y de los servicios entre la continuidad y la necesidad de innovación para, así, reforzar el valor de la ganancia en resultados de salud y en eficiencia de los servicios sanitarios, estableciendo las prioridades de política sanitaria y los objetivos básicos de salud.

Para ello, se han identificado los ámbitos de intervención, áreas de impacto y líneas de actuación y de colaboración que constituirán la referencia para el desarrollo de los planes de salud de cada una de las Áreas de Salud, una vez aprobado este Plan de Salud de Canarias en las instancias correspondientes.

La metodología de planificación que se establece es operativa, no tratándose en ningún caso de un ejercicio académico destinado a llenar de volúmenes las bibliotecas especializadas con una incidencia escasa o nula en la toma de decisiones.

Es necesario tener en cuenta que, en este campo, confluyen y deben coexistir grupos humanos, instituciones y sus agentes con diferentes visiones e intereses, como políticos, técnicos, gestores y grupos sociales organizados.

Por tanto, se puede entender que el reto más importante de un Plan de Salud es lograr que las racionalidades y los grupos humanos mencionados confluyan armónicamente en dinámicas de entendimiento y cooperación.

La planificación es también una herramienta de la Administración para facilitar que los profesionales sanitarios realicen su trabajo en función de propósitos claros y explícitos, facilitando la colaboración interinstitucional y ciudadana en la mejora de la calidad y sostenibilidad del sistema sanitario público y por el desarrollo de la salud.

**Brígida Mendoza Betancor**  
Ex Consejera de Sanidad  
Gobierno de Canarias

## **1. INTRODUCCIÓN AL PLAN DE SALUD**

El Plan de Salud de Canarias es definido en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como "el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria de todos los sujetos públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados serán sometidos a evaluación".

Asimismo refiere:

"El Plan de Salud será elevado a la consideración del Gobierno de Canarias por el Consejero competente en materia de sanidad, para su traslado al Parlamento de Canarias a los efectos de su tramitación reglamentaria";

"En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta los planes de cada una de las Áreas de Salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y de las Zonas Básicas de Salud".

Este Plan de Salud de Canarias *para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*, prioriza la atención sobre determinadas acciones de organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como de salud y de sus determinantes.

### **1.1. Evolución de los últimos años en materia sanitaria**

#### **1.1.1. El proyecto de Plan de Salud de Canarias 2004-2008 <sup>(1)</sup>**

La evaluación del proyecto de Plan de Salud de Canarias 2004-2008 muestra que, de las acciones propuestas, el 80% se cumplieron total o parcialmente. Estos datos son muy similares a los obtenidos en la evaluación del I Plan de Salud de Canarias 1997-2001 en el que el 79% de las acciones se cumplieron en mayor o menor grado, mientras que un 6% o no se habían podido evaluar o no se podían cumplir. El mayor nivel de cumplimiento correspondió a las áreas de cáncer (94.7%), cardiopatía isquémica (92.3%) y diabetes (90.5%).

Se pudo observar un mayor grado de cumplimiento, cuando las acciones eran incluidas en los Programas de gestión convenida (PGC) de las Instituciones Sanitarias del Servicio Canario de la Salud (SCS).

(1) desarrollado e implementado pero que no llegó a ser aprobado por el Parlamento de Canarias

### 1.1.2. Avances conseguidos

A partir de 2009, se ha podido mantener la actividad sanitaria en unos aceptables parámetros de calidad, evaluable por indicadores, pese a la acusada crisis económica desatada en el Estado, en el marco de la crisis europea, y del déficit de financiación sanitaria que desde 2002 mantiene el Gobierno de España con Canarias, lo que ha dado lugar desde 2010 a una disminución, en términos absolutos, del gasto sanitario público de nuestra Comunidad Autónoma. No obstante lo anterior:

- El Servicio Canario de la Salud ha contribuido a mantener entre los canarios el prestigio y la aceptación de los servicios sanitarios públicos, a un coste razonable, en relación al gasto sanitario público de los países de la Unión Europea, habiéndose garantizado, en condiciones de equidad, el acceso a unas prestaciones asistenciales de calidad, con financiación pública y gratuita.
- Se dispone de una moderna infraestructura sanitaria propia del SCS, integrada por 9 Hospitales (4 de ellos Universitarios), 14 Centros de Atención Especializada (CAE), 2 Unidades de Rehabilitación Activa (URA), 2 Hospitales de Día Infanto – Juvenil, 263 Centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Consultorios Locales), 28 Unidades de Salud Mental Comunitarias y 74 dispositivos de Urgencia de Atención Primaria (Servicios Normales y Especiales de Urgencia y Puntos de Atención Continuada).
- En este período, a partir de 2008, se producen avances significativos en la informatización de los servicios sanitarios y en la interoperatividad Atención Primaria-Atención Especializada; se implantó la Historia Clínica y la Receta Electrónica Continua en todas las islas; se realizaron más de 20 proyectos de infraestructuras por valor de más de 30 millones de euros, en obras terminadas y en ejecución; se integró el Hospital Universitario de Canarias en el Servicio Canario de la Salud; entró en funcionamiento, en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, un nuevo servicio de urgencias, con 20 boxes; y en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria se han inaugurado nuevas estructuras en las que destaca un nuevo Bloque Quirúrgico, con 8 quirófanos. Asimismo, los laboratorios de salud pública de las Áreas de Salud, han ido acreditando sus técnicas con la norma ISO 17025 por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

En coherencia con el Plan de Infraestructuras 2005-2010 y con posterioridad en función de la disponibilidad presupuestaria, se han realizado más de 30 actuaciones en centros hospitalarios (Complejos Hospitalarios Universitarios de Nuestra Sra. de Candelaria, Universitario de Canarias, Dr. Negrín y Materno Insular, Hospital General de Fuerteventura, Hospital General de La Palma, Complejos Hospitalarios y Sociosanitarios del Norte y Sur de Tenerife, adaptación de la Planta 9ª del antiguo Hospital del Pino para una USM; centros de salud, consultorios locales y servicios de urgencias (en Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote y Tenerife) y centros de atención a las especialidades (Gran Canaria y Tenerife).

- Para evitar aplicar soluciones que hubieran supuesto una merma en la calidad de las prestaciones, se adoptaron medidas orientadas a mejorar la eficiencia y el control del gasto, sin menoscabo de la equidad en el acceso, el trato y los resultados. El SCS no ha cerrado centros asistenciales, ni de Atención Primaria ni hospitalarios, al contrario de lo sucedido en otras comunidades autónomas, introduciendo mejoras de la eficiencia como las siguientes: aumento de la facturación a terceros; centralización de la adquisición de medicamentos, materiales y productos sanitarios; puesta en marcha de medidas de ahorro en la actividad administrativa; formulación del Plan de Eficiencia Energética; ampliación de la jornada ordinaria del personal, igual a lo acontecido con el resto de empleados públicos.
- Se ha producido una mejora de la prescripción de los medicamentos, habiéndose alcanzando en el año 2013, el 92,30% del total de las recetas en prescripción de receta electrónica (Receta Electrónica Continua), el 70,41% % de prescripción por principio activo y el 45,18% de medicamentos genéricos. Con estas medidas, además de los cambios introducidos en el SNS con el incremento en la aportación de los usuarios, se ha generado una disminución en el consumo de medicamentos a través de oficinas de farmacia del 7,57% en recetas, 16,37% de gasto y del 9,51% en gasto medio por receta en el año 2013, respecto al 2011.

Estas mejoras en el uso y consumo racional de medicamentos en el Servicio Canario de la Salud constituyen el resultado de la aplicación de la estrategia del Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, con un importante esfuerzo de formación a todos los médicos de la Comunidad Autónoma; cursos "on line" a través de la plataforma Moodle; mejoras en los sistemas de ayuda a la prescripción eficiente con alertas de seguridad y de eficiencia. Otras medidas como las publicaciones periódicas que incorporan los precios menores y los más bajos de las agrupaciones publicados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; instalando en Drago-AP mejoras en el programa del paciente crónico polimedcado o incorporando en la receta electrónica productos de visado, estupefacientes, desplazados y acuerdos internacionales. Recientemente se ha iniciado el plan piloto de la receta electrónica en atención especializada.

- Además de todos los programas asistenciales que ya venían aplicándose en 2008, se ponen en marcha otros nuevos como el diagnóstico precoz de cardiopatía familiar con alto riesgo de muerte súbita; el programa de prevención de cáncer colorrectal dirigido a la población de edad comprendida entre 50 y 69 años. Asimismo se aprueba un incremento sustancial de las dietas que se le abonan a los pacientes desplazados.
- En este periodo se ha incrementado la plantilla orgánica de las Instituciones Sanitarias del SCS, conforme a las nuevas acciones que figuran en los correspondientes PGC, hasta situarla en 22.894 plazas en 2014.
- Se ha ampliado y potenciado la oferta de la ESSSCAN con las nuevas tecnologías que brindan nuevas posibilidades de tele-formación.
- Se ha reforzado las actividades de promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la detección precoz de las mismas. Atendiendo a los colectivos especialmente vulnerables, tanto en el ámbito de las drogodependencias, con la municipalización de la acción preventiva, como a través de las Aulas de Salud y las actividades de salud pública.

- El grado de satisfacción ciudadana en relación con la atención recibida, tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada (consultas externas, hospitalización y urgencias) a lo largo del periodo considerado, ha venido mejorando, manteniéndose en cifras superiores al 70%.
- Se han otorgado numerosas distinciones de reconocimiento científico y de calidad asistencial a distintos programas y servicios del Servicio Canario de la Salud.

## 1.2. Planteamiento actualizado<sup>1</sup>

### 1.2.1.- Determinantes de la salud

Canarias, con 2.098.649 habitantes a 1 de enero de 2015 y más de 12 millones de turistas anuales en el año 2013, ha mejorado sus condiciones de vida y salud durante los últimos años, hasta el inicio de la actual crisis económica. Estas circunstancias han producido una mejora del promedio en la esperanza de vida que se ha incrementado sustancialmente los grupos de población de edades más avanzadas.

Una tendencia demográfica marcada a destacar ha sido el progresivo envejecimiento de la población canaria, la rapidez con la que se ha llegado a tener tasas de baja fecundidad y la intensificación y diversificación de los flujos migratorios. De ser una población que se vio obligada a emigrar a principios de siglo pasado, se convirtió en una sociedad de inmigración neta aunque dicha tendencia se ha atemperado en los últimos seis años como consecuencia de la crisis económica con un 30,3% de desempleo y una tasa de riesgo de pobreza del 27,06% en 2014.

El envejecimiento progresivo de la población es el resultado de esta transición demográfica vivida en España y, en parte, en Canarias a lo largo del siglo XX, caracterizada por unas tasas de muy baja fecundidad y reducción de la mortalidad, debido a la mejora en las condiciones de vida, en la producción y la distribución de los bienes económicos básicos alimentación, vestido, viviendas, trabajo, entre otros, junto a la mejoras en la salubridad ambiental y las habilidades, culturalmente transmitidas, sobre la crianza de los hijos. De esta mejora se beneficiaron los niños, niñas y jóvenes, en primer lugar, grupo que ha reducido la mortalidad infantil hasta cifras nunca imaginables y con posterioridad, las personas adultas, que consiguieron doblar la duración media de la vida en un período de 60 años.

A su vez, el descenso de la carga de enfermedad sobre madres e hijos generó condiciones objetivas que permitieron un descenso de la fecundidad más destacable en Canarias, hasta el punto de reducir la fecundidad casi a la mitad en solamente medio siglo no garantizándose en estos momentos el reemplazo generacional.

No obstante, el impacto actual del ajuste estructural sobre el estado de bienestar y las condiciones de vida hacen prever un empeoramiento de los logros que se han conseguido

---

<sup>1</sup> Ver anexo V: "Indicadores de evaluación de la situación de salud y del Sistema Sanitario de Canarias"

en estos últimos treinta años y que afectan especialmente a la población más pobre. Los factores de riesgo como el sobrepeso asociado a la baja actividad física, con particular incidencia en la infancia, la adolescencia y la mujer adulta, junto a los problemas de adicciones y de salud mental, asociadas generalmente a las condiciones de privación social, constituyen la prioridad y principal amenaza para la situación de salud de la población canaria.

Los niños, junto con los ancianos, son los grupos más vulnerables, y las consecuencias de las privaciones en la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida. Existen evidencias que permiten afirmar que el resultado de la mala salud de la población en el futuro podrá ser en parte el resultado de la privación social y de salud de la infancia de hoy, habiéndose comprobado la conexión causal bidireccional entre salud y educación, que es la más contundente de las dimensiones del estatus socioeconómico, a saber: educación, renta y ocupación. Si como efecto de la crisis se pierden escolares, y años de escolarización, se acabará pagando, a la larga, con salud. El cambio de pautas de alimentación, por ejemplo, es una de las consecuencias inmediatas de la crisis que puede llevar, paradójicamente, a la obesidad a las familias empobrecidas. Sin embargo, en 2011 el dato había descendido a 53,23, frente a los 60,50 años de la media española.

#### 1.2.2.- Condiciones de salud

La mejoría de las condiciones de vida y de la atención sanitaria en Canarias ha determinado la mejoría en la percepción de la salud. Por ejemplo, la esperanza de vida en buena salud al nacer (EVBS), en el período comprendido entre 2002 y 2009, ha pasado de 47,5 años a ser de 54,5 años, lo que supone un incremento de 7 años, que ha sido el mayor de todas las Comunidades Autónomas del Estado, que fue de 0,2 años al pasar de 55,1 años a 55,3 años en el mismo período.

Con un perfil epidemiológico semejante al de los países de la OCDE, las tasas de mortalidad evitable en Canarias han venido descendiendo ininterrumpidamente, y de manera significativa, por la reducción en aquellas causas asociadas al correcto funcionamiento de los servicios sanitarios (Causas ISAS).

La prevalencia de enfermedades crónicas y sobre todo la hipertensión arterial, la diabetes la enfermedad cardiovascular y los trastornos mentales siguen incrementándose con riesgos relativos elevados, especialmente donde las familias tienen peores condiciones de vida.

Los más importantes factores de riesgo como son el sedentarismo/actividad física, el sobrepeso y la obesidad y la salud mental siguen constituyéndose como prioridades en la acción por la salud pública al ser los que más inciden sobre las tasas de morbimortalidad de la población de Canarias. La prevalencia de consumo de tabaco en las islas está por debajo de la media nacional y en Canarias su incidencia en escolares es prácticamente igual en varones que en mujeres. Si bien las enfermedades relacionadas con el consumo del alcohol han disminuido, se aprecia que no aumentan los consumidores habituales pero sí lo que se considera de "atracción", sobre todo en menores. El consumo sumado de ansiolíticos e hipnóticos se manifiesta como la tercera sustancia más consumida, en la última encuesta EDADES del Plan Nacional sobre drogas, después del alcohol y el tabaco, sobre todo en mujeres de 45 a 55 años.

#### 1.2.3.- Sistema de salud, financiación, gestión y estructura

Con respecto a la salud del sistema, existe un amplio consenso respecto al hecho de que Canarias tiene un buen sistema sanitario. No obstante, es necesaria una reorientación del modelo asistencial, que el Plan de Salud, por su componente más estratégico, plantea.

Con respecto a Europa, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, y el de Canarias en particular, ofrece una proporción más elevada de producción pública y de calidad de servicios sanitarios y con una financiación menor. No obstante, con el sistema de financiación vigente para el Sistema Nacional de Salud, Canarias ha venido soportando unos niveles de financiación, en términos per cápita, de los más bajos del conjunto de comunidades autónomas y, por consiguiente, de la mayoría de los países de la Europa de los 28.

A pesar del déficit de financiación generado por los sucesivos sistemas de financiación de comunidades autónomas, que ascendía a 2.060 millones de euros para el período 2002-2011, más 100,7 millones del Fondo de Cohesión Sanitaria 2002-2012, la aportación propia del Gobierno de Canarias logró mantener un gasto sanitario público consolidado per cápita en el entorno de la media del Estado, hasta 2012.

A partir de 2010, motivado por la crisis económica como en el resto del Estado, Canarias ha tratado de mantener unos presupuestos en sanidad acordes con las necesidades en un escenario de enorme dificultad. Desde ese año, el gasto sanitario público por población protegida y per cápita, presenta una tendencia descendente pasando, desde los 1.494 euros del año 2009 a 1.344 en el 2013 (-10,02%), mientras que el descenso en la media de las comunidades autónomas de España pasa de 1.447 a 1.296 euros (-10,43%), respectivamente.

No obstante, en términos relativos, y a pesar de presentar un PIB per cápita inferior al del Estado, Canarias ha dedicado un porcentaje del PIB per cápita en salud superior al promedio de España; 6.3 en el año 2012 frente al 5.8% respectivamente. Además, y como expresión de la prioridad que la Comunidad Autónoma otorga a la sanidad, el presupuesto dedicado al gasto sanitario en 2016, de 2.639.546.033 €, que se incrementa en el 0,96 % respecto al 2015 y alcanza el 42,05% del presupuesto total del Gobierno, que es el porcentaje más alto dedicado a sanidad, en la historia de la Autonomía.

#### 1.2.4. Sistema de salud, desempeño de servicios

La actual situación de crisis económica, con el consiguiente deterioro en las condiciones de vida de la población y en el acceso al Sistema Sanitario, podría afectar a la solidaridad y a la equidad del sistema, introduciendo factores de incertidumbre y de riesgo sobre la accesibilidad, la cobertura asistencial y la evolución de los principales indicadores de la salud y de la calidad y seguridad de las prestaciones. Se valora como un efecto negativo para el sistema público de salud que conocemos, el proceso iniciado con la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto afecta a tres pilares básicos: el derecho a la atención sanitaria para todos (universalidad), la equidad en el acceso a la misma y el carácter gratuito, solidario y redistributivo de la Sanidad Pública.

Pero también la crisis puede ser un buen momento en el sistema público de salud, para pensar en ganar efectividad, integrando y fusionando servicios así como mejorando la

coordinación con otras administraciones y servicios sociales y socio-sanitarios para ganar en efectividad y eficiencia, sin recortar más. Estas premisas tienen que ser punto de partida para la definición de políticas de salud en estos momentos.

Asimismo, es imprescindible trascender el debate de la financiación sanitaria centrado en el gasto, para orientarlo al de la eficiencia del sistema sanitario y recuperar el foco sobre la salud y el bienestar poblacional; en la contribución económica del sector, en el sentido más amplio, en su generación de productividad, competitividad y riqueza tal y como establece la "*Carta de Tallin*".

Por último, se considera que el resultado principal del Plan de Salud no es sólo la elaboración de un informe que recoja las actuaciones para la mejora de la salud de la población y del sistema sanitario, sino también el contribuir a que se constituya en un proceso "vivo" de interacción, de investigación-acción permanente y de poder de decisión a lo largo de su período de vigencia.

### 1.3. Situación financiera actual

El problema de la sostenibilidad, entendido como la capacidad de legar un sistema a la siguiente generación igual o mejor que lo recibimos, es un reto del Sistema Sanitario Público de España desde hace muchos años.

El escenario actual es completamente diferente en cuanto a que el Sistema Nacional de Salud está afrontando un periodo de importantes restricciones presupuestarias. Desde algunos foros se cuestiona si es realmente sostenible el Sistema Nacional de Salud en las actuales condiciones de universalidad, amplitud de cartera de servicios, gratuidad, accesibilidad geográfica y temporal, y de calidad asistencial. La respuesta es afirmativa, pero condicionada a hacer algunas cosas y dejar de hacer otras. El Plan de Salud pretende contribuir a orientar este proceso priorizando determinadas líneas de actuación.

La fuerte recesión habida en España, al igual que en otros países de nuestro entorno, ha afectado seriamente a la financiación de los servicios públicos y, por tanto, al Sistema Nacional de Salud. No obstante, existe el convencimiento de la necesidad de aplicar políticas racionales, crear mejores instituciones y recuperar el crecimiento, para que seamos capaces de cumplir con nuestras obligaciones respecto del pago de la deuda de la zona euro.

Por otro lado, la pérdida de financiación para con Canarias, con el sistema de financiación vigente está estimada aproximadamente en más de 700 millones de euros anuales. Solamente en Sanidad, el déficit de financiación del Estado a Canarias desde el año 2002 al 2012, ascendió a más de 2.000 millones de euros.

La acción del Gobierno de España con el desarrollo del Real Decreto 16/2012, ha dado lugar a un retroceso desde la universalidad característica del modelo de Sistema Nacional de Salud, en que el acceso a los servicios sanitarios asistenciales estaba garantizado a toda la población residente sin excepciones, según su necesidad, a un sistema de aseguramiento que hace depender el derecho a la asistencia sanitaria al vínculo que se tenga con la seguridad social, por lo que sólo las personas aseguradas y sus beneficiarios tendrán garantizado el acceso gratuito a las prestaciones sanitarias básicas. Esta, junto

a otras medidas de ajuste que afectan a determinadas prestaciones del Estado de Bienestar, merman la capacidad redistributiva de recursos que tienen las políticas públicas en sanidad, educación, vivienda, dependencia y protección social, necesarias para garantizar la cohesión social y, por ende, la salud individual y colectiva de la población.

Hay alternativas más eficaces y más justas que permitirían aprovechar la crisis para consolidar y mejorar el Sistema Nacional de Salud sin castigar a las clases medias más desfavorecidas y a las personas que más necesitan la atención sanitaria; además, favorecerían la recuperación económica y la creación de empleo. La Declaración de la Conferencia de Presidentes (2/10/12) recoge algunos compromisos en esta dirección, como son: la puesta en marcha de medidas para favorecer el crecimiento y el empleo, hacer más eficiente y equitativo el sistema fiscal, y mejorar la inversión en I+D+i.

## **2. VALORES QUE SUSTENTAN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

---

El Servicio Canario de la Salud, sobre la base de los logros obtenidos y con el fin de hacer frente a los retos planteados, basa sus acciones en los siguientes valores:

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

Los mayores cambios que hayan de producirse en los próximos años han de perseguir: impactar sobre los determinantes de la salud, reorientar el Sistema hacia modelos más integrados de prestación, definir los estímulos para potenciar la continuidad de cuidados, mejorar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y, asegurar los mecanismos necesarios para garantizar la participación de los profesionales y de la ciudadanía en el funcionamiento del sistema.

## **3. CONTINUIDAD Y CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

---

El Plan de Salud de Canarias pretende generar una primera línea de continuidad, basada en los avances alcanzados por el Servicio Canario de la Salud. La otra, a medio plazo, iniciando estrategias innovadoras en el proceso de planificación de gestión de algunas áreas de actividad, haciendo compatible la necesaria modernización con el mantenimiento de los programas y las estrategias que, una vez evaluados, proporcionen resultados positivos a la salud de la población canaria y a la organización del sistema sanitario.

Además, el cambio que se propone en la cultura organizativa del sistema público de salud, está refrendada en los principios y las líneas propuestas por el Programa Estratégico de Modernización de la Administración de la Comunidad Autónoma y la Ley 5/2010 de 21 de junio, Canaria de Fomento a la Participación Ciudadana.

Esta doble línea de actuación de complementariedad entre lo nuevo y lo existente, permitirá adaptar el Servicio Canario de la Salud, de forma progresiva, a los cambios epidemiológicos esperables (envejecimiento y cronicidad) y al actual escenario económico de austeridad. Se hace necesario identificar las innovaciones que permitan ser aún más eficientes al tiempo que mejorar la salud de la población. También es preciso adoptar medidas orientadas a la mejora, la preservación y la legitimación de los valores esenciales del Sistema Canario de la Salud aumentando la capacidad política, técnica y social para defenderlo de la enorme amenaza que significa la actual crisis económica.

Pero, sin una gestión participativa, inteligente y bien coordinada, este proceso de cambio no se acabará de implementar, o de realizarse convenientemente. Llegado a este punto, el "cómo hacer", o de las herramientas y tecnologías organizativas y de gestión a implementar, son claves. El refuerzo de la *gestión participativa* (Anexo II.2 y II.3) se constituye como una herramienta fundamental para el desarrollo de la motivación entre los profesionales: no se avanzará en la reasignación de recursos ni en su necesaria cooperación si no se consigue despertar la motivación por el trabajo bien hecho (intrínseca) y por ayudar a los demás (trascendente).

Algunos cambios indicados en este Plan de Salud son complejos requieren tiempo y precisan de una lógica de implementación prudente, progresiva y, sobre todo, evaluada. Se pretende que el proceso de gestión del Plan de Salud se constituya en un proceso vivo, contando con una monitorización que permita su evaluación y revisión continua.

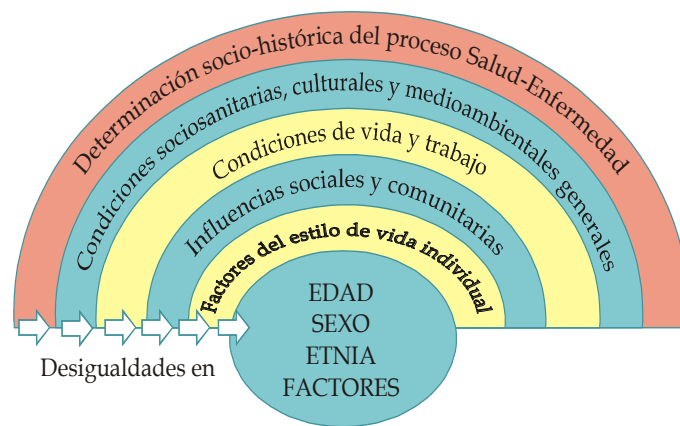
Sobre la base de los valores y de la misión del Servicio Canario de la Salud, del modelo referido y de las aportaciones de los grupos de expertos en este proceso de planificación, las principales líneas de avance que se establecen son las siguientes:

- Influir sobre los determinantes de la salud.
- Promover cambios en el modelo asistencial, reorganizando los servicios de salud centrándolo en los y las pacientes y en la integración de servicios (actuaciones sobre la oferta).
- Impulsar una mayor participación y responsabilización ciudadana mediante la educación y la promoción de la autogestión de pacientes/usuarios y usuarias (actuaciones sobre la demanda).
- Promover la igualdad y el respeto a la diversidad, así como una atención sanitaria que contemple las diferencias entre mujeres y hombres y la incidencia de las variables socio-económicas en los procesos de salud-enfermedad como en la atención y el acceso a los servicios sanitarios.
- Fortalecer los procesos de gestión clínica y participativa; la participación comunitaria y el papel de los Consejos de Salud, apostando por la transparencia en la gestión.
- Promover la abogacía para la "Salud en Todas las Políticas"
- Desarrollo de evaluaciones de Impacto en Salud (EIS) para influir sobre políticas intersectoriales.

#### 4. DETERMINACIONES DEL PLAN DE SALUD

La identificación de las grandes líneas de avance se recogen mediante una matriz que se construyó sobre el Modelo de los Determinantes de Salud de Dahlgreen y Whitehead modificado, (Gráfico 1), lo cual permitió relacionar las intervenciones poblacionales de salud pública con aquellas dirigidas a la reorganización de la práctica asistencial dirigida a las personas.

**Gráfico 1: Modelo de los determinantes de Salud Dahlgreen y Whitehead modificado**



Fuente: Dahlgreen y Whitehead. Modelo de los determinantes de Salud. 1991

En el proceso de priorización, el Plan de Salud sugiere intervenir en tres grandes ámbitos de intervención y uno de colaboración, que se desarrollan en 10 áreas de impacto y 4 de colaboración respectivamente. Las áreas de impacto son identificadas como aquellas en las que han de focalizarse las líneas de actuación que se concretarán luego en los planes estratégicos y programas anuales de gestión convenida de las correspondientes gerencias de servicios y estructuras de organización y dirección del Servicio Canario de la Salud, en su caso y a desarrollar como compromisos de acción y ejecutar por los centros y servicios dependientes del mismo.

Por otro lado, las áreas de colaboración con otras instituciones, organizaciones y departamentos del Gobierno de Canarias o del Estado, constituyen áreas operativas para concentrar la cooperación intersectorial e interinstitucional de la Consejería de Sanidad, en los ámbitos comunes de implicación en el desarrollo de la salud de la población canaria y de la participación en la gestión de los servicios sanitarios según establece la normativa vigente.

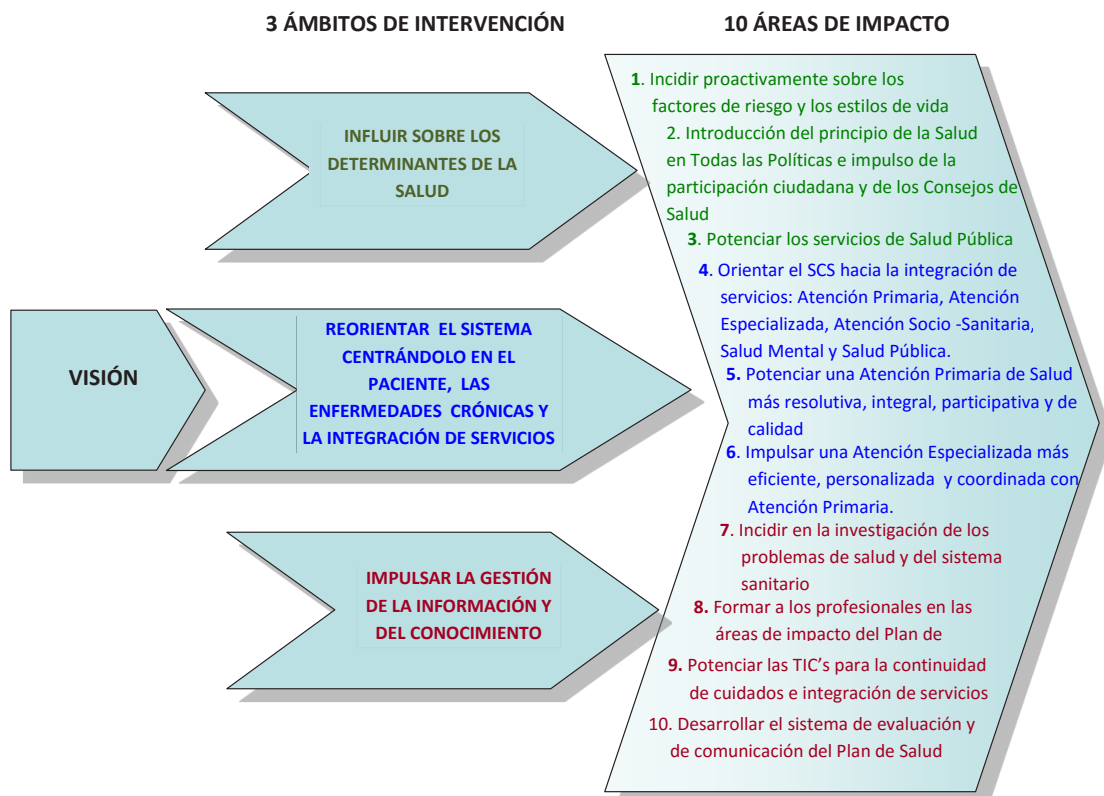
Esta priorización es recogida en las determinaciones del Plan de Salud en dos niveles de alcance: las Normas de Aplicación Directa (NAD) cuya aplicación debe ser inmediata y prioritaria y las Normas Directivas (ND) cuya implementación se establecerá en un plazo determinado a criterio de cada estructura o unidad. Ambas se consideran vinculantes.

Los criterios que se siguieron para determinar las áreas de impacto y las áreas de colaboración en cada uno de los ámbitos de intervención y en el de colaboración fueron las siguientes:

- Propuestas realizadas por 116 profesionales expertos en el proceso de planificación de aquellas áreas que, a su criterio, tendrían el mayor efecto positivo sobre la salud el bienestar de la población.
- La evidencia científica que las apoya.
- La urgencia de iniciar cambios en esa área.
- La posibilidad de ponerlas en marcha con los conocimientos y las tecnologías actuales.

Sobre la base de los criterios descritos, se establecen los siguientes ámbitos de intervención y áreas de impacto, como prioridades para el Plan de Salud de Canarias (Gráfico 2 y cuadro 1):

**Gráfico 2: La visión de futuro en el Plan de Salud de Canarias.  
Ámbitos de intervención y áreas de impacto**



## 5. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, ÁREAS DE IMPACTO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORIZADAS

**Cuadro 1. Relación de ámbitos de intervención y de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias**

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN	ÁREAS DE IMPACTO
I. Influir sobre los determinantes de la salud	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.</li><li>2. Introducción del principio de la "Salud en Todas las Políticas" e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.</li><li>3. Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del Sistema a las políticas de salud emergentes.</li></ol>
II. Potenciar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Desarrollar el Sistema Canario de la Salud orientándolo hacia la mejora en la integración de servicios, con un balance óptimo entre la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención Socio Sanitaria, la Salud Pública, la Salud Laboral y la Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes.</li><li>5. Potenciar una Atención Primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.</li><li>6. Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y la personalización, coordinada con la Atención Primaria.</li></ol>
III. Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del Sistema a las necesidades y demandas de la población y los profesionales	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Incidir en las Agendas de Investigación privilegiando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población y del Sistema Sanitario.</li><li>8. Incidir en las Agendas de Formación de los profesionales para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.</li><li>9. Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC's) que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.</li><li>10. Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la toma de decisiones y para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad.</li></ol>

## **5.1. Ámbito de intervención I: influir sobre los determinantes de la salud**

### **Objetivo estratégico**

Reducir el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de la Salud para prevenir la enfermedad, promocionar y proteger la salud.

### **Áreas de impacto y líneas de actuación**

#### **Área de impacto 1**

*Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida.*

Líneas de actuación:

- 1.1.- Potenciar programas de actuación para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable.

Aumentar la intensidad y la efectividad de los programas para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable, potenciando los ya existentes. En particular aquellas acciones dirigidas a niños y niñas con obesidad y con sobrepeso para reducir el consumo de bebidas carbonatadas azucaradas, de bollería, de lácteos azucarados y de dulces en general y promover el ejercicio físico. Se propone la utilización de los mecanismos de colaboración y difusión ya consolidados. (NAD)

- 1.2.- Promoción de la salud infanto-juvenil.

Se deben potenciar actividades de promoción de la salud dirigidas al ámbito infanto-juvenil: salud sexual y reproductiva, prevención del consumo de tabaco y del alcohol, y la violencia y sus determinantes. (NAD)

#### **Área de impacto 2**

*Introducción del principio de la "Salud en Todas las Políticas" e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud.*

Líneas de actuación:

- 2.1.- Favorecer la participación ciudadana y los Consejos de Salud.

Se deben fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Sistema Canario de la Salud, (Consejos de Salud, CIRPAC, Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones Asesoras como la Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer, entre otras) como espacios que favorecen el diálogo interinstitucional e intersectorial y el estímulo de las actividades de promoción de la salud. Deben ser entendidos asimismo como una estrategia y como una tecnología organizativa para la consulta, el seguimiento y la evaluación de la gestión de la prestación sanitaria y de la calidad asistencial, de los servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud. (NAD)

- 2.2.- Dar conocimientos de los objetivos de los Programas de gestión convenida a los Consejos de Salud.

Dar difusión de los objetivos de los Programas de gestión convenida en los Consejos de Salud. (ND)

### Área de impacto 3

*Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del Sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes.*

Líneas de actuación:

- 3.1.- Alinear los objetivos de salud pública con los objetivos establecidos en los Programas de gestión convenida.  
Alineación de los objetivos de salud pública en los Programas de gestión convenida. (NAD)
- 3.2.- Mejorar la coordinación entre la Dirección General de Salud Pública y los servicios de la red asistencial.  
Avanzar en una mayor coordinación de los programas de salud pública con la atención primaria y la atención especializada para, sin olvidar las funciones clásicas de cada uno, responder a los nuevos retos de la salud pública y a las atribuciones que los centros de prestación de servicios tienen en esta materia. (NAD)
- 3.3.- Establecer protocolos ante contingencias y alertas sanitarias.  
Establecer protocolos de actuación ante contingencias, alertas sanitarias, desastres y pandemias, en todos los centros y estructuras del Sistema Canario de Salud. (ND)

## **5.2. Ámbito de intervención II: Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios**

### Objetivo estratégico

Orientar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud, que trabaje en clave poblacional y compensando las inequidades del sistema teniendo en cuenta especialmente la dispersión territorial de la población.

### Áreas de impacto y líneas de actuación

#### Área de impacto 4

*Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial, buscando el balance óptimo entre la Atención Primaria, la Atención Especializada, la Atención Socio-Sanitaria, la Salud Pública, la Salud Laboral y la Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil, y realizando actuaciones en función de las desigualdades e inequidades de género y de condiciones socio económica.*

Líneas de actuación:

4.1.-Mejorar el Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas (MGEC) y de alta prevalencia.

Orientar el modelo de provisión de servicios para una gestión eficaz y eficiente de las enfermedades crónicas avanzando en un modelo de gestión centrado en los grupos de usuarios y usuarias de mayor complejidad, de forma específica a la población general y a los trabajadores de sectores de mayor riesgo, garantizando la continuidad de cuidados (Desarrollo de estrategias en Anexo II). (NAD)

4.2.- Orientar los PGC hacia la obtención de resultados/eficiencia, desarrollando equipos que promuevan la integración entre niveles asistenciales y la gestión participativa.

En coordinación con las gerencias de atención primaria, de atención especializada y de los servicios sanitarios, se deben orientar los Programas de gestión convenida hacia la obtención de resultados (efectividad/utilidad social) y hacia la eficiencia (acciones con evidencia científica que las soporten y sean coste efectivas). Se potenciará la gestión participativa, la creación de equipos multidisciplinares y el trabajo en equipo, adaptando los programas, protocolos, guías y vías de práctica clínica para promover una integración entre los diferentes niveles asistenciales, y los servicios de salud pública, utilizando como referencia las Estrategias del Sistema Nacional de Salud y aquellos planes y programas que considere necesarios el Servicio Canario de la Salud. (NAD)

4.3.- Optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios públicos.

Se deberá trabajar en la optimización, el incremento de la eficiencia, de la calidad y de la productividad de todos los recursos sanitarios públicos disponibles para una adecuada provisión de la asistencia sanitaria, incluyendo la red concertada.

Se han de utilizar herramientas como la metodología y la evidencia científicas, los análisis coste-efectividad, el uso de técnicas de gestión clínica, así como modelos de gestión basados en la calidad normalizada de tipo ISO, EFQM o similares. (NAD)

4.4.- Evaluar las guías de práctica clínica, los programas y los protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes.

Las estrategias para la prevención y el control de los problemas y de las enfermedades prevalentes serán elaborados por el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, en colaboración con las comisiones asesoras específicas y en consonancia con las Estrategias Nacionales del Sistema Nacional de Salud elaboradas desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estas estrategias (Cardiopatía Isquémica; Ictus; Cáncer; Diabetes; Salud Mental; Abordaje de la Cronicidad; Seguridad del Paciente; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Enfermedades Reumáticas y Musculo-esqueléticas; Enfermedades Raras y Cuidados Paliativos, Enfermedades Neurodegenerativas como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias) como los actuales programas y protocolos implantados desde el Servicio Canario de la Salud, entre ellos, el Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, serán sometidos a una evaluación de resultados e impacto general en el sistema, incluyendo la perspectiva de género y de desigualdades socio-económicas en sus múltiples manifestaciones". (ND)

- 4.5.- Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.

Desarrollar protocolos integrados en Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud a fin de dar una respuesta coordinada entre instituciones y entidades competentes a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, de las mentales y de las degenerativas. Contemplar las terapias no farmacológicas –TNF–, como alternativa de tratamiento especializado para la detección precoz y potenciadoras de la capacidad funcional, para mantener a los pacientes en su domicilio y entorno habitual, mejorando su calidad de vida. Defender la inclusión de tales TFN dentro de los servicios del Sistema para la autonomía y la Atención a la Dependencia en el territorio de la Comunidad Autónoma de Canarias (Cartera de Servicios) y de atención al final de la vida; se ha de fomentar la atención de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o en su entorno habitual con la mayor calidad de vida posible. (NAD)

- 4.6.- Profundizar en la gestión de la oferta asistencial.

La mejora del acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria constituye una de las preocupaciones centrales de éstos y un resultado esperado fundamental del desarrollo de las líneas de actuación de los ámbitos de intervención II y III priorizados en el Plan. Se contemplarán de modo singular acciones tales como el impulso de los comités técnicos quirúrgicos; el avanzar en criterios de priorización de acuerdo con la necesidad (gravedad, urgencia, social); actuar según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad), así como seguir elaborando guías de práctica clínica y el desarrollo de "Unidades de Gestión Clínica", entre otras. (NAD)

- 4.7.- Implantar modelos de estratificación de riesgo.

Debe ser una prioridad en análisis desagregado de la población, como herramienta necesaria para realizar una clasificación prospectiva poblacional y de pacientes, basada en la identificación de necesidades presentes y futuras de cuidados sanitarios, adecuándose a la de complejidad y comorbilidad de las personas, para asegurar una asistencia proactiva, eficiente y equitativa, de forma integrada entre niveles asistenciales y en planes de intervenciones poblacionales concretas, incluyendo la realización de educación sanitaria, tanto individual como grupal. (NAD)

- 4.8.- Desarrollo de un Plan Integral de Urgencias Sanitarias.

Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan Integral de Urgencias Sanitarias basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de los profesionales, de las sociedades científicas y de los usuarios, con el fin de conseguir una atención sanitaria de calidad y eficiente, incluido el ámbito domiciliario, y que dé respuesta a los avances terapéuticos, a la variación de la demanda en función del envejecimiento de la población y a las crisis sanitarias estacionales (olas de calor, gripe, etc.). (ND)

#### 4.9.- Desarrollo de un Plan de Salud Mental.

Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científica, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud. (NAD)

#### 4.10.- Fomentar la adherencia terapéutica.

Fomentar la adherencia terapéutica desarrollando acciones de formación a los profesionales y de información a pacientes impulsando el uso de las nuevas tecnologías. (ND)

#### 4.11.- Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes.

Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Atención Integral a la Diabetes basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes de acuerdo con lo establecido en el anexo II.2 de este Plan. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas, de usuarios y familiares de enfermos, y la Comisión Asesora sobre la Diabetes en Canarias. (NAD)

### **Área de impacto 5**

*Potenciar una Atención Primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad.*

Líneas de actuación:

#### 5.1.- Facilitar la accesibilidad de pacientes agudos.

Se deberá facilitar la accesibilidad de pacientes con enfermedad aguda a unos servicios más rápidos, resolutivos y de calidad sin perder el vínculo con los profesionales asignados durante este proceso asistencial, desarrollando circuitos de procesos de atención, avanzando en el trabajo en equipo y en la mejora de la autonomía de los y las profesionales sanitarios en el ámbito de su competencia. (ND)

#### 5.2.- Facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas y las prestaciones, y mejorar tiempos de respuesta en determinadas patologías.

Se desarrollarán medidas para conseguir un mayor acceso de los profesionales de Atención Primaria a tecnologías, medios diagnósticos y prestaciones para aumentar su capacidad resolutive así como para mejorar la accesibilidad y los tiempos de respuesta dirigidas a pacientes con determinadas patologías prevalentes. La ampliación de este acceso deberá estar sometida a evaluación. (NAD)

#### 5.3.- Evaluación periódica de la utilización de pruebas complementarias.

La utilización de pruebas complementarias de laboratorio y de diagnóstico por imagen, tanto desde la atención primaria como desde la atención especializada, será sometida a una evaluación permanente de calidad y pertinencia de la prescripción, para la optimización de su gestión con criterios de eficiencia, eficacia y coste-utilidad en la mejora de la calidad asistencial. (ND)

#### 5.4.- Potenciar la formación de pacientes.

Desarrollar actuaciones de educación para la formación de "pacientes activos" convirtiendo la gestión de la enfermedad por el paciente en una intervención clave (escuelas de pacientes), fomentando tanto la autorresponsabilidad individual y colectiva, en el proceso salud-enfermedad-cuidados, como en el uso responsable de los medicamentos y de los servicios de salud, pudiendo servirse para ello de las aulas de salud y de otros recursos o servicios disponibles que proporcionen actividades formativas. (ND)

### **Área de impacto 6**

*Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y la personalización en coordinación con la Atención Primaria.*

Líneas de actuación:

#### 6.1.- Facilitar la creación Unidades de Gestión Clínica.

Se debe facilitar la creación de "Unidades de Gestión Clínica", tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria. En ellas se sistematizan los cuidados y se resuelven, coordinadamente y en un corto plazo, las pruebas diagnósticas de los procesos más frecuentes, normalizando las intervenciones y garantizando la continuidad asistencial. Estas unidades suponen una fuerte apuesta por el cambio estructural necesario y por la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente.

El personal del SCS que forme parte de esta Unidad de Gestión Clínica, participará en la gestión de la misma, con el alcance y los límites de la normativa que se dicte en este ámbito. (NAD)

#### 6.2.- Uso adecuado, según protocolos, y eficiente de las tecnologías para resolución asistencial.

Se debe hacer un uso intensivo y eficiente de las tecnologías médicas y quirúrgicas que favorezcan la resolución rápida y eficiente de las enfermedades y que contribuyan a la disminución de las listas de espera, potenciando la ambulatorización de procesos. (ND)

#### 6.3.- Potenciar la figura del especialista consultor de referencia en Atención Primaria de la Salud.

Se debe potenciar la figura del especialista consultor (modalidad presencial y virtual) de referencia en las especialidades con *problemas de salud más prevalentes*, coordinados con la Atención Primaria, para garantizar una mejor continuidad asistencial y de cuidados (NAD).

#### 6.4.- Potenciar la función de la farmacia hospitalaria.

Se debe potenciar la función de la farmacia hospitalaria y de los profesionales de las mismas como especialistas en el medicamento facilitando su presencia en la toma de decisiones, en la selección, adquisición y custodia de medicamentos y productos sanitarios. (ND)

### **5.3. Ámbito de Intervención III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales**

#### **Objetivo estratégico**

Potenciar las herramientas para la gestión de la información y del conocimiento que incrementen la masa crítica profesional, investigadora y ciudadana. Ello contribuirá a generar las dinámicas de innovación y de cambio que el Sistema Canario de la Salud demanda para conseguir ser más eficiente, eficaz, equitativo, humano y sostenible.

#### **Áreas de impacto y líneas de actuación**

##### **Área de impacto 7**

*Incidir en las agendas de investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos a la comunidad. Todo ello en el marco de respeto a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, puesta de manifiesto en la Declaración de Helsinki (2013).*

Líneas de actuación:

- 7.1.- Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales.

Se deben priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales, priorizando los proyectos orientados a la lucha contra las enfermedades que mayor mortalidad y morbilidad causan hoy en la población del archipiélago. Se contemplará la investigación de las desigualdades por razón de sexo y situación socioeconómica, la demencia y el deterioro cognitivo leve así como el estudio de la carga ocupacional en la enfermedad común, en la búsqueda de nuevas evidencias que identifiquen las prácticas de excelencia y aquellas que den respuestas efectivas y, en su caso, que puedan ser integrados interinstitucional e intersectorialmente. (ND)

- 7.2.- Desarrollar el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria.

Elaborar un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria que recoja el pensamiento de los expertos con los que cuenta Canarias que dé respuesta a aspectos como la investigación traslacional de las enfermedades crónicas y los trastornos mentales prevalentes, la gestión de la investigación y su financiación. Debe permitir y fomentar el reconocimiento de la función de investigadora a los profesionales sanitarios de los centros y servicios de las Áreas de Salud. Será parte de este plan una colaboración activa entre las universidades públicas de Canarias y el Servicio Canario de la Salud, así como con otras entidades con competencias e intereses en investigación, identificando fortalezas, debilidades y líneas de actuación prioritarias buscando potencialidades entre organismos. (NAD)

**Área de Impacto 8**

*Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el impulso del desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.*

Líneas de actuación:

**8.1.- Desarrollo de un programa de formación permanente en función del Plan de Salud de Canarias.**

Se debe desarrollar una estrategia específica de formación permanente, para la capacitación de los profesionales del Sistema Canario de la Salud hacia la consecución de los objetivos y líneas de actuación que se establezcan en este Plan de Salud de Canarias.

Particularmente se ha de desarrollar la formación en habilidades de liderazgo y gestión participativa, tanto clínica como de gestión. Esta estrategia ha de contribuir a profesionalizar la gestión, a propiciar el desarrollo de la carrera profesional así como a favorecer el reconocimiento de los profesionales de la salud que desarrollen y aquellos que quieran desarrollar tareas directivas. La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias debe servir a esta línea de actuación. (NAD)

**8.2.- Formación en epidemiología aplicada a la planificación y la gestión.**

Todas las Áreas de Salud deben desarrollar planes de formación de los profesionales en epidemiología aplicada a la planificación y gestión del Sistema Canario de Salud, así como en Salud Pública en consonancia con los objetivos del Plan de Salud de Canarias. (ND)

**Área de Impacto 9**

*Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios*

Líneas de actuación:

**9.1.- Potenciar las TIC's en los procesos asistenciales.**

Se deben potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad y la trazabilidad de pacientes entre los diferentes centros y estructuras: Historia clínica electrónica, consulta telefónica, receta electrónica, tarjeta sanitaria electrónica, control remoto de pacientes con enfermedades crónicas, telecuidados y telemedicina en general. (NAD)

**9.2.- Asegurar que el sistema de información sanitario apoya la integración entre niveles.**

Se debe asegurar que los sistemas de información existentes y los nuevos a desarrollar, en consonancia con lo establecido en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, apoyen la integración entre niveles asistenciales y permitan alinear la nueva estrategia Plan Estratégico de Tecnologías y Sistemas de Información PETSÍ con las Áreas de Impacto del Plan. (ND)

### 9.3.- Culminar la incorporación de la Historia Clínica electrónica y compartida.

Se debe culminar la incorporación de la Historia Clínica Electrónica y *avanzar en la implantación de la historia clínica compartida entre los centros de atención primaria y atención especializada*, como herramienta que garantice la absoluta disponibilidad de la información clínico-administrativa en el momento de la atención a los usuarios. (NAD)

## Área de Impacto 10

Desarrollar el sistema de información, evaluación y comunicación del Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la de evaluación del Plan de Salud de Canarias y para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad.

Líneas de actuación:

### 10.1. Orientación del sistema de información en salud.

Se deberá orientar el sistema de información en salud hacia un modelo integrado, homogéneo y georreferenciado de Sistema de Soporte de Decisiones (SSD) del Servicio Canario de la Salud, en sus diferentes esferas territoriales (CCAA, Área de Salud y ZBS) que permita conocer la situación y características de sus infraestructuras y servicios, así como realizar el seguimiento de aquellos indicadores seleccionados para el proceso de toma de decisiones. (NAD)

### 10.2. Comunicación en Salud.

El Servicio Canario de la Salud desarrollará a través de las TICs una estrategia de comunicación en salud para la población general, usuaria, y de los propios profesionales, integrando la información relevante sobre el estado de salud y la gestión sanitaria, disponible en tiempo razonable, para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad pública. (NAD)

## **6.- ÁREAS DE COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO DE CANARIAS**

La presencia de factores de riesgo asociados a una gran parte de las enfermedades crónicas va en aumento en Canarias. Problemas como la elevada proporción de personas sedentarias; el incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad; el hábito de fumar y su reflejo en el incremento de las tasas de mortalidad por diabetes o por cáncer de pulmón en las mujeres son ejemplos de tendencias que suponen un enorme desafío para el desarrollo de la salud y para la gestión de los servicios sanitarios. Numerosos estudios indican que el 48% de las muertes son debidas al tabaco, el alcohol, la dieta inadecuada, la falta de ejercicio físico, los accidentes de tráfico y las prácticas de sexo sin protección.

De las causas de mortalidad evitable en Canarias, que supone el 24,4% de las personas fallecidas en el período 1981-2005, seis de cada diez se deben a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), entre las que destacan la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. El resto, cuatro de cada diez, son debidas a causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI), destacando el cáncer de tráquea, el de bronquios y el de pulmón, el resto de causas externas y los accidentes de tráfico. Estas causas IPSI dependen de factores relacionados con los cambios de hábitos y de la acción interinstitucional e intersectorial sobre los determinantes, tanto individuales como ambientales y sociales de la salud.

Por tanto, comprender las relaciones de causalidad entre el medio ambiente y la salud de las personas, y disponer de la información necesaria para reforzar la capacidad de las instituciones canarias para desarrollar una estrategia institucional y comunitaria bien coordinada y en el territorio, constituye una prioridad en el desarrollo de la salud, entendida como calidad de vida. Dicha estrategia, fundamentada en el principio de la "Salud en Todas las Políticas"<sup>2</sup>, deberá basarse en el aumento de la coordinación interinstitucional y en la acción intersectorial, en la utilización y el correcto desarrollo de los instrumentos jurídicos necesarios, en la evaluación continua de la situación así como en la mejora del nivel de conciencia de la población, en particular de los niños, tanto en la promoción de valores asociados al modo de vida como de la importancia de la protección y la conservación del medio ambiente para la protección y la promoción de la salud.

Entre los problemas de atención a las personas que demandaban una mayor proporción de objetivos muy o bastante relacionados con la acción interinstitucional e intersectorial, en el primer Plan de Salud de Canarias 1997-2001, estaban por orden de importancia los siguientes: Accidentes con el 72% (13 de 18 objetivos); alimentación y nutrición, 71% (5 de 7 objetivos); SIDA 60% (9 de 15 objetivos) y atención a las personas mayores 58% (15 de 26 objetivos). También la evaluación del Plan de Salud 2004-2008 puso de manifiesto la importancia de desarrollar en los futuros planes de salud, acuerdos de colaboración con otras instituciones y organizaciones, para hacer más efectivas las acciones interinstitucionales e intersectoriales en el desarrollo de la salud.

<sup>2</sup> La Declaración de Adelaida sobre la "Salud en Todas las Políticas" (2010) pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social.

La participación de la Consejería de Sanidad en otros planes como el Plan Canario para la Inclusión Social, el Plan Canario de Igualdad de Oportunidades, el Plan Canario para la Inmigración y el Plan Integral del Menor o la mayor integración de acciones del Servicio Canario de la Salud con el Plan Canario de Atención y Prevención a las Drogodependencias, son algunos ejemplos de participación en la acción interinstitucional. Existen otros ámbitos importantes para el desarrollo de la salud, como el de la Educación o el de la Estrategia para el Desarrollo Sostenible de Canarias, que se traduce mediante la Estrategia Canaria de Lucha contra el Cambio Climático y en el desarrollo local también a través de la Agenda Local 21.

### **Objetivo general del ámbito de colaboración**

Potenciar la colaboración con otras instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado, para la utilización y el desarrollo de los instrumentos jurídico-administrativos y político-sociales disponibles y necesarios para la acción participativa por el desarrollo de la salud y la calidad de vida de la población y en los ámbitos territoriales y competenciales correspondientes.

### **Objetivos específicos**

1. Área de colaboración socio-sanitaria: Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados.

### **Líneas de colaboración:**

- 1.1.- Colaborar con organismos e instituciones buscando la *complementariedad de las acciones* del Sistema Sanitario y con otros sistemas de competencia en materia de protección social, en particular de los cabildos y con los ayuntamientos, así como organizaciones no gubernamentales y otros centros concertados, que realicen actividades socio sanitarias en el ámbito local. (ND)
- 1.2.- Apoyo a la atención a la salud mental, para lo que se deberá potenciar la coordinación entre las distintas instituciones, las organizaciones de pacientes y de familiares, las estructuras y servicios de la Red de Salud Mental (unidades de internamiento breve, hospitales de día, pisos asistidos, unidades de salud mental comunitaria, etc.) para lo cual se debe aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). (NAD)
2. Área de colaboración en Educación: Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, en el ámbito central del Gobierno de Canarias, y con la comunidad educativa en los territorios insulares, municipales y de Zona Básica de Salud, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y de actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma.

**Líneas de colaboración:**

- 2.1. Colaborar con la Consejería de Educación, para el desarrollo de actuaciones conjuntas, como el Programa de Salud Escolar en consonancia con el Programa del Niño Sano que se lleva a cabo en los Equipos de Atención Primaria, contemplando acciones y programas en educación sobre los factores de riesgo prevalentes, estilos de vidas saludables en el ámbito educativo; potenciando la educación para la salud en la formación reglada y las aulas de salud; desarrollando de forma generalizada y fortaleciendo la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud. (ND)
  - 2.2. Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y en la gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y de seguridad alimentaria, en la promoción de menús saludables contribuyendo, de modo particular, a la preservación y la promoción de las condiciones nutricionales de los grupos de mayor privación social de la comunidad escolar. Asimismo, colaborar en las acciones encaminadas a la reducción de máquinas expendedoras de bollería industrial, dulces, snacks y bebidas gaseosas edulcoradas en centros educativos, potenciando otros productos alternativos y ecológicos. (ND)
  - 2.3. Colaborar en la puesta en marcha de iniciativas que puedan desplegarse en diferentes vertientes (normativa, protocolos, sensibilización, información, formación, etc.) que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS), señalados en el Capítulo VII de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, en especial las Medidas especiales dirigidas al ámbito escolar correspondientes al Artículo 40 de dicha Ley. (ND)
3. **Área de colaboración con Ayuntamientos y Cabildos:** Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud con Ayuntamientos y Cabildos, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y de actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el grado de cumplimiento de la misma.

**Líneas de colaboración:**

- 3.1. Colaborar con la Federación Canaria de Municipios (FECAM) y la Federación Canaria de Islas (FECAI) y a través de los correspondientes Consejos de Dirección y de Salud, para establecer un marco de colaboración denominado "Red Canaria de Municipios e Islas Saludables" como instrumento para crear las condiciones de colaboración necesaria, para enfrentar de modo efectivo y eficiente los problemas que afectan la conservación, promoción y protección de la salud en Canarias, en función de los ámbitos competenciales correspondientes. (ND)
- 3.2. Potenciar las acciones formativas dirigidas en general a reducir las dependencias o adicciones, reforzando la vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa de medidas sanitarias frente al tabaquismo y las bebidas alcohólicas; a evitar o retrasar el inicio en el consumo de tabaco por parte de la población más vulnerable, como son los jóvenes y las mujeres en particular, así como el refuerzo de la relación con los equipos de atención primaria y la promoción de la salud desde el servicio de atención a las adicciones de la Dirección General de Salud Pública.(ND)

- 3.3. Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y los colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social de la comunidad, generando estrategias de prevención y de atención sanitaria, particularmente en colaboración con los equipos de atención primaria de salud y con los servicios de Salud Pública, con bienestar social de las corporaciones locales y de la Comunidad Autónoma junto a las organizaciones sociales con implicación en dichos ámbitos. (NAD)
4. Área de colaboración con las Universidades y otras instituciones, organizaciones: Promover la cooperación interinstitucional con las Universidades de Canarias y con otras instituciones, entidades públicas y privadas, departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado, estableciendo cauces participativos y acuerdos de colaboración para la formación y la investigación.

#### Líneas de Colaboración con las Universidades

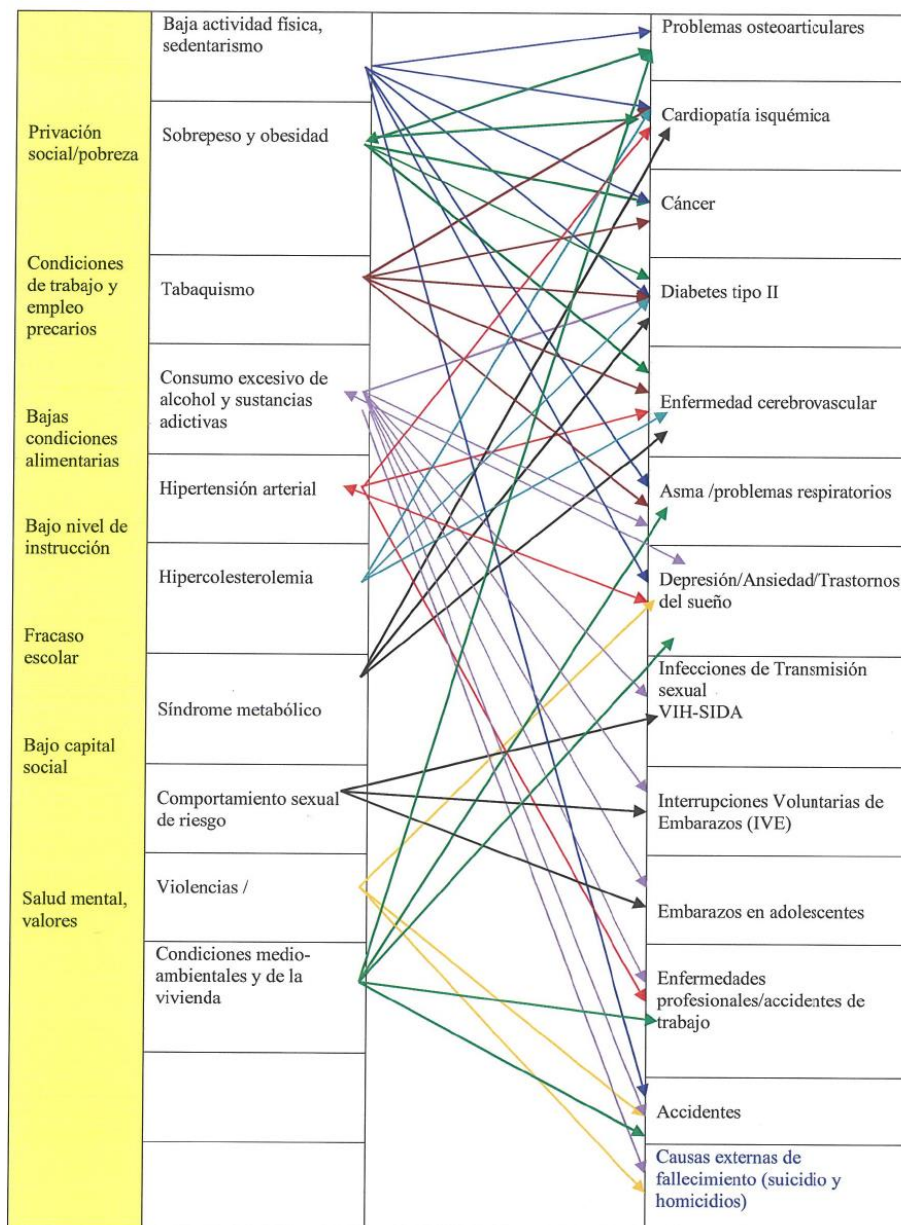
- 4.1. Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias en la formación de pre y de post grado de los profesionales sanitarios. Se pretende así mejorar la capacidad del sistema sanitario para afrontar el desafío que supone la innovación en la gestión en la salud y en los servicios. Debe indicar que hay que fomentar las Comisiones Mixtas Universidades-Servicio Canario de la Salud. (ND)

#### Líneas de colaboración con otras organizaciones e instituciones

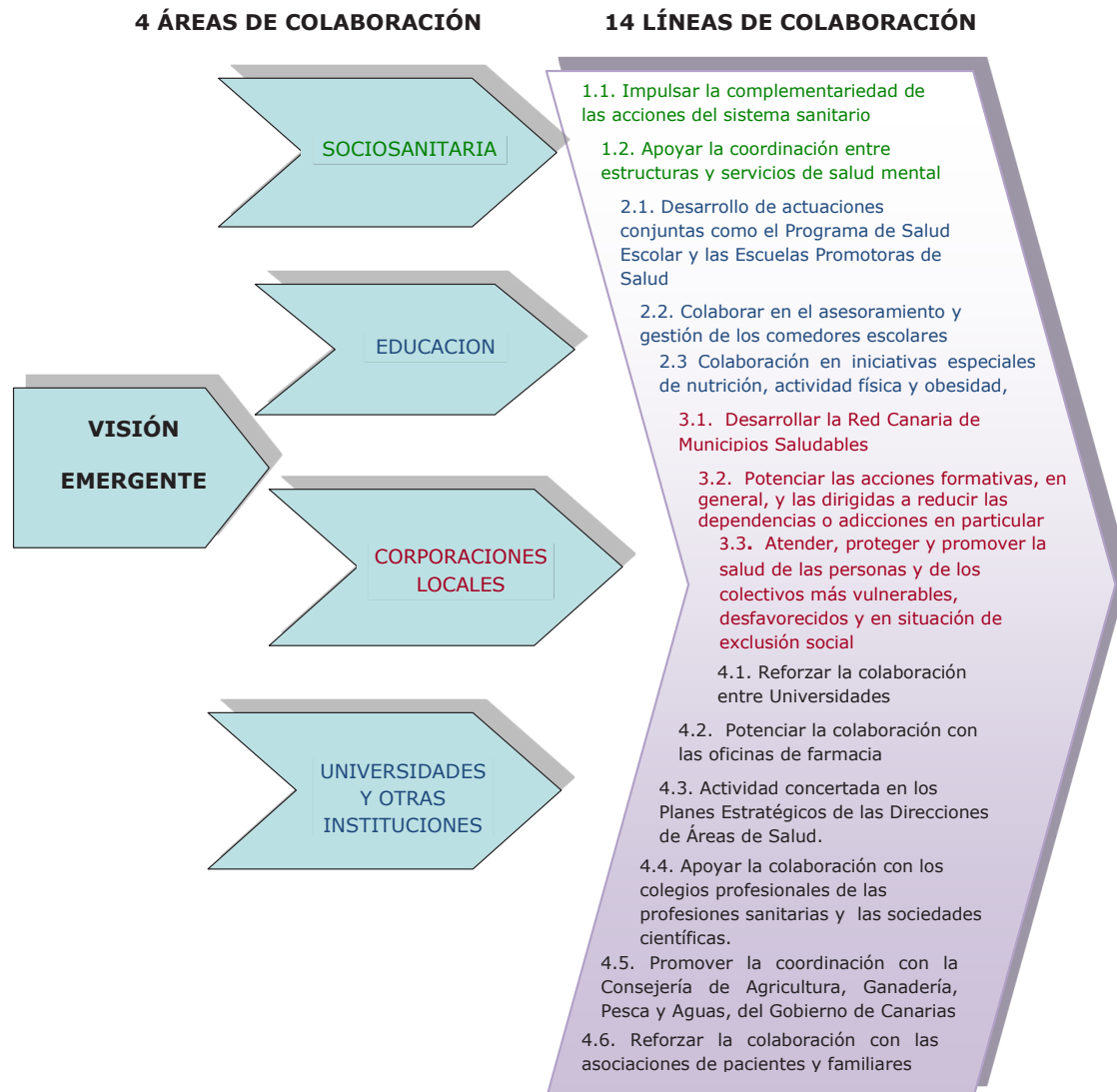
- 4.2. Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios a través de convenios de colaboración y acuerdos con los Colegios Farmacéuticos y sus representantes en los Consejos de Salud de Zona Básica, para la realización de acciones coordinadas de prevención de la enfermedad, de promoción de la salud en los factores de riesgo prevalentes y problemas estacionales, así como en el autocuidado, el uso racional del medicamento y los productos sanitarios del Servicio Canario de la Salud. (ND)
- 4.3. Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como de los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, se desarrollarían en los Planes Estratégicos de cada una de las Direcciones de las Áreas de Salud. Asimismo, el SCS comunicará a principios de cada ejercicio presupuestario la estimación de la demanda asistencial anual para la concertación y la fijación del gasto previsto para dicha actividad acorde con la disponibilidad presupuestaria. (ND)
- 4.4. Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y con las sociedades científicas para el desarrollo de la investigación y la formación continuada de los profesionales sanitarios. (ND)
- 4.5. Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas, del Gobierno de Canarias en la organización y desarrollo de los programas de prevención y control de riesgos y problemas biológicos, fundamentalmente de origen zoonótico, y químicos (plaguicidas, nitratos, metales pesados, etc.) con la finalidad última de proteger y mejorar la salud de los consumidores. (ND)
- 4.6. Reforzar la colaboración con las asociaciones de pacientes y de familiares para contribuir a la formación de los pacientes, los familiares y la ciudadanía, en materia de salud, para mejorar la toma de decisiones en sus procesos de salud-enfermedad y de cuidados; participar en el desarrollo colaborativo y en la ejecución de programas, acciones o guías de práctica clínica en beneficio de su calidad de vida y de la efectividad del sistema sanitario, facilitando el conocimiento del funcionamiento y de la organización de los servicios para contribuir a su legitimación y su uso eficiente. (ND)

A partir de la aprobación del Plan de Salud de Canarias, se desarrollarán las acciones y acuerdos necesarios para la operacionalización de los objetivos previstos en el ámbito de la colaboración de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud con otras instituciones, organizaciones y departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado.

**Gráfico 3: Relación de determinación entre factores de riesgo y causas de enfermedad y fallecimientos**



**Grafico 4: La visión de futuro en el Plan de Salud de Canarias: Áreas y Líneas de Colaboración del Ámbito de Colaboración del Plan de Salud de Canarias**



## 7. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El cambio de modelo de planificación propuesto en este Plan de Salud se basa en la necesidad de asegurar su operatividad e implementación en un escenario complejo de incertidumbre. Se plantea como prioridad la aplicación de metodologías organizativas y de gestión que contribuyan a la implicación de los profesionales y de la ciudadanía en los procesos necesarios, para viabilidad a los cambios que se proponen para la promoción y la defensa de la salud y del sistema sanitario público. Ello ha de producirse como una respuesta flexible sobre la base de las necesidades de cada isla.

Una reforma organizativa como la propuesta no pasará de ser un entramado "virtual" si no cala al nivel de la actividad cotidiana de los profesionales sanitarios: desburocratizar el trabajo asistencial, reivindicar el trabajo en equipo, centrarse en las actividades que añaden valor y sensibilizar al profesional sobre la utilización eficiente de los recursos; desarrollo de la gestión participativa a través de programas de gestión clínica u organización por unidades funcionales de trabajo en general, tiene que impregnarse de un alto nivel de autogestión articulada en los objetivos del sistema. Esta es la cuestión crítica para la credibilidad y posterior éxito de esta transformación. Existen procesos y herramientas para gestionar participativamente esa transición y para hacerla sostenible y viable técnicamente, pero sin un fuerte respaldo y compromiso político no fructificará.

### 7.1 Ejecución del Plan

Se propone la creación de estructuras funcionales de apoyo para dar visibilidad y garantizar la implementación del Plan, sin que ello suponga gasto en estos momentos, ya que se trata de estructuras creadas que cuentan con los recursos ya existentes. El Consejero de Sanidad determinará en cada momento variaciones en la composición del mismo en función de los contenidos específicos a tratar.

Un Comité de Dirección formado por el Consejero de Sanidad, el Director del Servicio Canario de la Salud, la Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad; Directores Generales del Servicio Canario de la Salud y los Directores de las Áreas de Salud. Será el encargado de velar por el cumplimiento del Plan de Salud, y adoptar las medidas que sean necesarias para su ejecución.

Una estructura de planificación y de desarrollo organizativo constituida por la *Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud*. Será la encargada de realizar el seguimiento del Plan de Salud, y elevar las propuestas que se estimen oportunas al Comité de Dirección.

Esta unidad ha de evaluar las propuestas de acciones NAD y ND que cada unidad directiva o de provisión de servicios propone para desarrollar las líneas de actuación. Valorará si éstas son o no acertadas y aplicables, su pertinencia y viabilidad para someterlas, si fuera preciso, al Comité de Dirección para su aprobación antes de su desarrollo e implantación.

Se considera prioritaria la participación en esta estructura de planificación a las jefaturas de servicios de evaluación y planificación y la jefatura de servicio de evaluación de la calidad asistencial y sistemas de información. Otras unidades

técnicas de las Direcciones Generales, Direcciones de Área y de las Gerencias, participarán en función de la línea de actuación o de colaboración objeto de verificación y acreditación.

Asimismo, se establecerá una estructura funcional de apoyo descentralizado, como Equipo Técnico Ampliado de Planificación, formado por técnicos de cada una de las gerencias, direcciones gerencias, direcciones de las Áreas de Salud y responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial, con dependencia funcional del Director/a del Área de Salud”.

Los criterios básicos aplicables a cada una de las propuestas de actividades deberán incluir al menos la toma en consideración de las propuestas realizadas por los órganos de participación y de dirección de las áreas de salud y , en su caso, de las Conferencias Insulares de Salud, además de los requisitos propios que han de contemplar la condición de eficacia de un plan, como la coherencia con los problemas priorizados en cada uno de sus ámbitos, su pertinencia, la evidencia científica de las propuestas cuando proceda; su coste-efectividad o coste-utilidad social, etc.

Para el apoyo a esta estructura de planificación y de desarrollo organizativo, se puede nombrar un representante o, en su defecto, facilitar la coordinación efectiva de las diferentes jefaturas de las Direcciones Generales y de las Direcciones de Área de Salud.

Esta unidad será la responsable de conducir técnicamente el proceso de formulación y posterior gestión y seguimiento del Plan de Salud en cada una de las Áreas de Salud.

## 7.2. Seguimiento del Plan de Salud

Una vez aprobado por las instancias correspondientes, el Plan de Salud se desarrollará en cada una de las Áreas de Salud y cada una de las Zonas Básicas de Salud, a través de los correspondientes planes de salud territoriales, con lo que se proporciona mayor coherencia al proceso planificador y se aumenta así la efectividad de las acciones comprometidas, tanto desde los diversos centros y servicios del SCS, como de las diversas organizaciones e instituciones colaboradoras.

Las características epidemiológicas y sociodemográficas de la población, así como la disponibilidad de recursos y el funcionamiento de los servicios, constituyen determinantes fundamentales de la planificación, para la adecuación de los planes de salud a la situación y características singulares de cada una de las Áreas de Salud y cada una de las Zonas Básicas de Salud. Los criterios y directrices del Plan, en forma de áreas de impacto con sus respectivas líneas de actuación, se concretarán en compromisos de acción en los correspondientes programas anuales de gestión convenida (PGC), tal y como establece el Artículo 70 de la ley 11/1994, de 26 de julio de Ordenación Sanitaria de Canarias (Ver ejemplos en anexo VI y VII).

Cada programa de gestión convenida determina, en sus correspondientes anexos, los recursos materiales, económicos y humanos disponibles en cada una de las gerencias y direcciones gerencias del Servicio Canario de la Salud. Por ello, se entiende que serán los PGC los que determinen la financiación de aquellas acciones a desarrollar en dichas estructuras asistenciales, en la medida en que condicionan la variación anual de los recursos materiales y humanos.

Aquellas líneas de actuación o de colaboración y las actividades del Plan no contempladas en los programas de gestión convenida, en particular algunas de las comprendidas en áreas de impacto de los ámbitos de intervención I y III, serán objeto de los planes estratégicos de las Direcciones de las Áreas de Salud y de planes de acción específicos de otras unidades proveedoras de servicios cuya financiación, objetivos y compromisos de acción deberán venir cuantificados, en la medida de lo posible, a los efectos de contribuir a la evaluación correspondiente, tal y como está previsto en la metodología de trabajo y en el sistema de indicadores del Plan (Apartado 7 y anexos I, IV y V).

En este sentido, las gerencias y las direcciones gerencias, así como los servicios, unidades asistenciales o de gestión equivalente, centro de salud, servicios de las direcciones de Áreas de Salud o unidad de provisión correspondientes, adecuarán sus objetivos, tanto a la situación concreta de los centros y servicios del Área de Salud, como a sus ámbitos territoriales y poblacionales.

El seguimiento del Plan, así como el grado de realización de las líneas de actuación y de las adaptaciones a que hubiera lugar, corresponderá a los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y los de Zonas Básicas de Salud, así como a los Cirpac, en su caso, en cuanto a los Planes de sus respectivos ámbitos, y al Consejo Canario de la Salud el referido al Plan de Salud de Canarias.

Para llevar a cabo tales funciones de seguimiento, de conformidad con sus respectivas normas de organización y funcionamiento, tanto el Consejo Canario de la Salud como los Consejos de Área de Salud, podrán crear comisiones de estudio y trabajo de carácter sectorial.

### 7.3. Indicadores de seguimiento

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, establece como soporte en la toma de decisiones un sistema de indicadores que permitirá conocer la repercusión que su implementación tendría en el Sistema Canario de la Salud sobre la población, tanto en el gasto realizado o en el ahorro producido, como en la satisfacción de las personas que lo usan y de los profesionales implicados, así como en los resultados en coberturas de servicios, aplicación de medidas de protección y promoción de la salud, de los resultados en términos de salud y en las aportaciones que los órganos de decisión y participación colegiados puedan realizar. Dichos indicadores han de facilitar una evaluación periódica de la efectividad de la producción técnico-asistencial del sistema por niveles asistenciales, territorios y en los centros sanitarios en particular y del Servicio Canario de la Salud en su conjunto.

Los anexos I y V, contienen los mismos indicadores, aunque agrupados de forma diferente. En el anexo I, "Indicadores del sistema de evaluación del Plan de Salud", la agrupación se realiza con el objeto de monitorizar el efecto de las operaciones desarrolladas en cada uno de los ámbitos de intervención del Plan sobre la correspondiente área de impacto. En el Anexo V, "Indicadores de evaluación de la situación de salud y del Sistema Canario de la Salud", se agregan por categorías y subcategorías y se incluyen variables de género y un referente de evolución de este indicador a lo largo de los últimos años para permitir un análisis integral de la situación de salud de Canarias, tanto del estado de salud como de la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios. Este grupo de indicadores son, en su mayoría, los indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, que nos permiten evaluar y comparar la evolución de estos en relación con el resto de las comunidades autónomas del Estado.

El Plan de Salud, dado el carácter participativo y de desarrollo por unidades de gestión y de provisión, y puesto que cada línea de actuación dentro de cada área de impacto debería contar con actividades y programas a desarrollar por cada unidad de gestión o de provisión, cuenta con un documento de referencia en el que se recogen las fichas de cada uno de los indicadores. En estas fichas se detallan las características de los indicadores y, en su caso, los datos de partida y las metas específicas a cada unidad o programa (anexo VI), que allá donde la segregación de la información lo permita, han de ser analizados al menos por cada Área de Salud (isla), para identificar condiciones de salud o de riesgo para la salud específicas que puedan apoyar la toma de decisiones diferenciada.

Por otro lado, este Plan de Salud no incluye con carácter global y genérico la precisión de metas o estándares para cada uno de los indicadores empleados, debido a la concepción más estratégica y situacional que normativa – prescriptiva utilizada en su formulación y posterior metodología de gestión. Sin embargo, esta cualidad sí se tendrá que desarrollar a través de los instrumentos de gestión, como los Programas de gestión convenida, los planes y programas estratégicos de las Direcciones de Área y otros utilizados en la meso y la microgestión, a los que serán de aplicación los Planes de Salud de las correspondientes Áreas de Salud (ver ejemplo en el anexo VI).

Para el seguimiento del proceso de implementación del Plan, se utiliza el documento, INDICADORES DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR ÁREAS DE IMPACTO Y DE COLABORACIÓN, detallado en el Anexo IV, que permitirá conocer el grado de realización de las operaciones o actividades comprometidas en cada una de las líneas de actuación o de colaboración del correspondiente Plan, sea a nivel autonómico, insular, de zona básica, o incluso desagregarse por centros sanitarios, unidades de trabajo, servicios, programas etc. La periodicidad para estos cortes evaluativos se deberá realizar con carácter semestral.

#### **7.4. Repercusión del Plan**

Los costes directos e indirectos de la prestación de la asistencia sanitaria producen un impacto muy importante en los sistemas sanitarios y en la sociedad en su conjunto. Las mejoras en eficiencia, sin perjuicio de la calidad y el buen desempeño de la atención sanitaria, se hacen más necesarias en este escenario de subfinanciación de los servicios públicos de salud y en un contexto de crisis financiera global que ha llevado a la recesión a la mayoría de países de la Unión Europea.

El Sistema Sanitario sólo podrá ser sostenible si a una financiación suficiente y adecuada se suma una mejora permanente de la eficiencia en la gestión de los recursos, optimizando el uso de los recursos sanitarios disponibles, tanto públicos como privados y de forma complementaria; potenciando la formación de los profesionales; fomentando y extendiendo el papel y el ámbito de la investigación en las estructuras asistenciales y de salud pública así como poniendo en valor su contribución como sector avanzado y de alta complejidad a la generación de innovación, para lo que incluso la situación de crisis puede contemplarse desde el lado de la oportunidad para el cambio.

Entre las actuaciones en materia de eficiencia que se recogen en el Plan de Salud, se plantean las siguientes:

- Integración de servicios y desarrollo de modelos innovadores de gestión de enfermedades crónicas.
- Refuerzo de los servicios más comunitarios, ya que se considera que los retos epidemiológicos descritos y el gasto más coste-efectivo deben gestionarse con los recursos más cercanos a la población y, en particular, con la estrategia y desde las estructuras de Atención Primaria de Salud.
- Uso y consumo racional del medicamento en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Acciones para educar a los usuarios, usuarias y ciudadanos en general en una gestión más autónoma de su salud y de la enfermedad crónica y una utilización correcta de los servicios de salud.
- Incorporar la cultura de la evidencia científica y la implementación de acciones coste-efectivas.
- Desarrollo de unidades de gestión clínica y de unidades funcionales de trabajo como herramienta de descentralización, democratización y participación de los profesionales en la gestión y co-responsabilización.

Como condición de eficacia para el impulso de ganancia en eficiencia, así como para el desarrollo del cambio organizativo que se propone en el Plan de Salud, se considera necesaria la motivación de los profesionales y de modo particular en lo concerniente a promover la formación e investigación así como, en su caso, en el desarrollo de nuevas acciones.

## 8. MEMORIA ECONÓMICA

Es necesario tener en cuenta que cada isla e, incluso, cada Zona Básica de Salud, por sus características socioculturales, epidemiológicas, técnicas, administrativas etc., posee unas peculiaridades que exigen una adecuación singular del ritmo y de las condiciones que le den viabilidad a la aplicación de las acciones que se comprometan en cada una de las líneas de actuación y de colaboración del Plan de Salud. En consecuencia, en un entorno como el canario, y en tiempos de restricción presupuestaria como de reformas estructurales en el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Sanitario Público sólo podrá ser sostenible si a una financiación suficiente y adecuada se suma una mejora permanente de la eficiencia y la efectividad en la gestión; optimizando el uso de los recursos sanitarios públicos disponibles y, de manera complementaria, de la red concertada potenciando el valor de los resultados en salud y de la participación de profesionales, pacientes y ciudadanía en la visión y gestión estratégica del cambio necesario, fomentando tanto la educación sanitaria de la población y de los profesionales como extendiendo el papel y el ámbito de la investigación en las estructuras asistenciales, y en los servicios de salud pública. Y, sobre todo, contribuyendo, desde un sector complejo y avanzado como el sanitario, a la generación de innovación. Por tanto, por el carácter estructurante de este Plan de Salud y la naturaleza del marco-teórico metodológico empleado, menos normativo y más estratégico y situacional, el desglose presupuestario por líneas de actuación o colaboración o áreas de impacto y de colaboración o ámbitos de intervención, no se considera una condición de eficacia en cuanto al logro de los resultados esperados en las diez áreas de impacto y las cuatro de colaboración que se plantean.

### 8.1.- El marco presupuestario del Plan

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, se encuadra en los márgenes que se derivan del marco presupuestario a medio plazo (2016-2018) de la Comunidad Autónoma de Canarias, acordado por el Gobierno de Canarias en sesión celebrada el día 12 de marzo de 2015, que establece los escenarios y el plan presupuestario a medio plazo y plurianuales para la política de asistencia sanitaria y de salud pública, en el periodo referido (Cuadro 2 y 3)

**Cuadro 2: Escenario presupuestario para la asistencia sanitaria y la salud pública, aprobado por el Gobierno de Canarias en sesión del 12 de marzo de 2015, para el periodo 2016-2018, incluyendo la Ley de presupuesto para el ejercicio 2016.**

Política	2016	2017	2018
Asistencia sanitaria y salud pública	2.617.984.838	2.674.108.530	2.715.709.985

En lo que respecta a los ejercicios futuros de incidencia y desarrollo del Plan de Salud, la dotación económica para el desarrollo de las acciones establecidas en el mismo y la consecución de los objetivos trazados, estará condicionada al presupuesto de gasto anualmente aprobado para este organismo autónomo y su posterior reflejo como

financiación en los diferentes programas de gestión convenida y otros específicos de las Áreas de Salud, de salud pública y de los diferentes centros directivos, así como también a la evolución del saldo de la cuenta 409, acreedores pendientes de aplicar a presupuesto, con efecto en los ajustes a aplicar en contabilidad nacional.

En este sentido, la viabilidad económica, organizativa y técnica, de este Plan de Salud de Canarias, y de los Planes de Salud de las Áreas, que lo desarrollan, se plantea como una estrategia de financiación vinculada a la adecuación y disponibilidad presupuestaria del Servicio Canario de la Salud, a través de cuatro instrumentos:

- A. Programas anuales de gestión convenida.
- B. Presupuestos de las Direcciones de las Áreas de Salud y su aplicación en los Planes Estratégicos para las Direcciones de Áreas de Salud, (Instrucción 954/2013, de 9 de abril de 2013 de la Directora del Servicio Canario de la Salud).
- C. Los programas de promoción de la salud que se desarrollan desde la Dirección General de Salud Pública.
- D. Actuaciones sin coste adicional, por solo suponer una mejora organizativa o de gestión, con los recursos humanos o materiales disponibles en los diferentes centros de gasto.

## **8.2. Recursos personales, materiales y económicos empleados para acometer los objetivos que se fijan en el Plan**

La inclusión de una ficha financiera desglosada como mínimo por objetivos generales, y concretamente en los tres ámbitos de intervención y uno de colaboración del Plan, con los importes estimados para los años 2016, 2017 y 2018 y se efectuará anualmente a través de los instrumentos indicados: Los programas de gestión convenida (Cuadro 4); los presupuestos de las Direcciones de las Áreas de Salud (Cuadro 5) y su desarrollo en los respectivos planes estratégicos de carácter anual; los programas de promoción de la salud que se desarrollan desde la Dirección General de Salud Pública, incluyendo las partidas dedicadas a la atención a las drogodependencias, (Cuadro 6) así como aquellas actuaciones sin coste adicional, por solo suponer una mejora organizativa o de gestión, con los recursos humanos y materiales disponibles.

Por tanto y por un lado, cada programa de gestión convenida de forma anual, tal y como establece el artículo 70 de la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, determina además de los objetivos y actividades, la población adscrita, los recursos materiales, económicos y humanos disponibles en cada una de las Gerencias y Direcciones Gerencias del Servicio Canario de la Salud. Asimismo se indican los recursos económicos de los mismos, correspondientes al proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2016. Por ello, al poder variar anualmente los recursos económicos, materiales y humanos, deben ser los PGC los que los determinen, tal y como establece la normativa y el Plan de Salud en el párrafo 3 del apartado 7.2.

Por otro lado, en los presupuestos de las Direcciones de las Áreas de Salud y fijados en sus respectivos planes estratégicos de carácter anual, se establece la financiación de sus servicios propios (Sanidad Ambiental, seguridad Alimentaria, Laboratorios de Salud Pública) y de la actividad con las entidades privadas prestadoras de servicios sanitarios y socio-sanitarios concertados. La línea de colaboración 4.3 del borrador del Plan de Salud establece el compromiso de acuerdo con los prestadores privados-concertados, de servicios, con el siguiente contenido: *"Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como de los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, se desarrollan en los Planes Estratégicos de cada una de las Direcciones de Áreas de Salud. Asimismo, El SCS comunicará a principios de cada ejercicio presupuestario la estimación de la demanda asistencial anual para la concertación y la fijación del gasto previsto para dicha actividad acorde con la disponibilidad presupuestaria (ND.)"*

No obstante, en la medida de que se den las condiciones presupuestarias suficientes, se procederá a potenciar el apoyo a la gestión y seguimiento del Plan de Salud, desde el servicio correspondiente de la Dirección del Servicio Canario de la Salud tal y como se indica en el capítulo 7.1 de Ejecución del Plan. Los conceptos previstos para este fin son los siguientes:

- Sistema de información para la gestión del Plan.
- Estudios, evaluación de impacto y de proyectos.
- Plan de comunicación
- Formación específica.

En cuanto a la inclusión del año 2015 en esta memoria económica del Plan de Salud 2016-2017, se ha tenido en cuenta, como antecedente de relevancia, el hecho de que durante el ejercicio 2015 las acciones y actuaciones que se establecen en el Plan se vienen desarrollando y llevando a cabo por las diferentes estructuras técnico-asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Por tanto, se ha tomado como base en esta memoria económica el gasto de dicho ejercicio, con la finalidad de ser la referencia económica para su proyección en los ejercicios de vigencia del Plan.

Entre las actuaciones consideradas en el párrafo anterior, es de destacar, el proceso de producción y desarrollo del proceso de formación-investigación-acción de "Innovando en la gestión de la salud" que culminó en las Conferencias Insulares de Salud, realizado en colaboración con la Fundación Radio ECCA en cada una de las Áreas de Salud. En esta operación participaron más de mil personas, entre técnicos y ciudadanos, en 93 grupos de trabajo de todos los hospitales públicos, más del 70% de los Equipos de Atención Primaria, de CIRPACs y coordinados desde las Direcciones de las Áreas de Salud. Sus resultados, que pueden consultarse en la web de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, constituyen un documento de referencia fundamental para la formulación en un corto plazo de los planes de salud de las Áreas de Salud. Asimismo, constituye un proceso y producción de información relevante y de motivación profesional e institucional para la elaboración de los programas estratégicos anuales de las Direcciones de las Áreas de Salud, de las actuaciones de la Dirección General de Salud Pública y de las actividades y programas de colaboración con otras instituciones y organizaciones. De modo particular, constituye una aportación muy importante para revisión de los Programas de gestión convenida 2014-2015 y, en todo caso, de su reformulación para el siguiente bienio 2016-2017".

**Cuadro 3. Escenario presupuestario para la asistencia sanitaria y la salud pública, por capítulos, aprobado por el Gobierno de Canarias en sesión del 12 de marzo de 2015, para el periodo 2016-2018. Se incluye los gastos del año 2015 y ley de presupuesto para 2016, en miles de euros.**

<b>CAPITULOS</b>	<b>ESCENARIO</b>	<b>GASTO 2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
CAP. I.- GASTOS DE PERSONAL		1.278.778	1.277.416,77	1.288.334,85	1.290.353,91
CAP. II.- GASTOS EN BIENES CORRIENTES Y SERVICIOS		769.315	753.035	792.797	812.418
CAP. III.- GASTOS FINANCIEROS		5.007	5.007	5.007	5.007
CAP. IV.- TRANSFERENCIAS CORRIENTES		539.121	554.358	553.738	568.535
<b>TOTAL OPERACIONES CORRIENTES</b>		<b>2.592.221</b>	<b>2.589.817</b>	<b>2.639.877</b>	<b>2.676.313</b>
CAP. VI.- INVERSIONES REALES		32.570	28.167,53	34.230,89	39.230,89
CAP. VII.- TRANSFERENCIAS DE CAPITAL		2.500	0	0,00	0,00
<b>TOTAL OPERACIONES DE CAPITAL</b>		<b>35.070</b>	<b>28.167,53</b>	<b>34.230,89</b>	<b>39.230,89</b>
<b>TOTAL OPERACIONES NO FINANCIEROS</b>		<b>2.627.291</b>	<b>2.617.985</b>	<b>2.674.108</b>	<b>2.715.545</b>

**Cuadro 4. Relación de Presupuestos iniciales de los Programas de gestión convenida correspondientes al ejercicio 2016, de los centros gestores del Servicio Canario de la Salud, así como el gasto del año 2015 y los escenarios presupuestarios a medio plazo (2016 a 2018).**

CENTRO DE GASTO	LEY PRESUPUESTO 2015	LEY PRESUPUESTO 2016	ESCENARIO 2017	ESCENARIO 2018
3950 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS DE TENERIFE	278.966.887,00	280.294.887,00	286.303.777,33	290.757.842,50
3951 DIR. GERENCIA DE COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA, DR. NEGRÍN	273.145.432,00	273.145.432,00	279.001.054,14	283.341.509,89
3954 DIR. GERENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO – INFANTIL. GRAN CANARIA.	335.262.170,00	335.262.170,00	342.449.434,93	347.776.965,41
3955 DIR. GERENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIOS Nº S <sup>RA</sup> DE LA CANDELARIA. TENERIFE.	307.746.441,00	308.446.441,00	315.058.837,17	319.960.248,55
3960 GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE GRAN CANARIA	149.811.401,00	149.811.401,00	153.023.019,62	155.403.618,68
3961 GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE TENERIFE	147.985.815,00	148.649.682,00	151.836.395,99	154.198.534,58
3952 GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LANZAROTE	109.472.529,00	109.472.529,00	111.819.373,17	113.558.961,73
3953 GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE FUERTEVENTURA	74.356.849,00	74.656.849,00	76.257.323,50	77.443.668,61
3956 GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA PALMA	78.931.628,00	78.931.628,00	80.623.744,12	81.878.018,21
3957 GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA GOMERA	22.876.598,00	22.876.598,00	23.367.020,68	23.730.544,46
3958 GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE EL HIERRO	14.131.339,00	14.131.339,00	14.434.283,04	14.658.839,07
<b>TOTAL</b>	<b>1.792.687.089,00</b>	<b>1.795.678.956,00</b>	<b>1.834.174.263,69</b>	<b>1.862.708.751,70</b>

**Cuadro 5.- Relación de gastos del ejercicio 2015 y Presupuestos iniciales de las Direcciones de las Áreas de Salud, en la Ley de presupuesto de la CCAA de Canarias para el ejercicio del año 2016.**

CENTRO DE GASTO	LEY PRESUPUESTO 2015	LEY PRESUPUESTO 2016	ESCENARIO 2017	ESCENARIO 2018
3931 DIRECCION AREA FUERTEVENTURA	4.229.798,00	4.194.820,00	4.284.747,48	4.351.405,86
3932 DIRECCION AREA LANZAROTE	8.956.183,00	8.833.455,00	9.022.824,36	9.163.193,61
3933 DIRECCION AREA GRAN CANARIA	87.101.772,00	85.273.999,00	87.102.081,25	88.457.139,68
3934 DIRECCION AREA LA GOMERA	1.073.263,00	1.058.027,00	1.080.708,71	1.097.521,44
3935 DIRECCION AREA EL HIERRO	1.083.158,00	1.077.695,00	1.100.798,35	1.117.923,61
3936 DIRECCION AREA LA PALMA	7.094.427,00	6.991.630,00	7.141.514,78	7.252.616,26
3937 DIRECCION AREA TENERIFE	97.357.364,00	95.288.423,00	97.331.191,92	98.845.385,96
<b>TOTAL</b>	<b>206.895.965,00</b>	<b>202.718.049,00</b>	<b>207.063.866,86</b>	<b>210.285.186,41</b>

**Cuadro 6.- Gasto del ejercicio 2015 y Presupuesto de la Dirección General de Salud Pública 2016 (39.21), incluyendo drogodependencias.**

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	LEY PRESUPUESTO 2015	LEY PRESUPUESTO 2016	ESCENARIO 2017	ESCENARIO 2018
Atención a las drogodependencias (231A. cap. IV)	10.072.110,00	10.072.110,00	10.288.033,33	10.448.085,60
Prevención y de promoción de la salud (231A y 313A. cap. II)	9.620.893,00	9.300.564,00	9.499.947,12	9.647.739,04
Capítulo I (231A y 313A. cap. I)	5.226.660,00	5.226.660,00	5.338.707,80	5.421.762,78
<b>TOTAL</b>	<b>24.919.663,00</b>	<b>24.599.334,00</b>	<b>25.126.688,25</b>	<b>25.517.587,41</b>

### 8.3. Justificación de las economías del Plan de Salud

Como marco general de análisis, es necesario partir no solo del gasto sanitario sino de la eficiencia y del coste efectividad del mismo, ya que estos aspectos constituyen el centro de gravedad de la agenda política actual de crisis financiera en la planificación y en la gestión de los sistemas sanitarios. Se ha de procurar que el debate económico del sector salud trascienda la aridez del gasto y de la financiación para poner el énfasis en la contribución económica del sector, en el sentido más amplio, razonando su impacto no tanto en términos de gasto sino por su contribución en la generación de productividad, competitividad, bienestar y riqueza y tomar en consideración el valor del capital humano y social, así como el principio rector de la salud, como un derecho social básico.

La mejora de eficiencia del sector debe venir mediante el desarrollo e implementación de herramientas de planificación, de contratación y de gestión que presten atención tanto a la mejora de las ganancias de salud, como a la contención o reducción del gasto y a la potenciación de la participación de profesionales, pacientes y ciudadanía en el proceso de gestión y de la toma de decisiones.

El Plan propone herramientas y estrategias para la ganancia en salud y en eficiencia del sistema sanitario:

Entre los ejes primordiales para la obtención de ganancias en salud se considera:

- La colaboración interinstitucional e intersectorial y con otros departamentos gubernamentales y organizaciones, para la acción por la "*Salud en Todas las Políticas*";
- El fomento de una cultura de gestión estratégica y participativa en salud dentro de los servicios sanitarios, que promueva el principio de la gobernanza en el Sistema Canario de la Salud, y enfatice la visión de la calidad global; que incluya elementos de rendimiento organizativo como el modelo ISO o el EFQM con alcance al ámbito de la interacción profesional sanitario-paciente.
- El análisis de las políticas desarrolladas por otros sectores (educación, trabajo, medio ambiente, vivienda...) a través de las Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS); estrategias e intervenciones poblacionales coste-efectivas.

Entre las fuentes de ganancia en eficiencia que se recoge en el Plan de Salud se plantean las siguientes:

- Integración de servicios y desarrollo de modelos innovadores de gestión de enfermedades crónicas.
- Refuerzo de los servicios comunitarios, ya que se considera que los retos epidemiológicos descritos y el gasto más coste efectivo deben gestionarse con los recursos más cercanos a la población y, en particular con la estrategia y desde las estructuras de Atención Primaria de Salud.

- Uso y consumo en el uso racional del medicamento; acciones para educar a los usuarios, usuarias y ciudadanos en una gestión autónoma de su salud y de la enfermedad crónica en su caso y en una utilización adecuada de los servicios de salud; una visión ampliada del sector sanitario y de sus interrelaciones con sectores afines para desarrollar estrategias que contribuyan a su dinamización e innovación.
- Repercusión de las ganancias en eficiencia de los servicios en la motivación de los profesionales y de modo particular en lo concerniente a la financiación de su formación e investigación, así como en el desarrollo de nuevas acciones y mejora de la calidad y de resultados en salud, de los correspondientes centros y servicios.

#### **8.4.- El calendario general de actuación del Plan**

En relación al calendario general del cumplimiento de objetivos del Plan de Salud, su temporalización, de algún modo, está contenida en las determinaciones establecidas como NAD (Normas de Aplicación Directa, de aplicación directa, inmediata y prioritaria) y ND, (Normas Directivas, de resultados en un plazo determinado a criterio de cada estructura asistencial), para las 49 líneas de actuación (35) y de colaboración (14) del Plan de Salud. No obstante, y aunque la orientación del Plan se encuadra en el principio de la continuidad y el cambio, en documento anexo (Anexo VIII) se aporta un cronograma con las fechas que se estiman preceptivas para el inicio de acciones y compromisos para cada una de las líneas de actuación y colaboración del Plan, por áreas de impacto y de colaboración.

## 9. RESULTADOS ESPERADOS DEL PLAN DE SALUD

En este apartado se indican los beneficios esperables de la implementación de las áreas de impacto y de colaboración así como un resumen de cuál podría ser la contribución del Plan a esas líneas de trabajo en Canarias.

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
1. INCLUIR PROACTIVAMENTE SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS ESTILOS DE VIDA  - TABACO	-Es aún la principal causa de mortalidad y morbilidad en Canarias. -El tabaco en Canarias está relacionado con 1/5 de las muertes. -Existe un consumo creciente entre las mujeres menores de 45 años. -La tendencia al incremento de la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres seguirá ascendiendo.	-Abandono de un número significativo de fumadores. -Mejoras de salud para quienes abandonan el tabaco. -Mejoras de salud en fumadores pasivos. -Jóvenes más conscientes de los riesgos. -Mejoras de acceso a servicios preventivos. -Reducción de mortalidad ECV en un 40% en los próximos 10 años. -Reducción de la mortalidad por cáncer en un 20%.	-Prueba piloto en AP en el uso de incentivos para la prevención. -Intervenciones educativas oportunistas en la red asistencial. -Programas de apoyo para dejar de fumar. -Avanzar en la cofinanciación de tratamientos a fumadores severos. -Promoción de la salud desde los Consejos de Salud. -Reforzamiento de programas en los centros laborales. -Mejoras en la información y monitorización de la actividad preventiva en atención primaria.
- OBESIDAD Y SOBREPESO - Obesidad adultos (IMC >30) - Sobrepeso adultos (25≤IMC<30) - Obesidad infantil - Sobrepeso infantil	-Se prevé que para 2050 el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres serán obesos. -1/3 de las enfermedades vasculares y 1/4 de los cánceres están relacionados con la dieta.	-Una población más consciente de la relación salud-dieta. -Mejor acceso a servicios orientados a mejorar la dieta y reducir peso. -Contribuir a reducir los valores generales del Índice de Masa Corporal -IMC-. -Reducción de complicaciones no detectadas.	-Educación, información y consejo para todos y especialmente para los grupos a riesgo. -Programas específicos de auto ayuda en la red asistencial. -Usar la red de oficinas farmacia para la incorporación de los farmacéuticos y farmacéuticas en la educación sobre factores de riesgo y su colaboración para el

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
- ACTIVIDAD FÍSICA - Sedentarismo adultos - Sedentarismo infantil	-La obesidad participa en el 85% de las enfermedades crónicas y degenerativas.  -Mejorar la dieta y la actividad física puede salvar una de cada diez muertes en Canarias.  -Canarias tiene la población más sedentaria de España.  -El riesgo de sedentarismo es el 60% más alto en mujeres que en hombres y 30% más en la clase social baja.  -El sedentarismo se asocia a: mayores tasas de mortalidad en adultos de cualquier edad, obesidad, ECV, cáncer de colon, diabetes, hipertensión, osteoporosis, caídas, problemas mentales y dependencia.	-Mejoras de acceso a servicios preventivos.  -Reducción de riesgos cardiovasculares e importante impacto sobre la Diabetes.  -El 50% de la Diabetes tipo 2 se puede controlar con dieta y ejercicio.  -Reducción de complicaciones no detectadas.  -Retraso en la edad de aparición de enfermedades cardiovasculares y Diabetes.	establecimiento de un servicio de gestión del peso en las farmacias.  -Consejos de Salud como vehículos de promoción de la salud.  -Mejoras en la información y monitorización de la actividad preventiva en Atención Primaria evaluando resultados preventivos apoyados por incentivos.  -Recomendación de iniciar el pilotaje y la evaluación de la "prescripción de ejercicio" por los servicios clínicos.  -Organizar screening de riesgos vasculares, oportunistas o programados.  -Educación, información y consejo para todos y especialmente para los grupos a riesgo.  -Mayor colaboración con las instituciones y asociaciones del Área y Zonas Básicas para la promoción de la actividad física, deporte etc.  -Las intervenciones conjuntas sobre estos 4 factores (Tabaquismo, Obesidad, Actividad Física y abuso de alcohol) impactarán sobre el 75% de la mortalidad y morbilidad.
- ABUSO DE CONSUMO DE ALCOHOL	-El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población canaria.  -El abuso en el consumo de alcohol se asocia a: violencia, accidentes, suicidios y homicidios, problemas mentales, desnutrición, embarazos no deseados, fracaso escolar, desestructuración familiar y social, mendicidad, disminución de la productividad laboral, desempleo, cáncer, enfermedades hepáticas y cardiovasculares.	-Reducción de problemas de salud y costes derivados de su atención, relacionados con el consumo excesivo de alcohol	
- HIPERLIPIDEMIAS - Hipercolesterolemia	Ver lo descrito en Obesidad / Sobrepeso	Ver lo descrito en Obesidad / Sobrepeso	Ver lo descrito en Obesidad / Sobrepeso

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>- Hipertrigliceridemia</p> <p>ABUSO DE UTILIZACIÓN DE PSICOTROPOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de tranquilizantes</li> <li>- Abuso de somníferos</li> </ul>			<p>-Implicar la Atención Primaria y Hospitalaria con el apoyo de la red de salud mental y de los servicios de salud pública, en las acciones de prevención, promoción y atención a los problemas de salud mental.</p> <p>-Programas de prevención y sensibilización sobre el uso de psicotropos.</p> <p>-Mayor colaboración con instituciones y organizaciones sociales y ciudadanas, para la promoción de actividades de promoción de la salud y la calidad de vida en grupos de población priorizados.</p>
<p>2. INTRODUCCIÓN DEL PRINCIPIO DE LA "SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS" E IMPULSO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y EL DESARROLLO DE LOS CONSEJOS DE SALUD</p>	<p>-No aprovechar el potencial de valor añadido del tercer sector.</p> <p>-Las condiciones laborales (trabajo y empleo) constituyen un importante determinante de salud.</p> <p>-Riesgo importante de impacto negativo de ciertas políticas intersectoriales sobre el sector de la salud.</p> <p>-No mejorar la coordinación entre instituciones y sectores que condicionan la protección de la salud y la calidad de vida de ciudadanos y trabajadores.</p> <p>-Continuidad de la fragmentación entre salud laboral y el SCS</p>	<p>-Promoción de un modelo participativo con la comunidad.</p> <p>-Forma de responsabilización de la comunidad.</p> <p>-Mayores cuotas de "voz" para la comunidad.</p> <p>-Control de daños provocados involuntariamente por otros sectores.</p> <p>-Desarrollo de un modelo preventivo en colaboración con salud laboral.</p> <p>-Identificación y diseminación rápida de innovaciones en la participación comunitaria.</p> <p>-Fortalecimiento del componente de promoción y prevención de salud en el ámbito de la atención integrada de salud, y en particular de la Atención Primaria de Salud.</p> <p>-Elaborar Evaluaciones de Impacto en Salud sobre políticas de otros sectores</p>	<p>-Desarrollo progresivo de un modelo biopsicosocial con planificación conjunta en el ámbito local.</p> <p>-Planes, programas intersectoriales e interinstitucionales sobre los aspectos identificados, priorizados y estratificados en torno a los principales problemas de salud, socio-sanitarios, de salud pública y de utilización de servicios sanitarios, en los ámbitos locales respectivos.</p> <p>-Desarrollo de programas preventivos y de educación conjunto entre el SCS y los Consejos de Salud.</p> <p>-Desarrollo de actividades de enlace entre sectores e instituciones para la promoción de salud mental y la prevención de las adicciones.</p> <p>-Prevención de patologías ocupacionales.</p> <p>-Reforzar ejecución de Ley Anti tabaco.</p>

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>3. POTENCIAR LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA ADECUACIÓN DEL SISTEMA AL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL DE LA POBLACIÓN CANARIA Y A LOS PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES</p>	<p>-Posible impacto negativo de ciertas políticas intersectoriales sobre el sector de la salud.                      -Mantenimiento de una red asistencial desconectada de servicios de Salud Pública y poco "epidemiologizada".                      -Continuidad de una estrategia y filosofía de los servicios de salud sesgada hacia un eficientismo asistencialista menos coste-efectivo y poco sostenible.</p>	<p>-Control de daños provocados involuntariamente por otros sectores.                      -Desarrollo de un modelo preventivo en colaboración con salud laboral.                      -Elaborar evaluaciones del impacto en salud de las políticas de otros sectores.                      -Advertir preventivamente a responsables políticos de la sanidad sobre posibles impactos de políticas de otros sectores.                      -Aumento de la eficacia y eficiencia de los recursos humanos de Salud Pública de las Áreas de Salud.                      -Aumento del papel asesor de los servicios de Salud Pública en la red asistencial del SCS y en particular en la Atención Primaria de Salud.</p>	<p>-Dinamizar los Consejos de Salud.                      -Reforzar los espacios para la coordinación de las actividades de Salud Pública con los Ayuntamientos y Cabildos.                      -Desarrollo de un espacio necesario en el diálogo intersectorial local, para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la mejora de la utilización de los recursos de la comunidad y la calidad de los servicios sanitarios.                      -Influencia sobre políticas intersectoriales.                      -Prevención de patologías ocupacionales.                      -Reforzar ejecución de Ley Anti tabaco.                      -Reforzar los Consejos de Salud como espacios para el diálogo intersectorial local.                      -Influencia sobre políticas intersectoriales.                      -Mejora de la coordinación de las actividades de Salud Pública en todos los niveles territoriales.                      -Potencia el componente de salud en la innovación de la gestión de los servicios sanitarios.                      -Mejora en la calidad de vida relacionada con la sanidad ambiental, la seguridad alimentaria y las condiciones de trabajo relacionadas con la salud y la sostenibilidad.                      -Mejora la función y la coordinación del personal de salud pública en la atención primaria.                      -Implantar modelos de estratificación de riesgos que permiten focalizar la atención sobre los grupos expuestos a más riesgos y</p>
<p>4. DESARROLLAR EL SISTEMA CANARIO DE LA SALUD ORIENTADO HACIA LA MEJORA DE LA</p>	<p>-Un sistema eminentemente orientado a procesos agudos y a lo episódico en</p>	<p>-El problema de los crónicos sirve como plataforma para planificación, de forma</p>	<p>-Mejora la función y la coordinación del personal de salud pública en la atención primaria.                      -Implantar modelos de estratificación de riesgos que permiten focalizar la atención sobre los grupos expuestos a más riesgos y</p>

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>INTEGRACIÓN ASISTENCIAL, CON UN BALANCE ÓPTIMO ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA, SOCIO SANITARIA, SALUD PÚBLICA, SALUD LABORAL, SALUD MENTAL Y HACIENDO ESPECIAL HINCAPIÉ EN LAS ENFERMEDADES PREVALENTES Y REALIZANDO ACTUACIONES EN FUNCIÓN DE AGREGACIÓN POR RIESGO</p>	<p>un contexto de epidemiología y demografía de las cronicidades.                      -Continuación de un modelo con poco potencial preventivo.                      -Continuación de un modelo asistencial reactivo.                      -Personal y servicios poco motivados para la innovación y mejora de la calidad y el desempeño profesional.                      -Reducción de oportunidades de ganancia en eficiencia y efectividad.</p>	<p>creciente, por "sistemas" y no por "estructuras".                      -Un sistema de salud más adecuado a las necesidades de la población.                      -Un sistema de salud centrado en la prevención y en las mejoras de gestión de aquellos pacientes con enfermedades crónicas que ya tienen la enfermedad.                      -Beneficios en mejoras de salud de la población.                      -Mejoras de eficiencia: Mejor uso de recursos escasos (la estratificación por riesgos permite apuntar mejor a grupos diana).                      -Identificación de eficiencias potenciales de un modelo integrador en Canarias.                      -Mejoras de la capacitación y de la capacidad resolutiva.                      -Mejoras de la eficiencia cuando los programas son implementados con suficiente tiempo.                      -Mayor satisfacción del paciente/usuario.</p>	<p>de mayor gasto, (pluripatológicos, hiperfrecuentadores), de forma proactiva.                      -Orientar el modelo de provisión para una gestión eficaz de las enfermedades crónicas usando como referencia el Modelo de Wagner.                      -Alinear estos cambios a las nuevas funciones y profesiones.                      -Concebir la gestión del sector para asegurar que las estructuras consigan mejoras de salud proactivamente y no solo asistencia sanitaria.                      -Integrar la función y el personal de salud pública en la atención primaria.                      -Empezar por cambios funcionales, no estructurales.                      -Fomentar, por medio de ayudas, procesos de relación clínica entre profesionales de AP y hospitales.                      -Identificar "metas comunes" para Atención Primaria, Salud Mental y Hospitales.                      -Alinear los incentivos entre AP y hospitales.                      -Implementar modelos de gestión tipo EFQM.                      -Alinear a los farmacéuticos en este proceso. Apoyar su papel como actor en la mejora de la salud local.                      -Seguir potenciando las alternativas a la hospitalización: hospitalización de día y a domicilio.</p>
<p>5. POTENCIAR UNA ATENCIÓN PRIMARIA MÁS RESOLUTIVA, INTEGRAL, PARTICIPATIVA Y DE CALIDAD</p>	<p>-Continuación de un modelo de funcionamiento que limita su potencial resolutivo, preventivo, participativo y promotor de salud.</p>	<p>-Beneficios en mejoras de salud de la población.                      -Papel y responsabilidad del usuario más clarificado y participativo.</p>	<p>-Los servicios de Atención Primaria se desarrollan con mayor participación de profesionales y usuarios, y sobre la base de</p>

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
	<ul style="list-style-type: none"><li>-Profesionales poco incentivados para su implicación en la innovación necesaria en el funcionamiento y organización.</li><li>-Un usuario pasivo y sobre-consumidor de servicios.</li><li>-Un usuario no consciente de la responsabilidad sobre su salud.</li><li>-Los ciudadanos son desconocedores de las condiciones para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios sanitarios.</li><li>-Usuario no comprometido con los retos que plantea un sistema sanitario público de calidad, eficaz y sostenible.</li><li>-Población no sensibilizada ni implicada en el valor de la prestación y servicios que recibe.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Mejor comprensión de las razones por las cuales la población asume riesgos de salud.</li><li>-Introducción en el sector de nuevas técnicas de intervención educativas.</li><li>-Introducción de nuevas herramientas para una gestión más epidemiológica, orientada a las necesidades de pacientes y a las condiciones de trabajo en equipo de los profesionales.</li><li>-Servicios provistos de herramientas para una gestión del conocimiento eficaz y motivadora en la mejora del desempeño de sus profesionales.</li><li>-Mejoras de eficiencia: Mejor uso de recursos escasos (la estratificación por riesgos permite apuntar mejor a grupos diana)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>las necesidades de los pacientes y de la población, y no sobre la de su organización.</li><li>-Segmentación de la población a riesgo con el fin de intervenir grupos diana. (principio de segmentación de mercado).</li><li>-Utilizar técnicas de geodemografía y base epidemiológica (apuntar a grupos diana específicos).</li><li>-Fortalecer el uso de técnicas de marketing social para intervenciones de cambio de comportamiento.</li><li>-Pilotar "como se contrata salud" y prevención.</li><li>-Mejorar los tiempos de espera para la atención primaria.</li><li>-Servicios con acceso a todas las pruebas complementarias necesarias para maximizar la capacidad diagnóstica y de tratamiento del EAP.</li><li>-Pensar en la red asistencial como una estructura única y no como estructuras de AP y de hospitales separadas.</li><li>-Adaptar los Programas de gestión convenida de cada Equipo de Atención Primaria, para apoyar la coordinación asistencial entre niveles y de Salud Pública así como al desarrollo de los órganos de participación.</li><li>-Identificar incentivos para estimular el trabajo colaborativo y la gestión participativa dentro de los servicios.</li><li>-Concebir la gestión del sector para asegurar que las estructuras consigan mejoras de salud proactivamente y no solo asistencia sanitaria.</li></ul>

ÁREAS DE IMPACTO	IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>6. ENFOCAR LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA HACIA LA EFICIENCIA Y PERSONALIZACIÓN, COORDINADA CON LA ATENCIÓN PRIMARIA</p>	<p>-Una Asistencia Especializada eminentemente orientada a lo episódico, con fragmentación de la atención que reciben los pacientes entre las diferentes estructuras de la organización.</p> <p>-Pacientes con poca capacidad de comunicarse y contribuir, junto a profesionales asistenciales y gestores, a la mejora de la calidad de la atención y hacer la organización más sensible a sus necesidades.</p>	<p>-Planificación de forma creciente por "sistemas" y no por estructuras.</p> <p>-Una Atención Especializada, y en particular la extra-hospitalaria, más adecuada a las necesidades de los usuarios.</p> <p>-Un sistema de salud centrado en la prevención y en las mejoras de gestión de aquellos pacientes con enfermedades crónicas que ya tienen la enfermedad.</p> <p>-Desarrollo de sistemas de estratificación de riesgos de los pacientes con el fin de intervenir sobre grupos de riesgo de forma proactiva.</p> <p>-Desarrollo de los espacios de comunicación y de diálogo entre profesionales, gestores y usuarios a través de las Comisiones de Participación Hospitalaria.</p>	<p>-Pacientes más satisfechos con la atención prestada.</p> <p>-Los servicios del Hospital se desarrollan sobre la base de las necesidades de los pacientes y de la población, y no sobre la de su organización.</p> <p>-Adaptar los Programas de gestión convenida de cada servicio o unidad funcional, para apoyar la coordinación asistencial entre niveles y estructuras.</p> <p>-Pensar en la red asistencial como una estructura única y no como estructuras de AP y de Hospitales separadas.</p> <p>-Evaluar la efectividad de diferentes modalidades de gestión integrada en el área sanitaria (gestión única, colaboración en red.)</p> <p>-Identificar incentivos para estimular el trabajo colaborativo y la gestión participativa dentro de los servicios.</p> <p>--Estudios sobre la telemedicina como instrumento de colaboración entre niveles, con los CAEs, y los servicios de unas islas con otras.</p> <p>-Pacientes más satisfechos con la atención prestada.</p>
<p>7. INCIDIR EN LAS AGENDAS DE INVESTIGACIÓN PRIVILEGIANDO UN MARCO DE INVESTIGACIÓN QUE DE SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN, QUE EVALÚE LAS NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN DE LA</p>	<p>-No mejorar la coordinación con las políticas de investigación del Sistema Canario de la Salud.</p> <p>-No priorización de la investigación traslacional.</p> <p>-Descoordinación de las diferentes iniciativas innovadoras que se</p>	<p>-Potenciar la investigación traslacional de las enfermedades crónicas y trastornos mentales prevalentes.</p> <p>-Dar cauce a la investigación en desigualdades en salud y de aquellas derivadas de las condiciones de trabajo y empleo.</p>	<p>-Generar nuevas evidencias e identificar prácticas de excelencia</p> <p>- Realizar estudios de Variabilidad en la Práctica Clínica.</p> <p>-Potenciar la aparición de redes acreditadas y grupos de investigadores de excelencia.</p>

<b>ÁREAS DE IMPACTO</b>	<b>IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE</b>	<b>BENEFICIOS ESPERABLES</b>	<b>CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD</b>
<p>ASISTENCIA, Y ANALICE SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES Y EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN, QUE FOMENTE LA INNOVACIÓN COMO FORMA DE RETORNO DE LOS RECURSOS A LA COMUNIDAD</p>	<p>desarrollan en el Sistema Canario de la Salud. -No suficiente evaluación del impacto de las diferentes iniciativas innovadoras que se llevan a cabo. Bajo aprovechamiento del "saber local"</p>	<p>-Favorecer el desarrollo de intervenciones innovadoras en forma de experiencias piloto, evaluando los resultados y favoreciendo la generalización de las intervenciones.</p>	<p>-Refuerzo de aquellas estrategias innovadoras relacionadas con la coordinación entre niveles, la gestión integrada de las enfermedades crónicas, los determinantes y los hábitos saludables. -Refuerzo de las iniciativas que estén en consonancia con las directrices de las Estrategias Nacionales del SNS. -Evaluar diferentes experiencias de gestión.</p>
<p>8. INCIDIR EN LAS AGENDAS DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ÁREAS DE IMPACTO DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS</p>	<p>-Distanciamiento entre profesionales asistenciales y equipos de dirección y gestión. -Se reduce la capacidad de los RRHH para influir en la reorientación y mejora de la capacidad de gestión y de la calidad asistencial. -Eficiencia y eficacia del Sistema Sanitario limitada</p>	<p>-Mayor efectividad y eficiencia en el uso de recursos. -Capacitación de profesionales para su profesionalización como gestores de salud, integrando salud y servicios en entornos de complejidad e incertidumbre.</p>	<p>-Desarrollar una estrategia explícita para la formación de los líderes clínicos. - Identificar procesos para el reconocimiento e incentivos orientados a retener profesionales en tareas directivas. -Iniciar en los hospitales y en los centros de salud programas de "gestión clínica" y participativa. -Mejora de las competencias profesionales en la buena gestión de la salud y de los servicios. -Mejora de la gobernanza y de la legitimación interna y externa del sistema público de salud.</p>
<p>9. POTENCIAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN (TICS) QUE DESARROLLEN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS</p>	<p>-Dificultad de realizar un seguimiento continuado de los logros en la salud de la población de Canarias y de la actividad asistencial del SCS.</p>	<p>-Monitorización más estrecha de la población; especialmente de la población más vulnerable y en riesgo. -Mejoras de comunicación entre pacientes y profesionales. -Mayor acceso a servicios vía telemedicina.</p>	<p>-Desarrollar un sistema único para Canarias. -Implantación de la nueva estrategia de SIS. -Potenciar teleconsultas y telemedicina.</p>
<p>10. DESARROLLAR EL SISTEMA DE EVALUACIÓN Y DE COMUNICACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE</p>	<p>-Dificultad de realizar un seguimiento continuado de los logros en la salud de</p>	<p>-Posibilidad de realizar una evaluación continua en el tiempo y en los diferentes territorios (Áreas), de los resultados en salud</p>	<p>-Mejora en la monitorización e información de la actividad asistencial, preventiva y de promoción de la salud para la mejora de la</p>

<b>ÁREAS DE IMPACTO</b>	<b>IMPACTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE</b>	<b>BENEFICIOS ESPERABLES</b>	<b>CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD</b>
CANARIAS PARA EL DESARROLLO DE UNA NUEVA RACIONALIDAD EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y DE LA TOMA DE DECISIONES.	la población de Canarias y de la actividad asistencial del SCS. -Dificultades para la evaluación del Plan a la conclusión del periodo de vigencia del mismo. -Mantener una cultura en la que la sanidad se considera un gasto y no un sector generador de riqueza y de empleo. -Mantener una baja implicación o adhesión de la población, usuarios y trabajadoras y trabajadoras del SCS en la mejora de la calidad y eficiencia del Sistema Sanitario.	y en la gestión de los servicios, durante el periodo de vigencia del Plan. - Mayor implicación de usuarios y de la población en la mejor utilización y defensa del Sistema Sanitario público. - Trascender el debate del sector sanitario como un gasto.	evaluación de los resultados en salud y de la gestión. -Fortalecer la importancia de una nueva racionalidad de la gestión basada en la evidencia. -Focalización sobre la eficiencia del gasto. -Razonar el sector sanitario en función de su contribución al desarrollo económico. -Potenciación de diferentes registros específicos.

AREAS DE COLABORACIÓN	EFECTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>1. ÁREA DE COLABORACIÓN OCIOSANITARIA</p>	<p>-Continuación de un modelo asistencial fragmentado y poco eficaz y eficiente para la atención socio-sanitaria de una población cada vez más necesitada y demandante de estos servicios.</p> <p>- Insuficiente capacidad institucional y social para atender la creciente necesidad de atención sociosanitaria por el aumento del envejecimiento de la población.</p> <p>-Saturación de las camas de los hospitales generales por pacientes crónicos susceptibles de ser dados de alta, debido a la insuficiente capacidad del sector socio-sanitario para ser atendidos.</p>	<p>-Mayor y mejor coordinación entre los servicios de salud de Atención Primaria, Especializada, red de Salud Mental, provisión privada concertada con organizaciones de pacientes y familiares, funcionando en red para la atención sociosanitaria.</p> <p>-Beneficios en mejoras de la atención socio - sanitaria de la población usuaria.</p> <p>-Mejoras de eficiencia: Mejor uso de recursos escasos (estratificación por riesgos permite apuntar mejor a grupos diana)</p> <p>-Definición operacional del sector socio-sanitario con un marco contractual que facilita la coordinación y continuidad asistencial de pacientes.</p>	<p>-Impulso de modelos contractuales de gestión para un marco geográfico, poblacional e institucional definido</p> <p>-Desarrollo de sistemas de estratificación de riesgo a población con el fin de intervenir sobre grupos a riesgo de forma proactiva.</p> <p>-Los servicios de la atención socio-sanitaria se desarrollan sobre la base de las necesidades de usuarios y usuarias y sus familias y no sobre la de las diferentes organizaciones que intervienen en las prestaciones.</p> <p>-Refuerzo del papel de la enfermería de Atención Primaria en la valoración y cuidados de pacientes confinados y dependientes.</p>
<p>2. ÁREA DE COLABORACIÓN CON EDUCACIÓN</p>	<p>-El tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo constituyen los factores de riesgo con mayor carga de morbilidad y mortalidad en Canarias.</p> <p>-Existe un consumo creciente del hábito de fumar entre jóvenes y en particular de mujeres.</p> <p>-El tabaco en Canarias está relacionado con 1/5 de las muertes.</p> <p>-La tendencia al incremento de la tasas de sobrepeso y sedentarismo en la infancia y la adolescencia seguirá ascendiendo</p> <p>-Tendencia creciente de manifestaciones de trastornos relacionados con la salud mental infanto-juvenil, incluyendo violencias y adicciones.</p>	<p>-Infancia, juventud y comunidades educativas en general, más informadas y conscientes de la importancia de los hábitos y estilos de vida favorables para la salud.</p> <p>-Mejoras en la coordinación y el acceso a formación y servicios preventivos, asistenciales y de salud mental del SCS a la comunidad educativa.</p> <p>-Mejores condiciones para el aprovechamiento de instalaciones, recursos y profesionales disponibles tanto en los centros escolares, como en la Atención Primaria de Salud, Salud Mental y de Salud Pública, para el desarrollo de iniciativas dirigidas a la protección, prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar e infanto-juvenil de los correspondientes territorios.</p>	<p>-Prueba piloto en los programas de salud escolar en colaboración con la Consejería de Educación y la Red Canaria de Municipios Saludables</p> <p>-Intervenciones educativas oportunas y pertinentes en los centros escolares con el Programa de Salud Escolar, y Red de Escuelas Promotoras de Salud, activadas</p> <p>-Mejor coordinación para las actividades de promoción de la salud, por la activación de los Consejos de Salud</p> <p>-Refuerzo de la colaboración con la Consejería de Educación en las centros educativos con la red de atención primaria y de salud mental del SCS</p>

ÁREAS DE COLABORACIÓN	EFECTO A LARGO PLAZO SI NO SE INTERVIENE	BENEFICIOS ESPERABLES	CONTRIBUCIÓN DEL PLAN DE SALUD
<p>3. ÁREA DE COLABORACIÓN CON AYUNTAMIENTOS Y CABILDOS</p>	<p>-Aumento en demandas insatisfechas de atención social y de salud de la población infantil y adulta en situación de pobreza o en exclusión social al encontrarse más expuesta al deterioro de sus condiciones de vida y salud.</p> <p><b>COLABORACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD Y EL FOMENTO DE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA Y DE LA ACTIVIDAD FÍSICA</b></p> <p>-La obesidad está asociada a la pobreza, al bajo nivel de instrucción y al sedentarismo, constituyéndose hoy en Canarias como uno de los principales retos de la acción de la Salud en Todas las Políticas en el ámbito local y global.</p> <p>-Se prevé que para 2050 el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres serán obesos.</p> <p>-1/3 de las enfermedades vasculares y 1/4 de los cánceres están relacionados con la dieta.</p> <p>-La obesidad participa en el 85% de las enfermedades crónicas y degenerativas.</p> <p>-Mejorar la dieta y la actividad física puede salvar una de cada diez muertes en Canarias.</p> <p>-Canarias tiene la población más sedentaria de España.</p> <p>-El riesgo de sedentarismo es el 60% más alto en mujeres que en hombres y 30% más en la clase social baja.</p> <p>-El sedentarismo se asocia a: mayores tasas de mortalidad en adultos de cualquier edad, obesidad, ECV, cáncer de colon, diabetes, hipertensión, osteoporosis, caídas, problemas mentales y dependencia.</p> <p><b>COLABORACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUBSTANCIAS ADICTIVAS</b></p> <p>-El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población canaria.</p>	<p>-Desarrollo de acuerdos y de una mayor y mejor coordinación entre el SCS, las Corporaciones Locales y organizaciones sociales para la atención de las personas y grupos sociales en situación de privación social y de necesidades de atención sanitaria y social.</p> <p>-Unas instituciones y población más consciente de la relación salud con una dieta y actividad física saludable</p> <p>-Mejor acceso a programas, recursos y servicios orientados a mejorar la dieta, reducir peso y aumentar el ejercicio físico y la actividad deportiva</p> <p>-Reducción de riesgos cardiovasculares e importante impacto sobre la Diabetes.</p> <p>-El 50% de la Diabetes tipo 2 se puede controlar con dieta y ejercicio.</p> <p>-Reducción de complicaciones no detectadas.</p> <p>-Retraso en la edad de aparición de enfermedades cardiovasculares y Diabetes.</p> <p>-Reducción de problemas de salud y de costes sanitarios y sociales directos e indirectos, derivados de la atención sanitaria a las adicciones y sus consecuencias.</p>	<p>-Consejos de Salud activos como vehículos de promoción de la salud e instrumentos para una mejor gestión interinstitucional e intersectorial de la atención social, de salud pública y de la asistencia sanitaria.</p> <p>-Mejor acceso, educación, información y consejo para todos y especialmente para los grupos a riesgo, y las organizaciones sociales y asociaciones implicadas en el apoyo a la población más vulnerable y desfavorecida.</p> <p>-Impulso de acciones, planes, programas e interinstitucionales sobre los aspectos identificados, priorizados y estratificados en torno a los principales problemas de salud, socio-sanitarios, de salud pública y de utilización de servicios sanitarios, en los ámbitos locales respectivos.</p> <p>-Promover el desarrollo de proyectos piloto en colaboración con la FECAM y FECAI para el desarrollo de la Red Canaria de Municipios Saludables.</p> <p>-Desarrollo progresivo de un modelo más biopsicosocial con planificación conjunta en el ámbito local.</p> <p>-Mayor colaboración con Ayuntamientos, Cabildos y entidades y asociaciones sociales y deportivas para la promoción de la actividad física y el deporte.</p> <p>-Concebir y planificar de forma colaborativa con Ayuntamientos, Cabildos y asociaciones, las actuaciones sobre los factores de riesgo como un conjunto: tabaco, ejercicio, dieta, alcohol.</p> <p>-Las intervenciones conjuntas sobre estos 4 factores impactarán sobre el 75% de la mortalidad y morbilidad.</p> <p>-Mayor colaboración con organizaciones sociales y ciudadanas, Ayuntamientos, Cabildos para la promoción de actividades de promoción de la salud y la calidad de vida en grupos de población priorizados.</p>

	<p>-El consumo de medicamentos hipnosedantes en Canarias presenta una tendencia creciente por encima de las tasas registradas en el SNS.</p> <p>-El alcoholismo y el abuso de consumo de sustancias adictivas y tranquilizantes se asocia a: problemas de salud mental en general; depresión, violencia, accidentes, suicidios y homicidios, malnutrición, embarazos no deseados, fracaso escolar, desestructuración familiar y social, mendicidad, disminución de la productividad laboral, desempleo, cáncer, enfermedades hepáticas y cardiovasculares.</p>		<p>-Desarrollo de actividades de enlace entre sectores e instituciones para la promoción de salud mental y prevención de las adicciones.</p>
	<p><b>COLABORACIÓN EN LA SANIDAD AMBIENTAL Y LA HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTARIA</b></p> <p>-Riesgo importante de impacto negativo de ciertas políticas intersectoriales sobre sector de la salud.</p> <p>-Persistencia de la baja coordinación entre instituciones y sectores que condicionan la protección de la salud y la calidad de vida de ciudadanos y trabajadores.</p> <p>-Posible impacto negativo de ciertas políticas intersectoriales sobre la salud.</p> <p>-Mantenimiento de una red asistencial desconectada de servicios de Salud Pública y poco "epidemiologizada"</p>	<p>-Elaborar evaluaciones de impacto de salud sobre políticas de otros sectores.</p> <p>-Advertir preventivamente a responsables políticos de la sanidad local sobre posibles impactos de políticas de otros sectores.</p> <p>-Identificación de experiencias positivas en el desarrollo de un modelo de planificación conjunta en el ámbito local. (Planificación conjunta entre los responsables locales del SCS y los Consejos de Salud)</p> <p>-Identificación y diseminación rápida de innovaciones en la participación comunitaria.</p> <p>-Advertir preventivamente a responsables políticos de la sanidad local sobre posibles impactos de políticas de otros sectores.</p> <p>-Aumento de la eficacia y eficiencia de los recursos humanos de Salud Pública de las Áreas de Salud y de los Municipios y Cabildos.</p> <p>-Aumento del papel asesor de los servicios de Salud Pública en la red asistencial del SCS y en particular en la Atención Primaria de Salud.</p>	<p>- Refuerzo de la ejecución de Ley Anti tabaco.</p> <p>-Planes, programas intersectoriales e interinstitucionales sobre los aspectos identificados, priorizados y estratificados en torno a los principales problemas de salud pública en los ámbitos locales respectivos.</p> <p>-Favorecimiento de los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas como espacios para el diálogo y la coordinación de las actividades de Salud Pública y las políticas intersectoriales con los Ayuntamientos y Cabildos en todos los niveles territoriales .</p> <p>-Mejora en la calidad de vida relacionada con la sanidad ambiental, la seguridad alimentaria y las condiciones de trabajo relacionadas con la salud y el desarrollo sostenible.</p> <p>-Desarrolla modelos contractuales de gestión de los servicios de Salud Pública para un marco geográfico y poblacional definido, en convenios con los Municipios, sus mancomunidades y Cabildos.</p>



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**10. ANEXOS****ANEXO I.- INDICADORES DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

Ámbito de Intervención I: influir sobre los determinantes de la salud															
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA						
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación
<b>Área de Impacto 1. Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y los estilos de vida</b>															
<b>1.1.- Potenciar programas de actuación para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable</b>															
51	Prevalencia declarada de sedentarismo en mayores de 15 años														
A3.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
52	Prevalencia declarada de sobrepeso en población infantil (2-17 años)														
A3.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
53	Prevalencia declarada de sobrepeso en mayores de 18 años														
A3.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
54	Prevalencia declarada de obesidad en población infantil (de 2 a 17 años)														
A3.4	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
55	Prevalencia declarada de obesidad en población adulta (> 18 años)														
A3.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
<b>1.2.- Promoción de la salud infanto-juvenil</b>															
56	Prevalencia declarada de consumo de tabaco en mayores de 15 años														
A3.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
57	Porcentaje de nacidos de madres menores de 20 años														
A3.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
58	Prevalencia declarada de bebedores de riesgo de alcohol														
A3.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
59	Prevalencia declarada de drogas ilícitas														
A3.9	Cannabis														
	Cannabis en escolares de 14 a 18 años														
	Hipnosedantes														
	Cocaína														
	Éxtasis														
	Heroina														
FUENTE: Fundación Canaria de Prevención e Investigación sobre Drogodependencias (FUNCAPID)															

<b>Área de impacto 2. Introducción del principio de la Salud en Todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud</b>												
<b>2.1.- Favorecer la participación ciudadana y los Consejos de Salud</b>												
232	Tasa de reclamaciones por 10.000 habitantes											
D3.12	FUENTE: (ODDUS) Canarias/extremadura											
233	Tasa de reclamaciones por 10.000 visitantes extranjeros/mes											
D3.13	FUENTE: (ODDUS) Canarias											
252	Porcentaje de Consejos de Salud de ZBS activos											
D5.1	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS											
253	Promedio anual de reuniones de los Consejos de Salud											
	de Zona Básica											
D5.2	de Área de Salud											
	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS											
254	Promedio anual de reuniones de los Consejos de Dirección del Área de Salud											
D5.3	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS											
255	Promedio anual de reuniones de las Comisiones de Participación Hospitalaria											
D5.4	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS											
256	Promedio anual de reuniones de las Comisiones del CIRPAC											
D5.5	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS											
257	Número de reuniones/año del Consejo Canario de la Salud											
D5.6	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad											
<b>2.2.- Dar conocimientos de los objetivos de los programas de gestión convenida a los Consejos de Salud</b>												
258	Número de unidades de los servicios centrales y periféricos de gestión que tienen desarrollado e implementado un plan de comunicación con los ciudadanos y usuarios en relación con la información a facilitar a estos, en relación con las unidades que deberían tenerlo.											
D5.7	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad											
259	Número de unidades de los servicios centrales y periféricos de gestión que debiendo tener un plan de comunicación con los ciudadanos y usuarios en relación con la información a facilitar a estos, mantienen correctamente actualizada la información según sus protocolos específicos.											
D5.8	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad											

Área de impacto 3. Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes												
<b>3.1.- Alinear los objetivos de salud pública con los objetivos establecidos en los planes de gestión convenida.</b>												
151	<b>Cobertura de vacunación (vacunas seleccionadas del calendario oficial de la CCAA)</b>											
D1.23	Poliomielitis (3 dosis): porcentaje de niños vacunados de 0 a 1 año											
	Triple vírica (2ª dosis): porcentaje de niños vacunados de 3 a 6 años											
	VPH (3 dosis): porcentaje de niñas vacunadas											
	Gripe: porcentaje de adultos vacunados de 65 o más años.											
FUENTE: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad												
217	<b>Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada</b>											
D2.55	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
<b>3.2.- Mejorar la coordinación entre la Dirección General de Salud Pública y los servicios de la red asistencial.</b>												
1	<b>Nº de altas por intoxicación por plaguicidas. CODIGO CIE-9-MC: E863</b>											
A1.1	FUENTE: CMBDs											
2	<b>Tasa de Incidencia (por 100.000 hab.) de enfermedades de origen zoonótico no alimentario</b>											
A1.2	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS											
3	<b>Tasa de Incidencia (por 100.000 hab.) de enfermedades de origen químico de transmisión alimentaria</b>											
A1.3	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS											
20	<b>Número de brotes de enfermedades asociadas a la contaminación del agua de consumo.</b>											
A1.20	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.											
33	<b>Unidades proveedoras de servicios sanitarios que tienen desarrollados e implantados protocolos de actuación ante eventuales efectos derivados del cambio climático (variaciones bruscas de temperatura, alertas por lluvias torrenciales, etc.) en relación con la totalidad de unidades proveedoras específicas de referencia.</b>											
A1.33	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Gerencias. Consejería de Sanidad.											
34	<b>Unidades proveedoras de servicios sanitarios que tienen desarrollados e implantados protocolos de actuación ante eventuales situaciones de crisis y alertas sanitarias (brotes, necesidades de aislamiento, catástrofes, etc.) en relación con la totalidad de unidades proveedoras específicas de referencia.</b>											
A1.34	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Gerencias. Consejería de Sanidad.											
64	<b>Tasa de incidencia de accidentes de trabajo por 100.000 afiliados a la SS</b>											
B1.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
67	<b>Incidencia de EDO (sumatoria y por patología) en población turística</b>											
B1.8	FUENTE: DGSP. Consejería de Sanidad											
152	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de sarampión</b>											
D1.24	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
153	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de tosferina</b>											
D1.25	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
154	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de tuberculosis</b>											
D1.26	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
155	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de hepatitis B</b>											
D1.27	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
156	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de varicela</b>											
D1.28	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
157	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de gripe</b>											
D1.29	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
158	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de parotiditis</b>											
D1.30	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
159	<b>Tasa de infección por Legionella por 100.000 habitantes</b>											
D1.31	FUENTE: Servicio Epidemiología SCS											
160	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de VIH</b>											
D1.32	FUENTE: Sistema de Información del SNS											

3.3.- Establecer protocolos ante contingencias y alertas sanitarias													
4	Porcentaje de muestras normalizadas de alimentos libres de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes												
A1.4	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias												
5	Porcentaje de muestras normalizadas de alimentos con residuos de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes < MRL												
A1.5	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias												
6	Porcentaje de muestras de alimentos con residuos de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes ≥ MRL												
A1.6	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias												
7	Tasa de muestras de residuos de pesticidas y/o ctp en alimentos por 100.000 habitantes.												
A1.7	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias												
8	nº de pesticidas y/o ctp totales analizados												
A1.8	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias												
9	Exposición a PM 10 y PM 2,5												
A1.9	AÑO	Media		Percentil 50									
		PM10	PM 2.5	PM10	PM2.5								
		µg/m3	µg/m3	µg/m3	µg/m3								
		Gran Canaria											
		Tenerife											
		Fuerteventura											
	Lanzarote												
	La Palma												
	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS												
	Nota: Promedios anuales y el percentil 50 horario												
10	Promedio anual de PM10 (Partículas en suspensión de diámetro igual o menos que 10 µm)												
A1.10	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad												
11	Nº de superaciones anuales de la normativa PM 10												
A1.11	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad												
12	Nº de superaciones anuales de la normativa N02												
A1.12	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad												
13	Nº de superaciones anuales de la normativa O3												
A1.13	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad												
19	Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación "no apta para el consumo"												
A1.19	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.												
21	Porcentaje anual de instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de Legionella con deficiencias de las instalaciones inspeccionadas												
A1.21	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.												
22	Porcentaje anual de muestras de agua de mar con calificación "no apta para el baño".												
A1.22	FUENTE: Servicio de Sanidad Ambiental SCS. Consejería de Sanidad. MSSSI.												
23	Tasa de incidencias en piscinas año/total de piscinas (RD 742/2013)												
A1.23	FUENTE: Servicio de Sanidad Ambiental SCS. Consejería de Sanidad												
24	Tasa de incumplimiento en piscinas año/total de piscinas RD 742/2013												
A1.24	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.												
25	Porcentaje anual de piscinas con incumplimientos normativos de las piscinas inspeccionadas												
A1.25	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.												



<b>Ambito de Intervención II: Potenciar el Sistema Canario de la Salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios</b>																
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA							
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	
96	Gasto público en salud como porcentaje del PIB															
C1.1	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
97	Gasto sanitario público por habitante protegido															
C1.2	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
<b>Área de Impacto 4. Orientar el Sistema Canario de la Salud hacia la mejora de la integración asistencial</b>																
<b>4.1.-Mejorar el Modelo de gestión de enfermedades crónicas (MGEC) y de alta prevalencia.</b>																
60	Prevalencia declarada de diabetes mellitus en población adulta (> 15 años) por 100 hab															
B1.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
61	Prevalencia declarada de hipertensión arterial en población adulta (> 15 años)															
B1.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
62	Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta (> 15 años)															
B1.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
65	Prevalencia declarada de EPOC en población adulta															
B1.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS.															
66	Prevalencia declarada de asma en población adulta															
B1.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS.															
68	Tasa de discapacidad por 1.000 habitantes															
B2.1	FUENTE: Instituto Nacional de Estadística															
70	Porcentaje de personas con valoración positiva (buena y muy buena) de su estado de salud															
B3.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
71	Porcentaje de personas de 65 o mas años con valoración positiva (buena y muy buena) de su estado de salud															
B3.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
75	Años de vida saludable a los 65 años															
B3.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
76	Esperanza de vida en buena salud a los 65 años															
B3.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
77	Esperanza de vida a los 65 años															
B3.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
78	Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental															
B3.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
79	Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas y sedantes.															
B3.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
80	Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos.															
B3.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
85	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab															
B4.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
86	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab															
B4.7	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
87	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 hab															
B4.8	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
90	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 habitantes															
B4.11	FUENTE: Portal estadístico del SNS															
91	Tasa de mortalidad por neoplasias maligna de mama por 100.000 mujeres															
B4.12	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias															
92	Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab															
B4.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
142	Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos															
D1.14	FUENTE: Sistema de Información del SNS															
150	Porcentaje de personas >14 años que tienen estimado el riesgo cardiovascular															
D1.22	FUENTE: Cartera de servicios del SCS															
234	Índice de enfermeras comunitarias de enlace por población protegida															
D4.1	FUENTE: Continuidad Cuidados Atención Domiciliaria															
235	Porcentaje de cobertura del servicio continuidad de cuidados de enfermería de atención primaria															
D4.2	FUENTE: Continuidad Cuidados Atención Domiciliaria															
241	Pacientes crónicos polimedificados con 65 o más años y 10 o más medicamentos															
D4.8	FUENTE: Sistema de Información del SCS															

4.2.- Orientar los PGC hacia la obtención de resultados/eficiencia, desarrollando equipos que promuevan la integración entre niveles asistenciales y la gestión participativa.												
4.3.- Optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios públicos												
72	Esperanza de vida en buena salud al nacer											
B3.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
73	Años de vida saludable al nacer											
B3.4	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
74	Esperanza de vida al nacer											
B3.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
81	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)											
B4.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
82	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos											
B4.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
83	Tasa de mortalidad general ajustada por edad (por 100.000 hab)											
B4.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
84	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 hab											
B4.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
85	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab											
B4.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
86	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab											
B4.7	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
87	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 hab											
B4.8	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
88	Tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza por 100.000 hab											
B4.9	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
89	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón por 100.000 hab											
B4.10	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
90	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 habitantes											
B4.11	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
91	Tasa de mortalidad por neoplasias maligna de mama por 100.000 mujeres											
B4.12	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias											
92	Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab											
B4.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
93	Tasa de mortalidad por causas externas											
B4.14	FUENTE: INE. Unidad de Mortalidad. DGSP-SCS											
94	Tasa de mortalidad por suicidios, ajustada por edad por 100.000 hab											
B4.15	FUENTE: Portal estadístico del SNS. INCLASNS.											
102	Porcentaje del gasto sanitario público en farmacia											
C1.7	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
103	Gasto sanitario público en farmacia por habitante protegido											
C1.8	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
104	Porcentaje del gasto sanitario público en conciertos											
C1.9	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
105	Gasto sanitario público en conciertos por habitante protegido											
C1.10	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
106	Porcentaje del gasto sanitario público (del SCS) en remuneraciones del personal											
C1.11	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
109	Número de ZBS con médico especialista consultor (dato agregado de las 20 especialidades activas)											
C2.3	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria											
121	Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes											
C2.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS											







4.4.- Evaluar las guías de práctica clínica, los programas y los protocolos sanitarios de las patologías más prevalentes.												
238	Tasa de reacciones adversas a medicamentos notificadas por 100.000 habitantes											
D4.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
239	Mortalidad por efectos adversos producidos por medicamentos											
D4.6	FUENTE: Patrones de Mortalidad. MSSSI											
240	Índice sintético de calidad - Uso racional del medicamento											
D4.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
244	Porcentaje de adherencia a la Guía Farmacoterapéutica de referencia.											
D4.11	FUENTE: Sistema de Información del SCS											
245	Dosis por habitante y día (DHD) de antibióticos											
D4.12	FUENTE: Sistema de Información del SCS											
4.5.- Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria, al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.												
63	Índice de CAOD a los 14 años											
B1.4	FUENTE: Consejería de Sanidad											
4.6.- Profundizar en la gestión de la oferta asistencial.												
69	Tasa de incidencia media mensual de Incapacidades Temporales (IT) por contingencias comunes (excepto autónomos) por cada mil trabajadores protegidos											
B2.2	FUENTE: Servicio Salud Laboral del SCS / MESS											
114	Personal médico en atención especializada por 1000 hab											
C2.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
115	Personal médico en atención especializada por 1000 hab (% del SNS)											
C2.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
116	Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab											
C2.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
117	Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab (% del SNS)											
C2.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
122	Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes (%SNS)											
C2.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
123	Ratio de puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes											
C2.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
124	Ratio de puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes (%SNS)											
C2.18	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
125	Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab											
C2.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
126	Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab (%SNS)											
C2.20	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
127	Ratio de camas hospitalarias para atención de larga duración por 100.000 habitantes											
C2.21	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
128	Ratio de transporte sanitario por tipo y por 1.000 habitantes											
C2.22	Soporte vital avanzado (medicalizado)											
	Soporte vital avanzado (sanitarizado)											
	Soporte vital básico											
	No urgente											
	Helicóptero											
	Avión											
FUENTE: Elaboración propia con datos de la memoria 2009 de Gestión Sanitaria de Canarias												



<b>Área de impacto 6. Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y la personalización, en coordinación con la Atención Primaria.</b>												
100	Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada											
C1.5	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
101	Gasto sanitario público en atención especializada por habitante protegido											
C1.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
<b>6.1.- Facilitar la creación Unidades de Gestión Clínica.</b>												
118	Nº Unidades de Gestión Clínica implantadas por hospital/gerencia											
C2.12	FUENTE: Sistema de Información del SCS											
<b>6.2.- Uso adecuado según protocolos y eficiente de las tecnologías para resolución asistencial</b>												
119	Ratios de equipos de alta tecnología médica (ATM) por 100.000 habitantes											
C2.13	Tomografía Axial											
	Resonancia Magnética											
	Hemodinámica											
	Hemodiálisis											
	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
120	Ratios de equipos de alta tecnología médica (ATM) por 100.000 habitantes (% del SNS)											
C2.14	Tomografía Axial											
	Resonancia Magnética											
	Hemodinámica											
	Hemodiálisis											
57												
170	Tasa de uso de TAC por 1000 hab/año											
D2.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
171	Tasa de uso de TAC por 1000 hab/año (%SNS)											
D2.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
172	Tasa de uso de RMN por 1000 hab/año											
D2.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
173	Tasa de uso de RMN por 1000 hab/año (%SNS)											
D2.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
174	Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab/año											
D2.12	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
179	Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 hab											
D2.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
181	Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 100.000 hab											
D2.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
183	Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 100.000 hab											
D2.21	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
185	Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por 100.000 hab											
D2.23	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
246	Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias											
D4.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
144	Porcentaje global de reingresos tras cirugía programada											
D1.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
145	Porcentaje global de reingresos urgentes postinfarto											
D1.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
147	Porcentaje global de reingresos urgentes psiquiátricos											
D1.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
146	Porcentaje global de reingresos urgentes por asma											
D1.18	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
248	Tasa de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda por cada 1.000 altas hospitalarias											
D4.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
249	Tasa de úlceras por presión por cada 1.000 altas hospitalarias											
D4.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
<b>6.3.- Potenciar especialista consultor de referencia en la atención primaria de la salud.</b>												
<b>6.4.- Potenciar la función de la farmacia hospitalaria</b>												

<b>Ambito de Intervención III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y de los profesionales.</b>															
Nº	INDICADOR	CANARIAS						ESPAÑA							
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación
<b>Área de Impacto 7. Incidir en las agendas de investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población.</b>															
7.1.- Priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, las mentales y las profesionales.															
7.2.- Desarrollar el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria															
<b>Área de impacto 8. Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el impulso del desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.</b>															
8.1.- Desarrollo de un programa de formación permanente en función del Plan de Salud de Canarias.															
8.2.- Formación en epidemiología aplicada a la planificación y la gestión															
<b>Área de impacto 9. Potenciar las TIC's que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.</b>															
9.1.- Potenciar las TIC's en los procesos asistenciales															
242	Porcentaje de RECC prescritas en AP														
D4.9	FUENTE: Sistema de Información del SCS														
243	Porcentaje de RECC prescritas en AE														
D4.10	FUENTE: Sistema de Información del SCS														
9.2.- Asegurar que el sistema de información sanitario apoya la integración entre niveles															
9.3.- Culminar la incorporación de la Historia Clínica electrónica y compartida															
<b>Área de impacto 10. Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del III Plan de Salud de Canarias.</b>															
10.1. Orientación del sistema de información en salud															
10.2. Comunicación en Salud															
221	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos del modo en que funciona el sistema sanitario público														
D3.1	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS														
250	Tasa de agresiones a personal sanitario por cada 1.000 trabajadores														
D4.17	FUENTE: Balance actividad Consejería Sanidad 2008														

Ámbito de colaboración															
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA						
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación
<b>1. Área de colaboración socio-sanitaria:</b> Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención sociosanitaria.															
<b>1.1.- Colaborar con organismos e instituciones buscando la complementariedad de las acciones del sistema sanitario con otros sistemas.</b>															
35	Variación interanual de la población (%)														
A2.1	FUENTE: ISTAC														
36	Porcentaje de población mayor de 64 años sobre la población total														
A2.2	FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)														
37	Porcentaje de hogares donde vive una sola persona mayor de 64 años														
A2.3	FUENTE: INE. Encuesta continua de hogares														
38	Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)														
A2.4	FUENTE: Instituto Nacional de Estadística														
39	Índice sintético de fecundidad														
A2.5	FUENTE: Instituto Nacional de Estadística														
45	Tasa de desempleo (%)														
A2.11	FUENTE: EPA. 2º trimestre 2015														
46	Porcentaje de población de clase social baja														
A2.12	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
47	Tasa de pobreza (%)														
A2.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS														
95	Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico														
B4.16	FUENTE: Portal estadístico del SNS. INCLASNS.														
<b>1.2.- Apoyo a la atención a la salud mental</b>															
94	Tasa de mortalidad por suicidios, ajustada por edad por 100.000 hab														
B4.15	FUENTE: Portal estadístico del SNS. INCLASNS.														
<b>2. Área de colaboración en Educación:</b> Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, en el ámbito central del Gobierno de Canarias															
<b>2.1.- Colaborar con la Consejería de Educación, para el desarrollo de actuaciones conjuntas, como el Programa de Salud Escolar</b>															
<b>2.2.- Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y en la gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y de seguridad alimentaria,</b>															
<b>2.3.- Colaborar en la puesta en marcha de iniciativas que puedan desplegarse en diferentes vertientes (normativa, protocolos, sensibilización, información, formación, etc.) que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.</b>															

<b>3. Área de colaboración con Ayuntamientos y Cabildos:</b> Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud con Ayuntamientos y Cabildos												
<b>3.1.- Colaborar con la Federación Canaria de Municipios (FECAM) y la Federación Canaria de Islas (FECAL) y a través de los correspondientes Consejos de Dirección y de Salud, para establecer un marco de colaboración denominado "Red Canaria de Municipios e Islas Saludables"</b>												
14	Número de Vehículos Diesel.											
A1.14	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio.											
15	Número de Industrias altamente contaminantes.											
A1.15	FUENTE: Fuente: Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes (FRTR-España).											
16	Porcentaje de energía producida a partir de fuentes renovables (%MWh).											
A1.16	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio											
17	Zonas críticas urbanas expuestas a contaminación del aire (Km2)											
A1.17	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio											
18	Número de denuncias por ruido.											
A1.18	FUENTE:											
<b>3.2.- Potenciar las acciones formativas dirigidas en general a reducir las dependencias o adicciones, reforzando la vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa de medidas sanitarias frente al tabaquismo y las bebidas alcohólicas</b>												
<b>3.3.- Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y los colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social de la comunidad</b>												
48	Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, que reconocen por primera vez sufrir maltrato detectadas en AP											
A2.14	FUENTE: Sistema de Información del SCS											
49	Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, que reconocen por primera vez sufrir maltrato detectadas en AE											
A2.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
50	Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 que acuden a un centro sanitario y se emite un parte de lesiones.											
A2.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
<b>4. Área de colaboración con las Universidades y otras instituciones, organizaciones:</b>												
<b>4.1.- Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias en la formación de pre y de post grado de los profesionales sanitarios</b>												
<b>4.2.- Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios a través de convenios de colaboración y acuerdos con los Colegios Farmacéuticos y sus representantes en los Consejos de Salud de Zona Básica</b>												
<b>4.3.- Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud</b>												
<b>4.4.- Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y con las sociedades científicas</b>												
<b>4.5.- Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas</b>												
<b>4.6 Reforzar la colaboración con las asociaciones de pacientes y de familiares para contribuir a la formación de los pacientes, los familiares y la ciudadanía</b>												



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO II.- MODELO DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

La adaptación del actual modelo asistencial hacia la cronicidad supone mejorar su efectividad en la prevención y control de los problemas de salud prevalentes. Para ello, el Servicio Canario de la Salud desarrolla una serie de estrategias que han de operacionalizarse de una manera integral, a través de un balance óptimo entre sus diferentes niveles y servicios. El área de impacto 4, y en particular la línea de actuación 4.1, constituye uno de los elementos más estratégicos del Plan de Salud para la orientación hacia un sistema centrado en el paciente y más proactivo, integrado, funcionando en clave poblacional y con la participación activa de usuarios y profesionales.

En general, se trata de reconfigurar el modelo de atención a pacientes para que haya una mayor continuidad entre las diferentes estructuras que prestan servicios, unos sistemas de información que conectan estos servicios, mayor participación del paciente en el control de su enfermedad con una inversión importante en su educación, apoyos organizados a domicilios, desarrollo de nuevas profesiones o perfiles asistenciales y gestión participativa de los profesionales.

Este enfoque ayuda a desarrollar la integración asistencial y es relevante para el Sistema de Salud en Canarias por varias razones:

- está orientado a la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas.
- obtiene mejores resultados para los y las pacientes.
- proporciona un marco integrador a numerosas actividades e intervenciones que en la actualidad están aisladas.

El abordaje a la cronicidad es, por tanto, el foco fundamental del Plan de Salud al implicar una visión más amplia que la de una enfermedad crónica específica. Plantea el cambio hacia un modelo que permita abordar de manera integral una atención compartida, cooperativa, cerca de la realidad de los pacientes y de su relación con los servicios sociales y de salud, siendo todo esto facilitado por las nuevas tecnologías. Se pretende adaptar la organización al desafío de la cronicidad, alineando todas las estrategias, aunando esfuerzos y añadiendo lo que falta, bajo la premisa de la sostenibilidad del sistema sanitario, que deberá ser más efectivo en cuanto a la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, basado en la proactividad y en la optimización del tiempo y de los recursos disponibles.

En Canarias se están haciendo numerosos programas y guías de práctica clínica, que son ejemplos de integración de niveles asistenciales, relacionados con ciertos componentes de este modelo que incluye el desarrollo de un sistema de información que conecta la atención primaria con la hospitalaria.

Considerando que ya se están implementando proyectos, ¿qué valor añadiría la aplicación de este modelo? ¿Por qué este modelo lidera las políticas en Suecia, Nueva Zelanda, Canadá, Inglaterra, Australia, Alemania? Cuando se gestionan estos componentes de forma integrada, la tendencia es a fortalecer los servicios extrahospitalarios y los recursos que pueden actuar en la comunidad. Los estudios indican que la utilización de estos modelos tiene un impacto positivo sobre la calidad de la atención y un efecto social de mejora de la atención para los enfermos con patología crónica. En términos de eficiencia, la capacidad para evitar ingresos hospitalarios se ha confirmado en numerosos estudios.

En paralelo al crecimiento de las experiencias que incorporan el Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas, ha ido creciendo el cuerpo de evidencia que muestra su efectividad. Los hallazgos de la revisión de la Colaboración Cochrane de intervenciones para la mejora de la atención a enfermos de diabetes en atención primaria mostraban la necesidad de adoptar cambios consistentes con el modelo de gestión de enfermedades crónicas. Intervenciones subsiguientes dirigidas a mejorar la atención a crónicos han fundamentado, aún más sólidamente, aspectos del modelo como el trabajo en equipo, el apoyo al autocuidado y la gestión poblacional, mostrando resultados relevantes en términos de mejora de salud. Ciertos meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados recientes han subrayado y confirmado la relevancia de los enfoques de atención integrada en un amplio abanico de enfermedades.

Por ejemplo, en pacientes con insuficiencia cardiaca o en pacientes con diabetes mal controlada, la utilización de estos modelos puede reducir costes a través de la mejora en el control de las enfermedades. No obstante, el coste-efectividad del modelo debe abarcar todos sus impactos, entre los que destaca la mejora de resultados de salud en el medio y largo plazo. Existen evidencias de reducciones de costes, vía mejor control de enfermos con diabetes tras la adopción de estos modelos de cuidados, aunque es necesario esperar aún por los resultados en términos de ahorro de costes.

En numerosos países son los y las profesionales de la enfermería los que contribuyen de forma especial a estas nuevas formas de gestión. La función de "enfermería de caso" (enfermería de continuidad de cuidados) ya existe como nueva especialidad en diversos países, como Reino Unido, Países Nórdicos y Australia. Es necesario destacar que Canarias fue pionera con la introducción de la Enfermería de Enlace, actualmente extendida en el Sistema Nacional de Salud.

Tal y como se desprende de la filosofía y estrategia planteada en los ámbitos de intervención y áreas de impacto del Plan de Salud, las líneas de actuación propuestas se orientan en coherencia con el Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas a través de cuatro grandes componentes:

- Transformar la organización
- Implicar a los profesionales
- Generalización de los programas de educación sanitaria tipo "paciente activo".
- Implicar al ciudadano.

#### **a) Transformar la organización**

Construir un marco común para la promoción y prevención que coordine a todos los posibles intervinientes.

Seleccionar las patologías más prevalentes en cuanto a cronicidad, cuyas estrategias ya están en marcha, y desarrollar planes clínicos integrales que impliquen la interrelación de las mismas, así como planes de cuidados individualizados, para los usuarios seleccionados, centrados en sus necesidades, y rutas asistenciales según niveles de estratificación.

Segmentar la población en función de las necesidades de cuidados y no en función de patologías, desde la persona sana al paciente más complejo a través de la estratificación.

Potenciación y revisión del modelo de Atención Domiciliaria, así como desarrollo de una oferta intersectorial de cuidados intermedios para los crónicos (centros de corta y media estancia, socio-sanitaria, centros para semi-agudos).

Dotar de una estructura que garantice la implantación de la estrategia de forma óptima.

**b) Implicar a los profesionales**

Con el objeto de dar respuestas eficaces a las necesidades de estos pacientes habrá que desarrollar y potenciar perfiles y nuevos roles profesionales.

Las TICs juegan un papel importante en la optimización del tiempo de los profesionales y los usuarios, por lo que será necesario el desarrollo de herramientas de control remoto (parametrización), proyectos de integración y continuidad asistencial (interconsultas no presenciales, telemedicina...), herramientas para la gestión de la consulta y entre ellas la creación de cuadros de mando que permitirán una mejor gestión de los pacientes por los profesionales.

Alineación y priorización de los incentivos con los objetivos del paciente crónico siendo compartidos entre ámbitos asistenciales. Formación de los profesionales a través de plataformas on-line así como la creación de equipos interdisciplinares (incluyendo parte social) para desarrollar programas de prevención en discapacidad, dependencia de los pacientes crónicos y programas para fomentar el mantenimiento de la capacidad funcional, evitando empeoramiento de la situación. Otro punto sería orientar los proyectos de investigación de AP-AE hacia la cronicidad y las implementaciones que se estén realizando.

**c) Generalización de los programas de educación sanitaria tipo "paciente activo"**

Se desarrollarán pruebas de demostración de educación para la formación de "pacientes activos" fomentando tanto la autorresponsabilidad individual y colectiva en el proceso salud-enfermedad-cuidados como el uso responsable de los medicamentos y servicios de salud, convirtiendo la gestión de la enfermedad por el paciente (escuelas de pacientes) en una intervención clave de la educación para la salud.

**d) Implicar al ciudadano**

Capacitar al paciente, familia y comunidad para una participación activa en las decisiones que afecta a su salud. Para ello se propone al usuario como centro del sistema. Esto implica la facilitación del conocimiento y la comprensión de la enfermedad y del propio proceso. La creación de un "canal de salud" donde el paciente disponga de materiales educativos, recursos de información, consejos de salud. Para ello se reorientarán los servicios de los que actualmente se dispone (aulas de salud, Web, TV salud...)

Garantizar el apoyo y cuidado al cuidador además de tener acceso por parte del paciente a su historia de salud. Potenciar la participación local del tejido asociativo, con propuestas concretas que hayan demostrado su efectividad y evaluarlas, así como potenciar los cauces formales de participación social y la creación de redes de cuidadores profesionales y no profesionales para apoyo. Crear aulas de pacientes y cuidadores en el hospital.

Las estrategias priorizadas en el desarrollo del sistema hacia las cronicidades se centran fundamentalmente en cuatro problemas de salud-enfermedad-cuidados y otras dos del proceso asistencial: la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la salud mental, así como el componente de calidad y seguridad del paciente y la estrategia del uso racional de medicamentos. Estos programas constituyen procesos operativos fundamentales del Plan de Salud por su importancia en salud pública, por el impacto previsible en los cambios estructurantes que el sistema necesita y porque se considera que facilita la trasposición del Plan de Salud a los correspondientes planes de salud de las Áreas y Zonas Básicas de Salud así como a los correspondientes Programas anuales de gestión convenida.

El ámbito estratégico de la cronicidad constituye el paraguas en el que se alinean las estrategias de la Línea de Actuación 4.1, *Mejorar el modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas (MGEC) y de alta prevalencia*.

Las estrategias propuestas como prioritarias para la operacionalización del modelo de gestión de la enfermedad crónica se establecen en los problemas de salud y de gestión sanitaria prioritarias en Canarias: la Enfermedad Cardiovascular, la Diabetes Mellitus, la Salud Mental, el Cáncer, la Calidad y Seguridad del paciente y el uso racional del medicamento:

### **II.1.- Enfermedad Cardiovascular**

La patología cardiovascular sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en Canarias. Este problema debe abordarse prioritariamente desde la prevención de que se desarrollen factores de riesgo y eventos modificables, así como de las complicaciones en el seguimiento crónico de pacientes.

Las estrategias a desarrollar se encuentran contenidas en diferentes áreas de impacto del Plan:

Estrategias para las áreas de impacto 1,2 y 3

Para prevenir el desarrollo de factores de riesgo, es decir, antes de su aparición, se impulsarán políticas y actividades que promuevan una alimentación saludable, la práctica de actividad física y la prevención del consumo de tabaco.

Estrategias para el área de impacto 5

Desde el punto de vista asistencial, se mantendrán y potenciarán los programas de prevención en Atención Primaria, dentro del Programa de seguimiento de salud infantil y el Programa de Actividades Preventivas del Adulto, con especial hincapié en el fomento del ejercicio y la alimentación saludable.

Asimismo se potenciarán los programas de detección precoz de dichos factores de riesgo, coordinados entre niveles, y abordaje de los mismos en Atención Primaria, y Atención Especializada en casos necesarios.

Estrategia para el área de impacto 6

Para la atención a la patología cardiovascular aguda, se establecerán protocolos, incluyendo los diferentes ámbitos asistenciales, de atención urgente de los eventos cardiovasculares, incluyendo la fibrinólisis coronaria y en el ictus, realizable esta

última en cualquier localización del archipiélago con disponibilidad de TAC craneal. En el caso del ictus, para los casos en que no se dispusiera de neurólogo ni intensivista presentes, se establecerán los canales de comunicación que deberán ser seguidos para comunicarse y visualizar el TAC en el centro de referencia e iniciar el tratamiento sin retraso. Tanto para la fibrinólisis coronaria como para la del ictus se implementarán sistemas de seguimiento, evaluación y mejora.

#### Estrategias para área de impacto 10

Se diseñarán sistemas de información en todos los niveles asistenciales con indicadores sobre el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular, número de eventos que son ingresados, su tratamiento, evolución y supervivencia. Estos indicadores estarán coordinados con aquellos recomendados por las Estrategias de Salud aprobadas por el Ministerio de Sanidad.

### **II.2.- Diabetes Mellitus**

En los últimos años se ha demostrado que no existe una gran diferencia en la prevalencia de la diabetes mellitus en Canarias en comparación con el resto de España. A pesar de ello, nuestra Comunidad Autónoma sigue teniendo, con gran diferencia, las mayores tasas de mortalidad y complicaciones en forma de nefropatía diabética de toda España. La diabetes mellitus sigue siendo una patología relevante que precisa del establecimiento de objetivos destacados, aunque algunos de ellos, aunque aquí se repiten, ya han sido incluidos en apartados anteriores.

#### Estrategias para las áreas de impacto 1,2 y 3

La prevención de la diabetes ha de pasar por el impulsar políticas y actividades que promuevan una alimentación saludable y la práctica de actividad física. Además, se deberá sensibilizar y formar a la sociedad en el tema de diabetes, y la importancia de su prevención y control.

#### Estrategias para el área de impacto 5

Los principios de promoción de la salud referidos a la diabetes, también han mantenerse y potenciarse en las actividades a realizar en los programas de prevención en Atención Primaria, como el Programa de Seguimiento de Salud Infantil y el Programa de Actividades Preventivas del Adulto.

#### Estrategias para el área de impacto 4

Para el diagnóstico y tratamiento adecuado de la diabetes, se establecerá un protocolo de seguimiento para pacientes de alto riesgo de desarrollo de diabetes (prediabetes, antecedentes de diabetes gestacional), con control de otros factores de riesgo y actuaciones preventivas cardiovasculares; se implementarán vías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con diabetes, con la inclusión de los diferentes niveles asistenciales; se promoverá la formación grupal de diabéticos, (L. de A, 5.4 y L. de C. 4.6) que pueda servir además de autoayuda entre pacientes; también se potenciarán protocolos de seguimiento y detección precoz de complicaciones en la diabetes.

#### Estrategias para el área de impacto 7

De cara a mejorar el conocimiento de la enfermedad, se estimulará la investigación en diabetes, especialmente de aquellos aspectos que determinan los hechos diferenciales de la diabetes en Canarias (mayor mortalidad, mayor índice de complicaciones).

#### Estrategias para el área de impacto 10

Se diseñarán sistemas de información en todos los niveles asistenciales con indicadores sobre el grado de control de la diabetes, de los factores de riesgo cardiovascular, complicaciones, número de eventos que son ingresados, su tratamiento, evolución y supervivencia. Estos indicadores estarán coordinados con aquellos recomendados por las Estrategias de Salud aprobadas por el Ministerio de Sanidad.

### **II.3.- Salud Mental**

El concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de enfermedad mental. Es un estado mental con funcionamiento satisfactorio, que se refleja en actividades productivas, relaciones plenas y la capacidad para adaptarse a los cambios y defenderse en las situaciones adversas. La salud mental es indispensable para el bienestar personal, las relaciones personales y familiares y la propia contribución a la sociedad. De todos los trastornos y enfermedades mentales, la ansiedad y la depresión son los más comunes. Una persona con depresión a menudo es incapaz de llevar a cabo las responsabilidades que le correspondan en su vida familiar o social. La incompreensión de la enfermedad mental y su estigmatización impiden a muchas personas con depresión buscar ayuda profesional y sufren incapacidad durante semanas o meses sin tratamiento. La depresión se asocia con otros problemas de salud, tales como enfermedad cardiaca, cáncer y diabetes así como a la ansiedad y a los desórdenes alimentarios. La depresión también se asocia con el consumo de alcohol y de drogas ilegales. Las enfermedades mentales pueden afectar sin distinción de edad, condición étnica o niveles educativos. La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y el riesgo de aparición se incrementa en personas mayores en las que coexisten otros problemas médicos y en situaciones de privación social.

Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo del año 2005, los trastornos mentales son responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020. Para el Sistema de Información del SNS, la prevalencia de trastornos mentales en población adulta mayor de 15 era en 2011 para Canarias era de 11,9%, más de dos puntos por encima de la de España (9.6%). En Canarias, en el 2008, la incidencia asistida en las Unidades de Salud Mental fue de 30 por cada 1000 habitantes. Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental.

Las prioridades de la estrategia de Salud Mental, son las siguientes:

### **II.3.1.-Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves (Pacientes crónicos y que producen discapacidad).**

#### Estrategias para las áreas de impacto 4 y 6

Hay que asegurar la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, cuyo eje será la Unidad de Salud Mental Comunitaria, reduciendo el número de hospitalizaciones y mejorando su funcionamiento social y calidad de vida. Los modelos de referencia serán el "Tratamiento Asertivo Comunitario" y los "Programas de Continuidad de Cuidados".

#### Estrategias para las áreas de impacto 6

Es necesario definir e implantar los protocolos clínicos para la atención al proceso Trastorno Mental Grave, así como un Plan Integrado de Atención, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable y vinculado a la Historia clínica electrónica.

#### Estrategias para las Áreas de colaboración 9.1, 9,2 y 9,3, con otras instituciones y departamentos

Hay que desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Deben incluirse en los planes y programas asistenciales intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización.

#### Estrategias para las áreas de impacto 7 y 8

También deben desarrollarse programas de formación continuada y líneas de investigación en este ámbito.

### **II.3.2.-Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.**

#### Estrategias para las áreas de impacto 1 y 2

Impulsar la promoción de hábitos de buena crianza en colaboración con otras instituciones, desde el inicio del embarazo y primera infancia favoreciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo para la salud mental infanto-juvenil.

#### Estrategias para las áreas de impacto 6 y 4

Continuar con el desarrollo de una red específica y especializada, de calidad, para la atención al grupo de edad de 0 a 18 años. Es necesario aplicar medidas de diagnóstico e intervención precoz en coordinación entre los departamentos de Salud, Servicios Sociales, Educación y Justicia. Hay que incrementar la atención a la patología grave

#### Estrategias para área de impacto 10

Hay que potenciar sistemas de información y de registro específicos de trastornos mentales en niños y adolescentes y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en toda la CCAA.

#### Estrategias para el área de impacto 7

Debe fomentarse la investigación básica y aplicada en Salud Mental y desarrollo de niños y adolescentes así como la formación continuada en este ámbito.

#### II.4.- Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte en Canarias y con el incipiente envejecimiento poblacional, es posible que en los próximos 20 años pase a ser la primera causa. El cáncer broncopulmonar aún ocupa el primer puesto entre los varones, pero empieza a ser igualado por el cáncer de próstata. El cáncer de mama ocupa el primer lugar en las mujeres, de manera destacada en Las Palmas, cuyas mujeres padecen la mayor incidencia y mortalidad de España. El cáncer broncopulmonar crecerá rápidamente en las mujeres del archipiélago porque en la actual generación de adolescentes canarios la proporción de chicas fumadoras casi duplica a la de los chicos (40% frente a 23%, respectivamente).

El Plan de Salud de Canarias se plantea disminuir la incidencia y la mortalidad prematura, mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

#### Estrategias para las áreas de impacto 1,2 y 3

Reducción del riesgo de cáncer a través de la prevención primaria, la educación y promoción de la salud (dieta mediterránea, disminución del tabaquismo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, potenciación del consejo genético,...).

#### Estrategias para el área de impacto 6

Detección temprana del cáncer a través del diagnóstico precoz (valoración de la detección del cáncer de mama, evaluación de la detección de cáncer de cuello uterino según los estándares de calidad del proceso, implementación de las técnicas de cribado del cáncer colorrectal,...).

#### Estrategias para el área de impacto 4 Y 6

Mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes a través de la gestión del proceso asistencial oncológico e implantación del modelo de cuidados paliativos en el núcleo familiar y adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente, potenciando la asistencia oncológica.

#### Estrategias para las áreas de impacto 7 y 8

Priorizar la docencia e investigación oncológicas vinculadas a la clínica y a la efectividad de las acciones.

#### Estrategias para el área de impacto 10

Mejorar los sistemas de información (cuadro de mando integral sobre el cáncer, registro de tumores infantiles).

## II.5.- Calidad y seguridad del paciente

Se ha de realizar un abordaje integral de todos los aspectos de la seguridad del paciente con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes, disminuyendo la incidencia de daños accidentales asociados a la misma. Todo ello apoyado en un modelo de evaluación enfocado a conocer las medidas preventivas y organizativas que impulsan la práctica segura, estableciendo un sistema de información válido y fiable que permita evaluar el impacto en salud de las medidas implantadas.

La seguridad del paciente debe constituir un aspecto fundamental de la atención en los centros sanitarios debiéndose prestar especial atención a la implementación de acciones específicas en función del estado del conocimiento científico, aplicadas de forma integrada con los planes y estrategias para promover una atención sanitaria segura, minimizando el impacto de la infección asociada a ella, mejorando la seguridad en el ámbito de los procedimientos quirúrgicos, en el uso de medicamentos y productos sanitarios, la identificación inequívoca de los pacientes o la seguridad en los procesos de transferencia del paciente en el ámbito intrahospitalario entre servicios y con otros niveles asistenciales.

Todo este ámbito de la calidad y la seguridad del paciente ha de desarrollarse en un continuo de gestión de la calidad de los servicios, de tal manera que se facilite el progreso hacia un sistema sanitario más flexible e integrado, que incorpore la estrategia de mejora continua de la calidad a través de los instrumentos de gestión, que incorpore y/o desarrolle sistemas de soporte a la gestión de la calidad del sistema con el impulso del desarrollo profesional y el papel de la acreditación como sistema de búsqueda de la excelencia.

### Estrategias para el área de impacto 8

Establecer políticas formativas que incidan sobre el nivel de conocimiento de los profesionales en seguridad del paciente, facilitando el acceso a la formación y a los canales de difusión de buenas prácticas, la apuesta por una organización transparente en seguridad, no punitiva, que facilite la comunicación de eventos adversos y desarrolle una política de prevención,

### Estrategias para el área de impacto 7

Promoción del desarrollo de líneas de investigación que incorporen innovaciones tecnológicas y organizativas e incorporar a la toma de decisiones los desarrollos de la estrategia de seguridad de pacientes en sus centros.

### Estrategias para el área de impacto 10

Definir e incorporan en el cuadro de mando indicadores de calidad y de seguridad.

## II.6.- Uso racional de medicamentos

Aunque los medicamentos han contribuido decisivamente a la mejora de la esperanza y al aumento de la calidad de vida, en ocasiones plantean problemas de efectividad y de seguridad que han de ser conocidos por los profesionales por lo que la incorporación del concepto de fármaco-epidemiología, gestión de riesgos y la garantía del balance

beneficio/riesgo de los medicamentos autorizados constituyen un enfoque innovador al sistema de fármaco-vigilancia vigente en el Servicio Canario de la Salud.

Las entidades sanitarias internacionales han definido que hay Uso Racional de Medicamentos "cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad" (OMS, Nairobi 1985). Las propias estadísticas de la OMS muestran que en el mundo más del 50 % de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. El Uso Racional de Medicamentos, permite optimizar los resultados fármaco-terapéuticos y la disminución de la aparición y gravedad de los efectos adversos, con la consiguiente mejora en la calidad de vida de los pacientes y el ahorro para los sistemas de salud al no tener que tratar o contener estas reacciones.

En ese sentido, tal y como prevé la normativa vigente (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y normativa que la desarrolla en Canarias) es necesario que nuestro Sistema Sanitario garantice a los profesionales sanitarios que la información, la formación y la promoción comercial de los medicamentos tengan como elementos centrales de su desarrollo el rigor científico, la transparencia y la ética en la práctica de estas actividades.

Asimismo, la reducción sostenida del gasto en la prescripción farmacéutica de los últimos años en Canarias, por la innovación y el refuerzo de la calidad y eficiencia en la gestión de su prestación, tendrá que enmarcarse necesariamente en el mantenimiento de las líneas estratégicas del Uso Racional de los Medicamentos y de control del gasto farmacéutico, que permitan seguir asegurando una prestación universal de calidad y contribuyendo así a la sostenibilidad del Servicio Canario de la Salud y del Sistema Nacional de Salud de modo general. Se pretende, de este modo seguir avanzando en la elaboración de directrices, guías, metodologías y desarrollos tecnológicos destinados a la implementación de procesos sólidos, racionales y eficientes en Canarias, que permitan lograr el máximo beneficio de los medicamentos en los diversos niveles de la atención sanitaria, colocando a disposición de los profesionales información de base, orientaciones y recomendaciones para la mejora de la prescripción tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria.

#### Estrategias para el área de impacto 5

Potenciar la figura del farmacéutico de atención primaria como apoyo a la prescripción, atención farmacéutica y selección de medicamentos.

#### Estrategias para el área de impacto 6

Se debe potenciar la función de la farmacia hospitalaria y de los profesionales de las mismas como especialistas en el medicamento, facilitando su presencia en la toma de decisiones y en la selección, adquisición y custodio de medicamentos y productos sanitarios.

#### Estrategias para el área de impacto 8 y 9

Fomentar el uso de los fármacos más eficientes. Para ello se llevará a cabo una extensa labor formativa dirigida a los profesionales sanitarios a través de cursos y de charlas de formación, así como la publicación y difusión de boletines fármaco-terapéuticos, notas informativas, de gran difusión.

Estrategias para el área de impacto 9 y 10

Implementar el Sistema de Información para diagnosticar las necesidades de mejora, monitorizar la prescripción y orientar así las actividades del servicio hacia la mejora continua de la calidad.

Estrategias para el área de impacto 9

Implementar de forma continua las mejoras del sistema de prescripción electrónica en DRAGO AP y DRAGO AE, incluyendo en la Atención Especializada la evaluación de la calidad de la prescripción con respecto a la adherencia a las guías fármaco-terapéuticas por especialidad.

Extensión de la receta electrónica de los medicamentos de visado y estupefacientes en Atención Primaria y Atención Especializada.



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO III.- DESCRIPCIÓN DE DETERMINADAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS****ANEXO III.1. La gestión participativa**

Hoy por hoy, en lo cotidiano se hace más necesario que nunca superar en la gestión teorías y prácticas en la gestión propias de otros tiempos en las que se le adjudicaba a la Administración la tarea de administrar las personas como si ellas fueran instrumentos, cosas o recursos, objetos despojados de voluntad o proyecto propio. Además, pareciera como si la democracia, y la participación, terminara en los procesos electorales y de ahí en adelante, en el interior de las instituciones funcionara la lógica tradicional de un poder centralizado en jefes, control directo sobre la realización de procedimientos técnicos (productividad, etc.) y control sobre el comportamiento formal de los funcionarios (cumplimiento de horarios, informes etc.); elaboración centralizada de programas y de normas reguladores de la atención, y una deficiente o casi ausencia de comunicación ya sea entre servicios en relación horizontal de poder como entre los distintos niveles jerárquicos.

Por otro lado, la gestión pública, en el contexto actual de crisis económica global y de cambios estructurales, que están afectando las bases del actual Sistema Nacional de Salud, trae consigo incertidumbre e inestabilidad en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, obligándoles a enfrentar de forma creativa nuevas formas de organización y de competencia, con capacidad de respuesta en el corto plazo a los cambios en el ambiente externo, surgiendo la necesidad de nuevos estilos de organización y de gestión flexible, para lo que el capital humano ha de convertirse en verdadero agente dinamizador del cambio del modelo de gestión y de legitimación y defensa del sistema público de salud.

Existen precedentes a la situación actual, como en la del año 1973 cuando se entra en la importante crisis mundial del mercado del petróleo, que advierten la caída del modelo de bienestar (o keynesiano) y que se hará mundialmente efectivo ocho años después en algunas regiones del mundo-particularmente de África y América Latina, con la expansión del proyecto neoliberal global de Ajuste Estructural. Este proceso fue impulsado a principios de la década de los 80, bajo las políticas del G-8 con el Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial del Comercio y Banco Mundial.

Estos procesos potenciaron nuevos desarrollos organizativos y de gestión pública flexible, denominada también *gestión participativa* o *cogestión*, en la que los profesionales participan activamente teniendo un papel determinante en el estilo de la organización del trabajo y aportando resultados positivos para la productividad y la mejora de la calidad de los servicios o de los productos. Desde ese punto de vista se entiende la Gestión en Salud desde una doble perspectiva, la de asegurar el cumplimiento del objetivo primario de la organización, en este caso -producir servicios de salud de calidad, eficientes y equitativos, etc.,- y la de permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión y, en consecuencia, de realización profesional y personal. Ello supone enfrentar el desafío que supone combinar la democratización institucional con la capacidad de tener algún grado de centralización vertical, sin lo cual las instituciones y sus servicios se perderían en discusiones interminables o en particularidades.

Está claro que los servicios de salud no pueden funcionar sin cierto grado de control institucional y de ahí la paradoja y los desafíos: ¿Cómo combinar determinados grados de libertad con control? ¿Trabajo autónomo con atribución de responsabilidad?

No hay una situación ideal; habría que buscar, en cada contexto, arreglos o soluciones singulares que asegurasen al menos el cumplimiento de tres criterios:

- a) La capacidad de producir salud del servicio o del equipo en cuestión. Sería el primero y principal criterio para validar un determinado acuerdo institucional. Es decir, que si un cierto contrato de trabajo está asegurando los objetivos de un programa de salud, no habría por qué criticarlo.
- b) La viabilidad técnica, financiera y política de los proyectos o convenios acordados. Este es un criterio más pragmático que combinar proyectos, deseos y proyección de necesidades con los datos de la realidad: ¿hay dinero? ¿hay capacidad institucional para emprenderlo? Y finalmente ¿habría conocimientos y saberes para concretar lo proyectado? En definitiva: ¿podemos?
- c) La realización profesional y financiera de los trabajadores de salud. Los servicios deberían constituirse en espacios donde los agentes y profesionales de salud, en general, pudiesen realizarse como sujetos de su propia existencia. La realización personal y los temas de la subsistencia, unidos.

La utilización de estas directrices ayuda a clarificar y hacer más explícita aspectos importantes de su proceso. En la práctica, habría que procurar siempre acuerdos singulares que asegurasen la máxima realización posible de cada uno de esos criterios, tomados y analizados de forma conjunta.

Este sistema tampoco asegurará por sí mismo la participación o el compromiso de los usuarios ya que los espacios, comisiones y Órganos de Participación en las Áreas y Zonas Básicas de Salud, se sitúan fuera del espacio de la gestión cotidiana de cada servicio de salud.

Se considera que esta metodología puede contribuir de forma significativa a la legitimación interna y externa del Servicio Canario de la Salud, y a la potenciación de la cultura de servicio público, creando valores a través de los cuales se consiga afrontar esa creciente exigencia de una organización moderna, ágil, eficaz y eficiente para lo que la crisis se puede plantear también como oportunidad para el fomento de los cambios necesarios<sup>3</sup>.

Introducir el uso de las nuevas tecnologías en el seguimiento de tratamientos ambulatorios, en particular en el control de la adherencia terapéutica facilitando el cumplimiento del tratamiento al paciente y permitiendo a los profesionales el seguimiento de los mismos.

---

<sup>3</sup> Resolución de 27 de enero de 2012, de la Secretaría General de Presidencia de Gobierno por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se adoptan medidas para la modernización y calidad de los servicios públicos. Canarias. 2012.



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO III.2. Unidades de Gestión Clínica**

El término "gestión clínica" engloba diferentes experiencias innovadoras en la gestión de los servicios sanitarios de los países desarrollados desde hace 20 años que buscan, fundamentalmente, optimizar la gestión de los recursos disponibles e incrementar la satisfacción de los profesionales y de las personas que usan los servicios públicos de salud. En la Gestión Clínica podemos identificar las siguientes características:

- Posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones, implicando a los profesionales en la gestión de los procesos.
- Se orienta hacia el proceso asistencial, buscando la continuidad asistencial.
- Considera al paciente el centro de todas las actuaciones, incorporando sus expectativas. Los cuidados de salud se dirigen a las necesidades específicas de los pacientes, convenientemente caracterizados y agrupados mediante sistemas de clasificación.
- Una práctica clínica adecuada que disminuya su variabilidad, basada en guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados y que incorpore los conocimientos y la metodología de la medicina basada en la evidencia (o en pruebas).
- Sistemas de información integrados que permitan evaluar las intervenciones para la mejora continua.
- El fomento de la autoevaluación y la medición de resultados en salud como método de mejora continua de la calidad.

La Gestión Clínica, que supone un cambio de orientación en la organización hospitalaria y otros ámbitos asistenciales, es ahora posible al contar con nuevos instrumentos y potencialidades, tales como: el perfeccionamiento de los sistemas de información clínica, los sistemas de clasificación de pacientes que permiten analizar el producto hospitalario, la posibilidad de comparar resultados clínicos utilizando grandes bases de datos y la aplicación a la atención sanitaria de técnicas empresariales.

Las Unidades de Gestión Clínica (UGC) son una de las formas organizativas que contempla el proyecto de gestión clínica. Otro modelo son los institutos, áreas funcionales o áreas clínicas y las unidades monográficas, enfocadas a determinados procesos o procedimientos.

Cualquiera de estas fórmulas organizativas debe ser acreditada por una unidad de los servicios centrales del SCS o por agencia externa según estándares clínicos y organizativos, disponer de una cartera de servicios, de sistemas de información orientados a los resultados y someterse a evaluación de calidad.

El compromiso entre estas unidades y la dirección del centro se concreta en el *contrato de gestión*. Este contiene el pacto suscrito por ambas partes para cada ejercicio a través de una relación de objetivos, así como el seguimiento y control por la dirección. El contrato ha de especificar el sistema de evaluación de los objetivos, del desempeño de profesionales, así como el método de asignación de incentivos.

En la operacionalización de la Gestión Clínica, como tecnología de gestión colegiada, innovadora y participativa, se han de tener en cuenta los siguientes criterios:

- La gestión colegiada de los profesionales de los equipos de salud considera tanto los objetivos primarios de estas instituciones (la propia producción de salud), como otros

objetivos secundarios, vinculados con la función de asegurar la sostenibilidad y la relación profesional de sus trabajadores y trabajadoras.

- La condición de *contrato de gestión*, como expresión de naturaleza eminentemente jurídica, no es lo más importante. Al contrario, su comprensión deber ser entendida desde una perspectiva amplia, para subordinarse a otras lógicas de gestión, construida bajo la concepción del *compromiso* y la *responsabilidad*.
- Los abordajes de abajo a arriba (bottom-up) muestran mejores resultados que los de arriba abajo (up-down), pero la implementación exitosa de estas estrategias integradoras requiere una sintonía entre ambos enfoques, así como un fuerte respaldo para su generalización.
- La innovación tecnológica, principalmente en Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs), ofrece innumerables oportunidades para el progreso de los servicios de salud, en términos de información, acceso y prestación. Existen múltiples evidencias de mejora de la calidad de los servicios y de la satisfacción derivadas de la implementación de las TICs.
- El uso de aplicaciones de eHealth muestra resultados positivos en términos de salud en diversas patologías, si bien hay otras en las que la evidencia no es concluyente. La implementación de soluciones de eHealth permite optimizar el uso de recursos asistenciales y reducir costes, principalmente en entornos de difícil o costoso acceso como los insulares.

El SCS explorará inicialmente los diferentes modelos existentes de UGC con posibilidad de implantarse en sus estructuras asistenciales, y realizará, si se considera adecuado, el pilotaje de UGC, que permita generar conocimiento y experiencia propia en este campo.

Del mismo modo estudiará las medidas normativas, organizativas y de otro tipo que fueran necesarias para su implantación, en función de la experiencia obtenida y en coherencia con los objetivos generales del SCS. Asimismo, tal y como se contempla en la línea de actuación 6.1 del Plan, el personal del SCS que forme parte de esta Unidad de Gestión Clínica, participará en la gestión de la misma, con el alcance y los límites de la normativa que se dicte en este ámbito.

Este cambio de modelo precisa de la formación en gestión clínica de los profesionales del SCS, y de la información y el concurso de los profesionales y los agentes sociales.

**ANEXO IV.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR ÁREAS DE IMPACTO Y DE COLABORACIÓN**

ÁREA DE IMPACTO 1: Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADA <sup>4</sup> (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES <sup>5</sup>	COORDINACIÓN <sup>6</sup>
1.1 Aumentar la intensidad y efectividad de los programas para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable, potenciando las ya existentes (DELTA, NAOS, PERSEO e ITES), y en particular aquellas acciones dirigidas a niños y niñas con obesidad y con sobrepeso, para reducir el consumo de bebidas carbonatadas azucaradas, bollería, lácteos azucarados y dulces en general y promover el ejercicio físico. Se propone la utilización de los mecanismos de colaboración y difusión ya consolidados (NAD)						
1.2 Se deben potenciar actividades de promoción de la salud dirigidas al ámbito infanto-juvenil: prevención del consumo de drogas y de alcohol, salud sexual y reproductiva, violencia y sus determinantes (NAD)						
TOTAL						

<sup>4</sup> Se ha cuantificado en varios grados la primera de las opciones de respuesta (Realizada: A, Acertadamente (3); D, de forma deficiente (2); I, Inadecuada (1).

<sup>5</sup>Comentarios como: Progreso hacia un...; Se consigue...; Se desarrolla ...

<sup>6</sup> Responsable de Coordinación y Gestión

ÁREA DE IMPACTO 2. Introducción del principio de la Salud en Todas las Políticas e impulso de la participación ciudadana y el desarrollo de los Consejos de Salud

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
2.1. Se deben fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Servicio Canario de la Salud, (Consejos de Salud, CIRPAC, Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones Asesoras) como espacios que favorecen el diálogo interinstitucional e intersectorial y el estímulo de las actividades de promoción de la salud. Deben ser entendidos asimismo como una estrategia y tecnología organizativa para la consulta, el seguimiento y evaluación de la gestión de la prestación sanitaria y de la calidad asistencial, de los servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud. (NAD)						
2.2 Dar difusión de los objetivos de los Programas de gestión convenida en los Consejos de Salud (ND)						
TOTAL						

AREA DE IMPACTO 3.- Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
3.1 Alineación de los objetivos de Salud Pública en los Programas de gestión convenida (NAD)						
3.2 Avanzar en una mayor coordinación de los programas de Salud Pública con la Atención Primaria y Especializada para, sin olvidar las funciones clásicas, de cada uno responder a los nuevos retos de la Salud Pública y a las atribuciones que los EAP tienen en esta materia (NAD)						
3.3 Establecer los protocolos de actuación ante contingencias, alertas sanitarias, desastres y pandemias, en todos los centros y estructuras del Sistema Canario de Salud (ND)						
TOTAL						

ÁREA DE IMPACTO 4: Desarrollar el Sistema Canario de Salud orientado hacia la mejora de la Integración Asistencial, con un balance óptimo entre la Atención Primaria, Especializada, Socio Sanitaria, Salud Pública, Salud Laboral, Salud Mental y haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes y realizando actuaciones en función de agregación por riesgo.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
4.1. Orientar el modelo de provisión para una gestión eficaz y eficiente de las enfermedades crónicas avanzando en un modelo de gestión centrado en los grupos de usuarios y usuarias de mayor complejidad y gasto, incluyendo población y trabajadores de sectores de mayor riesgo, garantizando la continuidad de cuidados (Desarrollo de estrategias en Anexo II). (NAD)						
4.2. En coordinación con las gerencias de atención primaria, especializada y de servicios sanitarios, se deben orientar los Programas de gestión convenida en función de sus resultados y eficiencia. Se potenciará la gestión participativa, la creación de equipos multidisciplinares y el trabajo en equipo, adaptando los programas, protocolos, guías y vías de práctica clínica para promover una integración entre los diferentes niveles asistenciales, y los servicios de salud pública, utilizando como referencia las Estrategias del Sistema Nacional de Salud y aquellos planes y programas que considere necesario el Servicio Canario de la Salud (NAD).						
4.3. Se deberá trabajar en la optimización, incremento de la eficiencia, de la calidad y de la productividad de todos los recursos sanitarios públicos disponibles para una adecuada provisión de la asistencia sanitaria, incluyendo la red concertada (NAD)						
4.4. Las estrategias para la prevención y control de los problemas y enfermedades prevalentes serán elaborados por el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, en colaboración con las comisiones asesoras específicas y en consonancia con las Estrategias Nacionales elaboradas desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estas estrategias (Enfermedad cardiovascular; cáncer; Diabetes; Salud Mental; Cronicidades; Coordinación Sociosanitaria; Calidad y Seguridad del paciente;						

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedades Raras, y Cuidados Paliativos, como los actuales programas y protocolos implantados, serán sometidos a una evaluación de resultados e impacto general en el sistema (ND)						
4.5 Desarrollar protocolos integrados de la Atención Primaria, Especializada y Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud, de manera que se dé respuesta coordinada, entre instituciones y entidades competentes, a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, mentales, degenerativas y de atención al final de la vida; fomentando la estratificación de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o entorno habitual con la mayor calidad de vida posible. (NAD)						
4.6. La mejora del acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria, constituye una de las preocupaciones centrales de los ciudadanos y un resultado esperado fundamental, del desarrollo de las Líneas de Actuación del ámbito de Intervención II y III priorizados en el Plan. Se contemplarán de modo singular, acciones como el impulso de los comités técnicos quirúrgicos; el avanzar en criterios de priorización de acuerdo con la necesidad (gravidad, urgencia, social); según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad), basado en el consenso de profesionales y ciudadanos, así como seguir elaborando guías de práctica clínica y el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica, entre otras.(NAD)						
4.7. Desarrollo de la estratificación de la población, como herramienta que realiza una clasificación prospectiva poblacional y de pacientes, basado en la identificación de necesidades futuras de cuidados sanitarios, a nivel de complejidad y comorbilidad de las personas, para asegurar una asistencia proactiva, eficiente y equitativa, de forma integrada entre niveles asistenciales y en						

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AUN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
planes de intervenciones poblacionales concretas, incluyendo la realización de educación sanitaria, tanto individual como grupal. (NAD)						
4.8.- Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial, un Plan Integral de Urgencias Sanitarias basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de los profesionales, sociedades científicas y usuarios, con el fin de conseguir una atención sanitaria de calidad y eficiente, con una respuesta escalonada y proporcionada a las urgencias desde el ámbito domiciliario y que de respuesta a los avances terapéuticos, a la variación de la demanda en función del envejecimiento de la población y a las crisis sanitarias estacionales (olas de calor, gripe, etc). (ND)						
4.9.- Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial, un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ellos se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científica, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implementación e implicación de otras instituciones públicas como son los ayuntamientos, cabildos y Servicios Sociales, Educación, Empleo y de Justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud.						
4.10.- Fomentar la adherencia terapéutica desarrollando acciones de formación a profesionales e información a pacientes e impulsando el uso de las nuevas tecnologías.						
4.11.- Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes.						
<b>TOTAL</b>						

## ÁREA DE IMPACTO 5: potenciar una Atención Primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
5.1. Se deberá facilitar la accesibilidad de pacientes con enfermedad aguda a unos servicios más rápidos, resolutivos y de calidad sin perder el vínculo con los profesionales asignados durante este proceso asistencial, desarrollando circuitos de procesos de atención, avanzando en el trabajo en equipo y en la mejora de la autonomía de los y las profesionales sanitarios en el ámbito de su competencia. (ND)						
5.2. Se desarrollarán medidas para conseguir un mayor acceso de los profesionales de Atención Primaria a tecnologías, medios diagnósticos y prestaciones para aumentar su capacidad resolutive así como mejorar la accesibilidad y los tiempos de respuesta dirigidas a pacientes con determinadas patologías prevalentes. La ampliación de este acceso deberá estar sometida a evaluación (NAD)						
5.3. La utilización de pruebas complementarias de laboratorio y de diagnóstico por imagen, tanto de la atención primaria como de la especializada, serán sometidos a una evaluación permanente de calidad y pertinencia de la prescripción, para la optimización de su gestión con criterios de eficiencia, eficacia y coste-utilidad en la mejora de la calidad asistencial (ND)						
5.4. Desarrollar pruebas de demostración de educación para la formación de "pacientes activos" convirtiendo la gestión de la enfermedad por el paciente en una intervención clave (escuelas de pacientes), fomentando tanto la autorresponsabilidad individual y colectiva en el proceso salud-enfermedad-cuidados, como en el uso responsable de los medicamentos y servicios de salud, pudiendo servir para ello de las Aulas de Salud y otros recursos o servicios disponibles que proporcionen actividades formativas. (ND)						
TOTAL						

## ÁREA DE IMPACTO 6: Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la Atención Primaria.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
6.1 Se debe facilitar la creación de unidades de Gestión Clínica, tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria. En ellas se sistematizan los cuidados y se resuelven, coordinadamente y en un corto plazo, las pruebas diagnósticas de los procesos más frecuentes, <i>normalizando las intervenciones y garantizando la continuidad asistencial</i> con la Atención Primaria. Estas unidades suponen una fuerte apuesta por el cambio estructural necesario y por la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente. El personal del SCS que forme parte de esta Unidad de Gestión Clínica, participará en la gestión de la misma, con el alcance y los límites de la normativa que se dicte en este ámbito. (NAD)						
6.2 Se debe hacer un uso intensivo y eficiente de las tecnologías médicas y quirúrgicas que favorezcan la <i>resolución rápida y eficiente de las enfermedades</i> y que contribuyan a la disminución de las listas de espera, potenciando la ambulatorización de procesos (ND)						
6.3 Se debe potenciar la figura del especialista consultor de referencia en las especialidades con <i>problemas de salud más prevalentes</i> , coordinados con la Atención Primaria, para garantizar una mejor continuidad asistencial y de cuidados (NAD)						
6.4.- Potenciar la función de la farmacia hospitalaria. Se debe potenciar la función de la farmacia hospitalaria y de los profesionales de las mismas como especialistas en el medicamento facilitando su presencia en la toma de decisiones, en la selección, adquisición y custodia de medicamentos y productos sanitarios. (ND)						
TOTAL						

AREA DE IMPACTO 7: Incidir en las Agendas de Investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población, así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos de la Comunidad.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AUN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
<p>7.1. Se debe priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, mentales y profesionales, priorizando los proyectos orientados a la lucha contra las enfermedades que mayor mortalidad y morbilidad causan hoy en la población del archipiélago. Se contemplará la investigación de las desigualdades por razón de sexo y clase social, así como el estudio de la carga ocupacional en la enfermedad común, que genere nuevas evidencias, que identifique las prácticas de excelencia y respuestas efectivas y, en su caso, integradas interinstitucional e intersectorialmente (ND)</p> <p>7.2. Elaborar un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria que recoja el pensamiento de los expertos con los que cuenta Canarias y dé respuesta a aspectos como la investigación traslacional de las enfermedades crónicas y trastornos mentales prevalentes, la gestión de la investigación, su financiación y el reconocimiento de la función de investigación al profesional sanitario de los centros y servicios de las Áreas de Salud. Será parte de este plan una colaboración activa entre Universidades Públicas Canarias - Servicio Canario de la Salud, así como otras entidades con competencias e intereses en investigación, identificando fortalezas, debilidades y líneas de actuación prioritarias buscando potencialidades entre organismos. (NAD)</p>						
TOTAL						

AREA DE IMPACTO 8: Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AUN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
8.1. <i>Se debe desarrollar una estrategia específica de Formación Permanente</i> , para la capacitación de los profesionales del SCS, hacia la consecución de los objetivos y Líneas de Actuación que se establezcan en este Plan de Salud de Canarias y particularmente para la formación en habilidades de liderazgo y gestión participativa, tanto clínica como de gestión. Esta estrategia ha de contribuir a profesionalizar la gestión, propiciar el desarrollo de la carrera profesional así como favorecer el reconocimiento de los profesionales de la salud que quieran participar en tareas directivas (NAD)						
8.2. Todas las Áreas de Salud deben realizar <i>formación de los profesionales en epidemiología</i> aplicada la planificación y gestión del Sistema Canario de Salud, así como en Salud Pública. (ND)						
TOTAL						

ÁREA DE IMPACTO 9: Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs), que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
9.1 Se debe potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad y la trazabilidad de pacientes entre los diferentes centros y estructuras: Historia clínica electrónica, consulta telefónica, receta electrónica, tarjeta sanitaria electrónica, control remoto de pacientes con enfermedades crónicas, telecuidados y telemedicina en general (NAD)						
9.2. Se debe asegurar que los sistemas de información existentes y los nuevos a desarrollar apoyen la integración entre niveles asistenciales y alinear la nueva estrategia PETSI con las Áreas de Impacto del Plan (ND)						
9.3 Se debe culminar la incorporación de la Historia Clínica Electrónica y avanzar en la implantación de la historia clínica compartida AP-AE, como herramienta que garantice la absoluta disponibilidad de la información clínico-administrativa en el momento de la atención a los usuarios (NAD)						
TOTAL						

ÁREA DE IMPACTO 10: Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la toma de decisiones.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
10.1. Se deberá orientar el sistema de información en salud hacia un modelo integrado, homogéneo y georreferenciado de Sistema de Soporte de Decisiones (SSD) del Servicio Canario de la Salud, en sus diferentes esferas territoriales (CCAA, Área de Salud y ZBS) que permita conocer la situación y características de sus infraestructuras y servicios, así como realizar el seguimiento de aquellos indicadores seleccionados para el proceso de toma de decisiones (NAD)						
10.2. El Servicio Canario de la Salud desarrollará a través de las TICs una estrategia de comunicación en salud para la población general, usuaria, y de los propios profesionales, integrando la información relevante, sobre el estado de salud y la gestión sanitaria, disponible en tiempo razonable para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad pública (NAD)						
TOTAL						

ÁREA DE COLABORACIÓN SOCIO SANITARIA: Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención socio-sanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AUN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
1.1. Colaborar con organismos e instituciones buscando la <i>complementariedad de las acciones</i> del sistema sanitario y de otros sistemas de protección social, en particular de los Cabildos Insulares y de los Ayuntamientos, así como organizaciones no gubernamentales y centros concertados, que realicen actividades socio sanitarias en el ámbito local. (ND)						
1.2. Apoyo a la atención a la Salud Mental, para lo que se deberá potenciar la coordinación entre las distintas instituciones, organizaciones de pacientes, estructuras y servicios de la Red de Salud Mental (unidades de internamiento breve, hospitales de día, pisos asistidos, Unidades de Salud Mental Comunitaria, etc.) para lo cual se debe aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). (ND)						
TOTAL						

**ÁREA DE COLABORACIÓN EN EDUCACIÓN:** Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, a nivel central del Gobierno de Canarias, y con la comunidad educativa en los territorios insulares, municipales y de Zona Básica de Salud, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
2.1. Colaborar con la Consejería de Educación, valorando la viabilidad de determinadas actuaciones conjuntas, como es el Programa de Salud Escolar en consonancia con el Programa del Niño Sano que se lleva a cabo en los Equipos de Atención Primaria, y valorando acciones y programas en educación sobre los factores de riesgo prevalentes, estilos de vidas saludables en el ámbito educativo, potenciando la salud en la formación reglada y las Aulas de Salud; desarrollando de forma generalizada y fortaleciendo la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud (ND)						
2.2. Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y seguridad alimentaria, la promoción de menús saludables y contribuyendo, de modo particular, a la preservación y promoción de las condiciones nutricionales de los grupos de mayor privación social de la comunidad escolar. Asimismo colaborar en las acciones encaminadas a la reducción de máquinas expendedoras de bollería industrial, dulces, snacks y bebidas gaseosas edulcoradas en centros escolares, potenciando productos alternativos y ecológicos. (ND)						
2.3. Colaborar en la puesta en marcha de iniciativas que puedan desplegarse en diferentes vertientes (normativa, protocolos, sensibilización, información, formación, etc.) que contribuyan a la consecución de los objetivos de la Estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS), señalados en el Capítulo VII de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, en especial las Medidas especiales						

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
dirigidas al ámbito escolar correspondientes al Artículo 40 de dicha Ley. (ND)						
TOTAL						

**ÁREA DE COLABORACIÓN CON AYUNTAMIENTOS Y CABILDOS:** Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas con Ayuntamientos y Cabildos Insulares, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
3.1. Colaborar con la Federación Canaria de Municipios (FECAM) y la Federación Canaria de Islas (FECAI) y a través de los correspondientes Consejos de Dirección y de Salud, para establecer un marco de colaboración denominado "Red Canaria de Municipios e Islas Saludables" como instrumento para crear las condiciones de colaboración necesaria, para enfrentar de modo efectivo y eficiente los problemas que afectan la conservación, promoción y protección de la salud en Canarias, en función de los ámbitos competenciales correspondientes (ND).						
3.2. Potenciar las acciones formativas dirigidas en general a reducir las dependencias o adicciones, reforzando la vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa de medidas sanitarias frente al tabaquismo y bebidas alcohólicas; a evitar o retrasar el inicio en el consumo de tabaco en la población más vulnerable, como son los jóvenes y mujeres en particular, así como el						

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-1)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
refuerzo de la relación con los Equipos de Atención Primaria y la promoción de la salud desde el servicio de atención a las adicciones de la Dirección General de Salud Pública.(ND)						
3.3. Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social de la comunidad, generando estrategias de prevención y de atención sanitaria, particularmente en colaboración con la Atención Primaria de Salud y los servicios de Salud Pública, bienestar social de las corporaciones locales y de la Comunidad Autónoma junto a las organizaciones sociales con implicación en dichos ámbitos. (NAD)						
TOTAL						

AREA DE COLABORACIÓN CON LAS UNIVERSIDADES DE CANARIAS Y OTRAS ORGANIZACIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO DE CANARIAS Y DEL ESTADO: Colaboración con otras instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias y del Estado, en el desarrollo de planes de formación y actualización del personal, estableciendo cauces participativos.

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
4.1. Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias en la formación de pre y post grado de los profesionales sanitarios. Se pretende así mejorar la capacidad del sistema sanitario para afrontar el desafío que supone la innovación en la gestión en la salud y en los servicios. (ND)						
4.2. Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios a través de convenios de colaboración y acuerdos con los Colegios Farmacéuticos y sus representantes en los Consejos de Salud de Zona Básica, para la realización de acciones coordinadas de prevención de la enfermedad, de promoción de la salud en los factores de riesgo prevalentes y problemas estacionales, así como en el autocuidado, el uso racional del medicamento y los productos sanitarios del Servicio Canario de la salud. (ND)						
4.3 Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como de los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, se desarrollan en los Planes Estratégicos de cada una de las Direcciones de Áreas de Salud. Asimismo, el SCS comunicará a principios de cada ejercicio presupuestario la estimación de la demanda asistencial anual para la concertación y la fijación del gasto previsto para dicha actividad acorde con la disponibilidad presupuestaria. (ND)						
4.4. Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias y las sociedades científicas para el						

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ACCIONES REALIZADAS (A-D-I)	NO REALIZADA AÚN	PLAZO PARA REALIZARLA	NO SE APLICA	OBSERVACIONES	COORDINACIÓN
desarrollo de la investigación y la formación continuada de los profesionales sanitarios. (ND)						
4.5. Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Aguas, del Gobierno de Canarias en la organización y desarrollo de los programas de prevención y control de riesgos y problemas biológicos, fundamentalmente de origen zoonótico, y químicos (plaguicidas, nitratos, metales pesados, etc.) con la finalidad última de mejorar la salud de los consumidores. (ND)						
4.6. Reforzar la colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares para contribuir a la formación de pacientes, familiares y ciudadanía, en materia de salud, para mejorar la toma de decisiones en sus procesos de salud-enfermedad y cuidados; participar en el desarrollo colaborativo y ejecución de programas, acciones o guías de práctica clínica en beneficio de su calidad de vida y de la efectividad del sistema sanitario, facilitando el conocimiento del funcionamiento y organización de los servicios para contribuir a su legitimación y uso eficiente. (ND)						
<b>TOTAL</b>						



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

## ANEXO V.- INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y DEL SISTEMA SANITARIO DE CANARIAS

A. DETERMINANTES DE LA SALUD																Ambito	Area de impacto	Linea de actuación																																		
A1. AMBIENTALES : Factores físicos, químicos y biológicos del ambiente que actúan como determinantes de daños en salud																																																				
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA							Ambito	Area de impacto	Linea de actuación																																		
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación																																					
1	Nº de altas por intoxicación por plaguicidas. CODIGO CIE-9-MC: E863																I	3	2																																	
A1.1	FUENTE: OMBDS																																																			
2	Tasa de Incidencia (por 100.000 hab.) de enfermedades de origen zoonótico no alimentario																I	3	2																																	
A1.2	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS																																																			
3	Tasa de Incidencia (por 100.000 hab.) de enfermedades de origen químico de transmisión alimentaria																I	3	2																																	
A1.3	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS																																																			
4	Porcentaje de muestras normalizadas de alimentos libres de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes																I	3	3																																	
A1.4	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias																																																			
5	Porcentaje de muestras normalizadas de alimentos con residuos de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes < MRL																I	3	3																																	
A1.5	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias																																																			
6	Porcentaje de muestras de alimentos con residuos de pesticidas y/o compuestos tóxicos persistentes ≥ MRL																I	3	3																																	
A1.6	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias																																																			
7	Tasa de muestras normalizadas de pesticidas y/o ctp en alimentos por 100.000 habitantes.																I	3	3																																	
A1.7	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias																																																			
8	nº de pesticidas y/o ctp totales analizados																I	3	3																																	
A1.8	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias																																																			
9	Exposición a PM 10 y PM 2,5																I	3	3																																	
A1.9	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AÑO 2011</th> <th colspan="2">Media</th> <th colspan="2">Percentil 50</th> </tr> <tr> <th>PM10 µg/m3</th> <th>PM 2.5 µg/m3</th> <th>PM10 µg/m3</th> <th>PM2.5 µg/m3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gran Canaria</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Tenerife</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Fuerteventura</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Lanzarote</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>La Palma</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	AÑO 2011	Media		Percentil 50		PM10 µg/m3	PM 2.5 µg/m3	PM10 µg/m3	PM2.5 µg/m3	Gran Canaria					Tenerife					Fuerteventura					Lanzarote					La Palma																					
			AÑO 2011	Media		Percentil 50																																														
		PM10 µg/m3		PM 2.5 µg/m3	PM10 µg/m3	PM2.5 µg/m3																																														
		Gran Canaria																																																		
		Tenerife																																																		
		Fuerteventura																																																		
Lanzarote																																																				
La Palma																																																				
	FUENTE: Sanidad Ambiental. DGSP del SCS																																																			
	Nota: Promedios anuales y el percentil 50 horario																																																			
10	Promedio anual de PM10 (Partículas en suspensión de diámetro igual o menos que 10 µm)																I	3	3																																	
A1.10	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad																																																			
11	Nº de superaciones anuales de la normativa PM 10																I	3	3																																	
A1.11	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad																																																			
12	Nº de superaciones anuales de la normativa N02																I	3	3																																	
A1.12	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad																																																			
13	Nº de superaciones anuales de la normativa O3																I	3	3																																	
A1.13	FUENTE: Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad																																																			
14	Número de Vehículos Diesel.																C	3	1																																	
A1.14	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio.																																																			
15	Número de Industrias altamente contaminantes.																C	3	1																																	
A1.15	FUENTE: Fuente: Registro Estatal de Emisiones y Fuentes Contaminantes (PRTR-España):																																																			
16	Porcentaje de energía producida a partir de fuentes renovables (%MWh).																C	3	1																																	
A1.16	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio																																																			
17	Zonas críticas urbanas expuestas a contaminación del aire (Km2)																C	3	1																																	
A1.17	FUENTE: Consejería de Empleo, Industria y Comercio																																																			
18	Número de denuncias por ruido.																C	3	1																																	
A1.18	FUENTE:																																																			
19	Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación "no apta para el consumo"																I	3	3																																	
A1.19	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																																																			
20	Número de brotes de enfermedades asociadas a la contaminación del agua de consumo.																I	3	2																																	
A1.20	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																																																			

A. DETERMINANTES DE LA SALUD															Ámbito	Área de impacto	Línea de actuación		
A1. AMBIENTALES : Factores físicos, químicos y biológicos del ambiente que actúan como determinantes de daños en salud																			
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA										
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación				
21	Porcentaje anual de instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de Legionella con deficiencias de las instalaciones inspeccionadas																I	3	3
A1.21	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
22	Porcentaje anual de muestras de agua de mar con calificación "no apta para el baño".																I	3	3
A1.22	FUENTE: Servicio de Sanidad Ambiental SCS. Consejería de Sanidad. MSSSI.																		
23	Tasa de incidencias en piscinas año/total de piscinas (RD 742/2013)																I	3	3
A1.23	FUENTE: Servicio de Sanidad Ambiental SCS. Consejería de Sanidad																		
24	Tasa de incumplimiento en piscinas año/total de piscinas RD 742/2013																I	3	3
A1.24	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
25	Porcentaje anual de piscinas con incumplimientos normativos de las piscinas inspeccionadas																I	3	3
A1.25	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
26	Porcentaje de establecimientos de alimentación que no disponen de un sistema APPCC o guía validada correctamente implantado																I	3	3
A1.26	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
27	Porcentaje de establecimientos escolares con comedor que no disponen de menú escolar validado por un profesional en relación al total de establecimientos inspeccionados																I	3	3
A1.27	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
28	Porcentaje de establecimientos de alimentación con incumplimientos graves en la aplicación de la normativa de seguridad alimentaria en relación con los establecimientos inspeccionados																I	3	3
A1.28	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
29	Porcentaje de establecimientos escolares con comedor inspeccionados/año en relación al total de establecimientos censados																I	3	3
A1.29	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
30	Porcentaje de establecimientos de alimentación por sectores inspeccionados en relación con el total de establecimientos de ese sector																I	3	3
A1.30	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
31	Porcentaje de establecimientos mayoristas-industriales y/o de distribución de alimentación inspeccionados/año que cuentan con un sistema de gestión y control de alertas alimentarias correctamente desarrollado en relación al total de establecimientos censados																I	3	3
A1.31	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
32	Porcentaje de establecimientos de alimentación inspeccionados que cuentan con una certificación de calidad con el alcance de la seguridad alimentaria. (ISO 22000, BRC, IFS o similar) sobre el total de alimentos inspeccionados.																I	3	3
A1.32	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Consejería de Sanidad.																		
33	Unidades proveedoras de servicios sanitarios que tienen desarrollados e implantados protocolos de actuación ante eventuales efectos derivados del cambio climático (variaciones bruscas de temperatura, alertas por lluvias torrenciales, etc.) en relación con la totalidad de unidades proveedoras específicas de referencia.																I	3	2
A1.33	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Gerencias. Consejería de Sanidad.																		
34	Unidades proveedoras de servicios sanitarios que tienen desarrollados e implantados protocolos de actuación ante eventuales situaciones de crisis y alertas sanitarias (brotos, necesidades de aislamiento, catástrofes, etc.) en relación con la totalidad de unidades proveedoras específicas de referencia.																I	3	2
A1.34	FUENTE: DGSP. Direcciones de Área. Gerencias. Consejería de Sanidad.																		



B. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN																Ámbito	Área de Impacto	Línea de actuación		
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA											
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación					
60	Prevalencia de diabetes mellitus en población adulta (> 15 años) por 100 hab																II	4	1	
B1.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
61	Prevalencia de hipertensión arterial en población adulta (> 15 años)																II	4	1	
B1.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
62	Prevalencia de trastornos mentales en población adulta (> 15 años)																II	4	1	
B1.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
63	Índice de CAOD a los 14 años																I	3	2	
B1.4	FUENTE: Consejería de Sanidad																			
64	Tasa de incidencia de accidentes de trabajo por 100.000 afiliados a la SS																I	3	2	
B1.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
65	Prevalencia declarada de EPOC en población adulta																II	4	1	
B1.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
66	Prevalencia declarada de asma en población adulta																II	4	1	
B1.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
67	Incidencia de EDO (sumatoria y por patología) en población turística																I	3	2	
B1.8	FUENTE: DGSP. Consejería de Sanidad																			
<b>B2. ESTADO FUNCIONAL : Aparición de limitaciones o restricciones y dependencias en la realización de actividades cotidianas habituales.</b>																				
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA											
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación					
68	Tasa de discapacidad por 1.000 habitantes																II	4	1	
B2.1	FUENTE: Instituto Nacional de Estadística																			
69	Tasa de incidencia media mensual de Incapacidades Temporales (IT) por contingencias comunes (excepto autónomos) por cada mil trabajadores protegidos																II	4	6	
B2.2	FUENTE: Servicio Salud Laboral del SCS / MESS																			
<b>B3. BIENESTAR: Calidad de vida asociada al bienestar físico, mental y social de los individuos.</b>																				
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA											
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación					
70	Porcentaje de personas con valoración positiva (buena y muy buena) de su estado de salud																II	4	1	
B3.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
71	Porcentaje de personas de 65 o más años con valoración positiva (buena y muy buena) de su estado de salud																II	4	1	
B3.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
72	Esperanza de vida en buena salud al nacer																II	4	3	
B3.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
73	Años de vida saludable al nacer																II	4	3	
B3.4	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
74	Esperanza de vida al nacer																II	4	3	
B3.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
75	Años de vida saludable a los 65 años																II	4	1	
B3.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
76	Esperanza de vida en buena salud a los 65 años																II	4	1	
B3.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
77	Esperanza de vida a los 65 años																II	4	1	
B3.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
78	Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental																II	4	1	
B3.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
79	Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas y sedantes.																II	4	1	
B3.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
80	Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos.																II	4	1	
B3.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			

B4. MORTALIDAD : Patrón de tendencias en la aparición de muertes en la población												
81	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)									II	4	3
B4.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
82	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos									II	4	3
B4.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
83	Tasa de mortalidad general ajustada por edad (por 100.000 hab)									II	4	3
B4.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
84	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica por 100.000 hab									II	4	1_3
B4.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
85	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab									II	4	1_3
B4.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
86	Tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab									II	4	1_3
B4.7	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
87	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por 100.000 hab									II	4	1_3
B4.8	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
88	Tasa de mortalidad ajustada por edad por neumonía e influenza por 100.000 hab									II	4	3
B4.9	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
89	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón por 100.000 hab									II	4	3
B4.10	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
90	Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedad crónica del hígado por 100.000 habitantes									II	4	1_3
B4.11	FUENTE: Portal estadístico del SNS											
91	Tasa de mortalidad por neoplasias maligna de mama por 100.000 mujeres									II	4	1_3
B4.12	FUENTE: DGSP. Gobierno de Canarias											
92	Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab									II	4	1_3
B4.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS											
93	Tasa de mortalidad por causas externas									II	4	3
B4.14	FUENTE: INE. Unidad de Mortalidad. DGSP-SCS											
94	Tasa de mortalidad por suicidios, ajustada por edad por 100.000 hab									II	C4	1_3_2
B4.15	FUENTE: Portal estadístico del SNS. INCLASNS.											
95	Número de víctimas mortales de accidentes de tráfico									C	1	1
B4.16	FUENTE: Portal estadístico del SNS. INCLASNS.											

C. SISTEMA DE SALUD : Gestión y estructura															Ámbito	Área de Impacto	Línea de actuación	
C1. FINANCIACIÓN: Recursos financieros																		
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA									
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación			
96	Gasto público en salud como porcentaje del PIB																	
C1.1	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
97	Gasto sanitario público por habitante protegido																	
C1.2	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
98	Porcentaje del gasto sanitario público en los servicios de atención primaria																	
C1.3	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
99	Gasto sanitario público en atención primaria por habitante protegido																	
C1.4	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
100	Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada																	
C1.5	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
101	Gasto sanitario público en atención especializada por habitante protegido																	
C1.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
102	Porcentaje del gasto sanitario público en farmacia																	
C1.7	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
103	Gasto sanitario público en farmacia por habitante protegido																	
C1.8	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
104	Porcentaje del gasto sanitario público en conciertos																	
C1.9	FUENTE: Portal estadístico del SNS																#DIV/0!	
105	Gasto sanitario público en conciertos por habitante protegido																	
C1.10	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
106	Porcentaje del gasto sanitario público (del SCS) en remuneraciones del personal																	
C1.11	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	

C. SISTEMA DE SALUD : Gestión y estructura																	Ambito	Área de impacto	Línea de actuación	
C2. RECURSOS : Conjunto de personas, informaciones, instalaciones, equipamientos e insumos incorporados en las operaciones del Sistema de Salud																				
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA											
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación					
107	Población media por profesional de medicina de familia																	II	5	1
C2.1	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
108	Personal médico de atención primaria por 1000 personas asignadas																	II	5	1
C2.2	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
109	Número de ZBS con médico especialista consultor (dato agregado de las 20 especialidades activas)																	II	4	3
C2.3	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
110	Población media por profesional de enfermería en Atención Primaria																	II	5	1
C2.4	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
111	Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas																	II	5	1
C2.5	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
112	Población media por trabajador social en Atención Primaria																	II	5	1
C2.6	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
113	Población media por auxiliar administrativo en Atención Primaria																	II	5	1
C2.7	FUENTE: Sistema de Información Atención Primaria																			
114	Personal médico en atención especializada por 1000 hab																	II	4	6
C2.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
115	Personal médico en atención especializada por 1000 hab (% del SNS)																	II	4	6
C2.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
116	Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab																	II	4	6
C2.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
117	Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab (% del SNS)																	II	4	6
C2.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
118	Nº Unidades de Gestión Clínica implantadas por hospital/gerencia																	II	6	1
C2.12	FUENTE: Sistema de Información del SCS																			
119	Ratios de equipos de alta tecnología médica (ATM) por 100.000 habitantes																	II	6	2
C2.13	Tomografía Axial																			
	Resonancia Magnética																			
	Hemodinámica																			
	Hemodiálisis																			
	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
120	Ratios de equipos de alta tecnología médica (ATM) por 100.000 habitantes (% del SNS)																	II	6	2
C2.14	Tomografía Axial																			
	Resonancia Magnética																			
	Hemodinámica																			
	Hemodiálisis																			
	57																			
121	Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes																	II	4	3
C2.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
122	Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes (%SNS)																	II	4	6
C2.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
123	Ratio de puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes																	II	4	6
C2.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
124	Ratio de puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes (%SNS)																	II	4	6
C2.18	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
125	Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab																	II	4	6
C2.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
126	Quirófanos en funcionamiento por 100.000 hab (%SNS)																	II	4	6
C2.20	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
127	Ratio de camas hospitalarias para atención de larga duración por 100.000 habitantes																	II	4	6
C2.21	FUENTE: Sistema de Información del SNS																			
128	Ratio de transporte sanitario por tipo y por 1.000 habitantes																	II	4	6
C2.22	Soporte vital avanzado (medicalizado)																			
	Soporte vital avanzado (sanitarizado)																			
	Soporte vital básico																			
	No urgente																			
	Helicóptero																			
	Avión																			
	FUENTE: Elaboración propia con datos de la memoria 2009 de Gestión Sanitaria de Canarias																			

D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios																Ámbito	Área de impacto	Línea de actuación
D1. EFECTIVIDAD, EFICIENCIA: Grado con que la asistencia, los servicios y las acciones atienden a los resultados esperados																		
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA									
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación			
129	Mortalidad prematura (< 75 años) por cáncer de mama, de colon y de pulmón por 100.000 hab																	
D1.1	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
130	Mortalidad prematura (< 75 años) por cardiopatía isquémica ajustada por edad por 100.000 hab																	
D1.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
131	Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por diabetes mellitus por 100.000 hab																	
D1.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
132	Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por enfermedad cerebrovascular por 100.000 hab																	
D1.4	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
133	Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por cáncer por 100.000 hab																	
D1.5	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
134	Tasa de mortalidad prematura ajustada por edad por enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores por 100.000 hab																	
D1.6	FUENTE: Portal estadístico del SNS																	
135	Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias																	
D1.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
136	Mortalidad intrahospitalaria tras intervención quirúrgica por cada 100 altas quirúrgicas																	
D1.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
137	Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto																	
D1.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
138	Mortalidad intrahospitalaria tras angioplastia coronaria por cada 100 altas por dicho procedimiento																	
D1.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
139	Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadEra por cada 100 altas por dicho diagnóstico																	
D1.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
140	Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con hemorragia intestinal por cada 100 altas por dicho diagnóstico																	
D1.12	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
141	Mortalidad intrahospitalaria de pacientes con nemonia por cada 100 altas por dicho diagnóstico																	
D1.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
142	Tasa de amputaciones miembro inferior en pacientes diabéticos																	
D1.14	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
143	Porcentaje global de reingresos																	
D1.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
144	Porcentaje de reingreso urgente tras cirugía programada																	
D1.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
145	Porcentaje de reingreso urgente post-infarto																	
D1.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
146	Porcentaje de reingreso urgente por asma																	
D1.18	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
147	Porcentaje de reingreso urgente psiquiátrico																	
D1.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
148	Estancia media																	
D1.20	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
149	Estancia media ajustada por casuística																	
D1.21	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
150	Porcentaje de personas >14 años que tienen estimado el riesgo cardiovascular																	
D1.22	FUENTE: Cartera de servicios del SCS																	

D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios															Ámbito	Área de impacto	Línea de actuación
D1. EFECTIVIDAD, EFICIENCIA: Grado con que la asistencia, los servicios y las acciones atienden a los resultados esperados																	
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA								
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación		
151	<b>Cobertura de vacunación (vacunas seleccionadas del calendario oficial de la CCAA)</b>															3	1
	Poliomielitis (3 dosis): porcentaje de niños vacunados de 0 a 1 año																
	Triple vírica (2ª dosis): porcentaje de niños vacunados de 3 a 6 años																
D1.23	VPH (3 dosis): porcentaje de niñas vacunadas																
	Gripe: porcentaje de adultos vacunados de 65 o más años.																
	FUENTE: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad																
152	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de sarampión</b>														I	3	2
D1.24	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
153	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de tosferina</b>														I	3	2
D1.25	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
154	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de tuberculosis</b>														I	3	2
D1.26	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
155	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de hepatitis B</b>														I	3	2
D1.27	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
156	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de varicela</b>														I	3	2
D1.28	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
157	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de gripe</b>														I	3	2
D1.29	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
158	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de parotiditis</b>														I	3	2
D1.30	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
159	<b>Tasa de infección por Legionella por 100.000 habitantes</b>														I	3	2
D1.31	FUENTE: Servicio Epidemiología SCS																
160	<b>Tasa de incidencia (x 100.000) de VIH</b>														I	3	2
D1.32	FUENTE: Sistema de Información del SNS																
161	<b>Tasa de incidencia (por 100.000 hab) de toxiinfecciones alimentarias</b>														I	3	3
D1.33	FUENTE: Servicio Epidemiología SCS																
162	<b>Número de toxiinfecciones alimentarias</b>														I	3	3
	Número de brotes																
	Número de afectados																
D1.34	Pacientes ingresados																
	FUENTE: Servicio Epidemiología SCS																

D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios															Ambito	Area de impacto	Linea de actuaci	
D2. ACCESO : Capacidad de las personas en obtener los servicios necesarios en el lugar y el momento adecuado																		
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA									
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variació	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación			
163	Frecuentación registrada en Atención Primaria por persona asignada/año															II	4	6
D2.1	Medicina																	
	Pediatría																	
	Enfermería																	
	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
164	Frecuentación registrada en consultas externas de Atención Especializada por 1.000 hab/año															II	4	3
D2.2	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
165	Frecuentación registrada en consultas externas de Atención Especializada por 1.000 hab/año (%SNS)															II	4	3
D2.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
166	Frecuentación registrada de ingresos hospitalarios por 1.000 hab/año															II	4	3
D2.4	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
167	Frecuentación registrada de ingresos hospitalarios por 1.000 hab/año (%SNS)															II	4	3
D2.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
168	Frecuentación registrada en hospitales de día. Sesiones por 1.000 hab/año															II	4	3
D2.6	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
169	Frecuentación registrada en hospitales de día. Sesiones por 1.000 hab/año (%SNS)															II	4	3
D2.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
170	Tasa de uso de TAC por 1000 hab/año															II	6	2
D2.8	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
171	Tasa de uso de TAC por 1000 hab/año (%SNS)															II	6	2
D2.9	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
172	Tasa de uso de RMN por 1000 hab/año															II	6	2
D2.10	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
173	Tasa de uso de RMN por 1000 hab/año (%SNS)															II	6	2
D2.11	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
174	Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab/año															II	6	2
D2.12	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
175	Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab/año (%SNS)															II	4	6
D2.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
176	Frecuentación registrada en urgencias por 1.000 hab/año.															II	4	8
D2.14	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
177	Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 100.000 hab															II	4	6
D2.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
178	Tasa ajustada de hospitalización por infarto agudo de miocardio por 100.000 hab (SNS)															II	4	3
D2.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
179	Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 hab															II	6	2
D2.17	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
180	Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares por 100.000 hab (SNS)															II	4	3
D2.18	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
181	Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 100.000 hab															II	6	2
D2.19	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
182	Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 100.000 hab (SNS)															II	4	3
D2.20	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
183	Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 100.000 hab															II	6	2
D2.21	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
184	Tasa ajustada de hospitalización por diabetes mellitus por 100.000 hab (SNS)															II	4	3
D2.22	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
185	Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por 100.000 hab															II	6	2
D2.23	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
186	Tasa ajustada de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva por 100.000 hab (SNS)															II	4	3
D2.24	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
187	Pacientes en espera para consultas especializadas por 1000 hab															II	4	3
D2.25	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	
188	Tiempos de espera para consultas especializadas (promedio de días)															II	4	3
D2.26	FUENTE: Sistema de Información del SNS																	



D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios															Ambito	Área de impacto	Línea de actuación		
D3. ACEPTABILIDAD : Grado con que los servicios de salud ofertados están de acuerdo con los valores y expectativas de los usuarios y de la población																			
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA										
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación				
221	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos del modo en que funciona el sistema sanitario público																III	10	2
D3.1	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
222	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con la atención recibida en consulta de medicina de familia y pediatría en centros de salud																II	4	3
D3.2	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
223	Porcentaje de la población que en caso de poder elegir acudiría a un centro privado para obtener servicios de atención primaria																II	4	3
D3.3	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
224	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con la atención especializada (consultas de especialistas en centros públicos)																II	4	3
D3.4	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
225	Porcentaje de la población que en caso de poder elegir acudiría a un centro privado para obtener servicios de atención especializada																II	4	3
D3.5	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
226	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con atención recibida en Urgencias de hospitales públicos																II	4	3
D3.6	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
227	Porcentaje de la población que en caso de poder elegir acudiría a un centro privado para obtener servicios de atención urgente																II	4	3
D3.7	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
228	Valoración (0 a 10) de los ciudadanos con atención recibida en ingreso y asistencia en hospitales públicos																II	4	3
D3.8	FUENTE: Barómetro sanitario del CIS																		
229	Opinión de la importancia y prioridad que la ciudadanía considera la sanidad de mayor interés																II	4	3
D3.9	FUENTE: Barómetro CIS																		
230	Porcentaje de población que considera que el sistema sanitario necesita rehacerse completamente																II	4	3
D3.10	FUENTE: Barómetro CIS																		
231	Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 hab																II	4	3
D3.11	FUENTE: SISLE-SNS																		
232	Tasa de reclamaciones por 10.000 habitantes (Canarias/Extremadura)																I	2	1
D3.12	FUENTE: (ODDUS) Canarias/extremadura																		
233	Tasa de reclamaciones por 10.000 visitantes extranjeros/mes																I	2	1
D3.13	FUENTE: (ODDUS) Canarias																		

D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios																Ámbito	Área de Impacto	Línea de actuación	
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA										
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación				
234	Índice de enfermeras comunitarias de enlace por población protegida																II	4	1
D4.1	FUENTE: Continuidad Cuidados Atención Domiciliaria																		
235	Porcentaje de cobertura del servicio continuidad de cuidados de enfermería de atención primaria																II	4	1
D4.2	FUENTE: Continuidad Cuidados Atención Domiciliaria																		
236	Porcentaje de cesáreas																II	4	3
D4.3	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
237	Porcentaje de cesáreas (SNS)																II	4	3
D4.4	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
238	Tasa de reacciones adversas a medicamentos notificadas por 100.000 habitantes																II	4	4
D4.5	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
239	Mortalidad por efectos adversos producidos por medicamentos																II	4	4
D4.6	FUENTE: Patrones de Mortalidad. MSSSI																		
240	Índice sintético de calidad - Uso racional del medicamento																II	4	4
D4.7	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
241	Pacientes crónicos polimeditados con 65 o más años y 10 o más medicamentos																II	4	1
D4.8	FUENTE: Sistema de Información del SCS																		
242	Porcentaje de RECC prescritas en AP																III	9	1
D4.9	FUENTE: Sistema de Información del SCS																		
243	Porcentaje de RECC prescritas en AE																III	9	1
D4.10	FUENTE: Sistema de Información del SCS																		
244	Porcentaje de adherencia a la Guía Farmacoterapéutica de referencia.																II	4	4
D4.11	FUENTE: Sistema de Información del SCS																		
245	Dosis por habitante y día (DHD) de antibióticos																II	4	4
D4.12	FUENTE: Sistema de Información del SCS																		
246	Tasa de infección hospitalaria por cada 100 altas hospitalarias																II	6	2
D4.13	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
247	Porcentaje de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias que ingresan en el hospital																II	4	3
D4.14	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
248	Tasa de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda por cada 1.000 altas hospitalarias																II	6	2
D4.15	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
249	Tasa de úlceras por presión por cada 1.000 altas hospitalarias																II	6	2
D4.16	FUENTE: Sistema de Información del SNS																		
250	Tasa de agresiones a personal sanitario por cada 1.000 trabajadores																III	10	2
D4.17	FUENTE: Balance actividad Consejería Sanidad 2008																		
251	Porcentaje de procedimientos de laboratorio de salud pública acreditados																I	3	3
D4.18	FUENTE: DGSP. Consejería de Sanidad																		

D. SISTEMA DE SALUD : Desempeño de los servicios															Ámbito	Área de Impacto	Línea de actuación
D5. PARTICIPACIÓN, TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO																	
Nº	INDICADOR	CANARIAS							ESPAÑA								
		H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación	H	M	total	año	total año referencia	año de referencia	% de variación		
252	Porcentaje de Consejos de Salud de ZBS activos																
D5.1	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS																
253	Promedio anual de reuniones de los Consejos de Salud																
	de Zona Básica																
D5.2	de Área de Salud																
	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS																
254	Promedio anual de reuniones de los Consejos de Dirección del Área de Salud																
D5.3	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS																
255	Promedio anual de reuniones de las Comisiones de Participación Hospitalaria																
D5.4	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS																
256	Promedio anual de reuniones de las Comisiones del CIRPAC																
D5.5	FUENTE: Unidad de Apoyo. Dirección del SCS																
257	Número de reuniones/año del Consejo Canario de la Salud																
D5.6	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad																
258	Número de unidades de los servicios centrales y periféricos de gestión que tienen desarrollado e implementado un plan de comunicación con los ciudadanos y usuarios en relación con la información a facilitar a estos, en relación con las unidades que deberían tenerlo.																
D5.7	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad																
259	Número de unidades de los servicios centrales y periféricos de gestión que debiendo tener un plan de comunicación con los ciudadanos y usuarios en relación con la información a facilitar a estos, mantienen correctamente actualizada la información según sus protocolos específicos.																
D5.8	FUENTE: SGT. Consejería Sanidad																

**ANEXO VI.- EJEMPLO DE INDICADORES UTILIZADOS EN LOS PGC Y FICHA DE LOS UTILIZADOS EN EL PLAN DE SALUD.****Ejemplo de objetivos e indicadores utilizados en los Programas de gestión convenida 2014-2015.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>
<b>Fomentar el uso de los fármacos de elección y consecuentemente disminuir el gasto en fármacos menos eficientes</b>	<p>El uso de fármacos de elección en las principales guías de cada especialidad implica la disminución en el uso de moléculas menos eficientes, que por lo general además de aportar menos evidencias son más caras. Por ellos se fomentará el uso de dichos fármacos recomendados por las principales Guías de URM (semFYC, NICE, SIGN, SNS).</p> <p>El <b>ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD</b> tiene la finalidad de integrar en un único dato el conjunto de los indicadores orientados a fomentar el uso de los fármacos de elección, en base a criterios de eficacia, seguridad, experiencia de uso y coste, y reducir la variabilidad en el abordaje terapéutico.</p> <p>Para realizar el cálculo del dato se tiene en cuenta el valor objetivo establecido para cada</p>	<p><b>URM-1.</b> Índice Sintético de Calidad, calculado a partir de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>% EF guía SEMFYC en envases</li><li>% EF de UTB frente al total de envases</li><li>% DDD estatinas de elección</li><li>% DDD antidiabéticos de elección a excepción de la insulina</li><li>% DDD inhibidores del sistema renina angiotensina de elección</li><li>% DDD antihipertensivos de elección sobre total antihipertensivos</li><li>% DDD AINES orales de elección</li><li>% DDD antibióticos de elección</li><li>% DDD cefalosporinas orales de 3ª sobre total de antibióticos</li></ul>	61%

OBJETIVO	DESCRIPCION	INDICADOR	META
	<p>indicador y la media del Área (u Hospitales para el caso de Atención Especializada) en cada uno de ellos. Así, en relación a estos dos parámetros, al valor obtenido para cada indicador, se le asigna una puntuación entre 0 y 10 puntos dependiendo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el valor obtenido es superior (o menor*) o igual al objetivo: 10 puntos</li> <li>- Si el valor obtenido es inferior (o mayor*) a objetivo y superior (o menor*) a la media del Área u Hospitales: 5 puntos</li> <li>- Si el valor obtenido es inferior (o mayor*) a la media del Área u Hospitales: 0 puntos</li> </ul> <p>*Para los indicadores de calidad que deben tender al valor menor.</p> <p>La obtención del máximo de puntos correspondería al logro de los objetivos y el Índice Sintético de Calidad, expresado en porcentaje, sería el 100%.</p>	<p>% DDD omeprazol sobre total IBP            % DDD fármacos para la osteoporosis de elección            % DDD fármacos para el asma y EPOC de elección            % DDD antidepresivos ISRS de elección</p> <p>Valoración:  <math>\geq</math> Objetivo = 100%            Objetivo -2% = 50%            Objetivo -5% = 25%            &lt; (Objetivo -5%) = 0</p>	
<p><b>Mejorar la utilización de la Historia Clínica Electrónica</b></p>	<p>Grado de empleo de los protocolos implantados en la historia de salud Drago-AP</p>	<p><b>ME-5.</b> % de personas con EVA a los que se les ha hecho el protocolo correspondiente en el último año</p> <p>Fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos de familia: % de las personas con enfermedad vascular aterosclerótica adscritas a las que se les ha registrado un protocolo acorde con ese nivel de riesgo en el último año</li> </ul> <p>Valoración:            &lt;20%: 0%  <math>\geq</math>20 a &lt;25%: 50%  <math>\geq</math>25%: 100%</p>	<p><math>\geq</math> 25%</p>

**Ejemplos de ficha de indicador del Proyecto de Plan (Documento de referencia 10 del Plan de Salud.**

<b>Apartado</b>	<b>CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN</b>									
<b>Subapartado</b>	<b>Morbilidad</b>									
<b>Código</b>	B.1.1									
<b>Indicador</b>	<b>Prevalencia declarada de diabetes mellitus en la población adulta ( &gt; 15 años)</b>									
<b>Fórmula</b>	(a / b) * 100 a) Número de personas encuestadas mayores de 15 años que declaran ser diabéticas b) Número total personas encuestadas mayores de 15 años									
<b>Definiciones</b>	Incluye aquellas personas que declaran que "un médico les ha diagnosticado de diabetes"									
<b>Fuente</b>	Encuesta Nacional de Salud. MSC (e INE)									
<b>Desagregación</b>	Comunidad Autónoma Área de Salud (isla) Sexo									
<b>Periodicidad</b>	Bienal									
<b>Observaciones</b>	Los resultados se infieren a población general.									
<b>ISLA/REGIÓN</b>	<b>LAN</b>	<b>FUE</b>	<b>G. C.</b>	<b>TF</b>	<b>GO</b>	<b>LA P</b>	<b>HI</b>	<b>CANARIAS</b>	<b>ESPAÑA</b>	
<b>HOMBRES</b>										
<b>MUJERES</b>										
<b>TOTAL</b>										

<b>Apartado</b>	
<b>Subapartado</b>	<b>Recursos</b>
<b>Código</b>	C.2.6
<b>Indicador</b>	<b>Ratio de puestos en hospitales de día por 1.000 habitantes</b>
<b>Fórmula</b>	a) / b) x 1.000 a) Número total de puestos en hospitales de día, en un año dado b) Población total en ese año
<b>Definiciones</b>	<b>Puestos en Hospital de Día:</b> Plazas diferenciadas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital. No se incluyen los puestos dedicados a servicios de urgencias
<b>Fuente</b>	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. MSPS Estimaciones de población actual. INE e ISTAC
<b>Desagregación</b>	Comunidad Autónoma Área de Salud (isla) Global y para el Sistema Nacional de Salud (hospitales públicos, y privados con mayoría de actividad para el Sistema Nacional de Salud: Red de utilización pública u hospitales con concierto sustitutorio)
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Observaciones</b>	EESCRI: Estadística en proceso de renovación y actualización del modelo de datos

ISLA/REGIÓN	LAN	FUE**	G. C.	TF	GO	LA P	HI	CANARIAS	ESPAÑA*
<b>H. PUBLICOS</b>									
<b>H. CONCERTADOS</b>									
<b>TOTAL</b>									

<b>Apartado</b>	<b>SISTEMA DE SALUD : Gestión y estructura</b>
<b>Subapartado</b>	<b>Financiación</b>
<b>Código</b>	C.1.7
<b>Indicador</b>	<b>Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada por habitante protegido</b>
<b>Fórmula</b>	(a / b) a) Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados, en un año b) Población protegida por el SNS, en ese año
<b>Definición</b>	<b>Gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados:</b> Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades.  Comprende los servicios concertados para la actividad propia de este nivel asistencial y el gasto efectuado en la formación de médicos especialistas residentes  <b>Población protegida:</b> Padrón a 1 de enero del año de referencia, menos los colectivos del Mutualismo Administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) protegidos mediante concertos con aseguradoras privadas, a 31 de diciembre del año anterior
<b>Fuente</b>	Estadística del gasto sanitario público (EGSP). MSPS
<b>Desagregación</b>	Comunidad Autónoma Área de Salud (isla)
<b>Periodicidad</b>	Anual
<b>Observaciones</b>	Las estadísticas internacionales realizan una agrupación funcional de acuerdo con el manual del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) que no se corresponde con la EGSP

ISLA/REGIÓN	LAN	FUE**	G. C.	TF	GO	LA P	HI	CANARIAS	ESPAÑA*
TOTAL									









## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO VIII.- TEMPORALIZACIÓN DE LINEAS DE ACTUACIÓN Y COLABORACIÓN PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017**

En este anexo se relacionan las Líneas de Actuación y Colaboración del Plan de Salud 2016-2017, temporalizadas y agrupadas por Áreas de Impacto y de Colaboración, y su correspondencia por centro de gastos del Servicio Canario de la salud en cuanto a su implicación en la ejecución y gestión principal (e) y a la colaboración (colab) con los centros de gastos como estructuras ejecutoras principales.

**Estructuras técnico-asistenciales:**

**GSS:** Gerencias de Servicios Sanitarios;

**GAP:** Gerencias de Atención Primaria;

**DGAE:** Direcciones Gerencias de Atención Especializada;

**DA.** Direcciones de las Áreas de salud; SG: Secretaría General;

**DGSP:** Dirección General de Salud Pública

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I: influir sobre los determinantes de la salud**

Objetivo estratégico: Reducir el impacto de los determinantes de la salud en la población de Canarias y mejorar la capacidad del Sistema Canario de Salud para prevenir la enfermedad, y promocionar y proteger la salud.

**ÁREA DE IMPACTO 1: Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN	ESTRUCTURA ASISTENCIAL Y FUNCIÓN EN LA Y LC DEL PLAN		CRONOGRAMA DE INICIO ESTIMADO DE LA LÍNEA		
	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
1.1 Aumentar la intensidad y efectividad de los programas para la promoción del ejercicio físico y de una alimentación saludable, potenciando las ya existentes (DELTA, NAOS, PERSEO e ITES), y en particular aquellas acciones dirigidas a niños y niñas con obesidad y con sobrepeso, para reducir el consumo de bebidas carbonatadas azucaradas, bollería, lácteos azucarados y dulces en general y promover el ejercicio físico. Se propone la utilización de los mecanismos de colaboración y difusión ya consolidados (NAD)	GSS GAP	DGAE DA	X		
1.2 Se deben potenciar actividades de promoción de la salud dirigidas al ámbito infanto-juvenil: prevención del consumo de drogas y de alcohol, salud sexual y reproductiva, violencia y sus determinantes (NAD)	GSS GAP DA	DGAE	X		

**ÁREA DE IMPACTO 2. Impulsar la participación ciudadana, el desarrollo de los Consejos de Salud y la introducción del principio de la "Salud en Todas las Políticas".**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
2.1 Se deben fortalecer y estimular los espacios y los órganos de participación ciudadana del Servicio Canario de la Salud, (Consejos de Salud, CIRPAC, Comisiones de Participación Hospitalaria y Comisiones Asesoras) como espacios que favorecen el diálogo interinstitucional e intersectorial y el estímulo de las actividades de promoción de la salud. Deben ser entendidos asimismo como una estrategia y tecnología organizativa para la consulta, el seguimiento y evaluación de la gestión de la prestación sanitaria y de la calidad asistencial, de los servicios, centros y establecimientos del Servicio Canario de la Salud. (NAD)		GSS GAP DA DGAE		X		
2.2 Dar difusión de los objetivos de los Programas de gestión convenida en los Consejos de Salud (ND)		DA	GSS GAP DGAE	X		

**AREA DE IMPACTO 3.- Potenciar los servicios de salud pública para la adecuación del sistema al perfil epidemiológico actual de la población canaria y a los problemas de salud emergentes**

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
3.1 Alineación de los objetivos de Salud Pública en los Programas de gestión convenida (NAD)	GSS GAP DGAE DA		X		
3.2 Avanzar en una mayor coordinación de los programas de Salud Pública con la Atención Primaria y Especializada para, sin olvidar las funciones clásicas, de cada uno responder a los nuevos retos de la Salud Pública y a las atribuciones que los EAP tienen en esta materia (NAD)	GSS GAP DA	DGAE	X		
3.3 Establecer los protocolos de actuación ante contingencias, alertas sanitarias, desastres y pandemias, en todos los centros y estructuras del Sistema Canario de Salud (ND)	GSS GAP DGAE DA			X	

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II: Potenciar el sistema canario de la salud centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios**

Objetivo estratégico: Potenciar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud y que trabaje en clave poblacional.

**ÁREA DE IMPACTO 4: Desarrollar el Sistema Canario de Salud orientado hacia la mejora de la Integración Asistencial, con un balance óptimo entre la Atención Primaria, Especializada, Salud Pública, Salud Laboral, Salud Mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil y realizando actuaciones en función de agregación por riesgo.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
4.1 Orientar el <i>modelo de provisión para una gestión eficaz y eficiente de las enfermedades crónicas</i> avanzando en un modelo de gestión centrado en los grupos de usuarios y usuarias de mayor complejidad y gasto, incluyendo población y trabajadores de sectores de mayor riesgo, garantizando la continuidad de cuidados (Desarrollo de estrategias en Anexo II). (NAD)	GSS	DA	X			
	GAP DGAE			X		
4.2 En coordinación con las gerencias de atención primaria, especializada y de servicios sanitarios, se deben <i>orientar los Programas de gestión convenida en función de sus resultados y eficiencia</i> . Se potenciará la gestión participativa, la creación de equipos multidisciplinares y el trabajo en equipo, adaptando los programas, protocolos, guías y vías de práctica clínica para promover una integración entre los diferentes niveles asistenciales, y los servicios de salud pública, utilizando como referencia las Estrategias del Sistema Nacional de Salud y aquellos planes y programas que considere necesario el Servicio Canario de la Salud (NAD).	GSS	DA	X			
	GAP DGAE			X		
4.3 Se deberá <i>trabajar en la optimización</i> , incremento de la eficiencia, de la calidad y de la productividad de todos los recursos sanitarios públicos disponibles para una adecuada provisión de la asistencia sanitaria, incluyendo la red concertada (NAD)	GSS GAP DGAE	DA	X			

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
<p>4.4 Las estrategias para la prevención y control de los problemas y enfermedades prevalentes serán elaborados por el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, en colaboración con las comisiones asesoras específicas y en consonancia con las Estrategias Nacionales elaboradas desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estas estrategias (Enfermedad cardiovascular; cáncer; Diabetes; Salud Mental; Cronicidades; Coordinación Sociosanitaria; Calidad y Seguridad del paciente; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedades Raras, y Cuidados Paliativos, como los actuales programas y protocolos implantados, serán sometidos a una evaluación de resultados e impacto general en el sistema (ND)</p>	GSS GAP DGAE	DA	X		
<p>4.5 Desarrollar protocolos integrados de la Atención Primaria, Especializada y Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud, de manera que se dé respuesta coordinada, entre instituciones y entidades competentes, a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, mentales, degenerativas y de atención al final de la vida; fomentando la estratificación de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o entorno habitual con la mayor calidad de vida posible. (NAD)</p>	GSS GAP DGAE	DA		X	
<p>4.6 La mejora del acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria, constituye una de las preocupaciones centrales de los ciudadanos y un resultado esperado fundamental, del desarrollo de las Líneas de Actuación del ámbito de Intervención II y III priorizados en el Plan. Se contemplarán de modo singular, acciones como el impulso de los comités técnicos quirúrgicos; el avanzar en criterios de priorización de acuerdo con la necesidad (gravedad, urgencia, social); según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad), basado en el consenso de profesionales y ciudadanos, así como seguir elaborando guías de práctica clínica y el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica, entre otras. (NAD)</p>	GSS GAP DGAE	DA	X		

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
4.7 Desarrollo de la estratificación de la población, como herramienta que realiza una clasificación prospectiva poblacional y de pacientes, basado en la identificación de necesidades futuras de cuidados sanitarios, a nivel de complejidad y comorbilidad de las personas, para asegurar una asistencia proactiva, eficiente y equitativa, de forma integrada entre niveles asistenciales y en planes de intervenciones poblacionales concretas, incluyendo la realización de educación sanitaria, tanto individual como grupal. (NAD)	GSS GAP DGAE	DA	X		
4.8 Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial, un Plan Integral de Urgencias Sanitarias basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de los profesionales, sociedades científicas y usuarios, con el fin de conseguir una atención sanitaria de calidad y eficiente, con una respuesta escalonada y proporcionada a las urgencias y que de respuesta a los avances terapéuticos, a la variación de la demanda en función del envejecimiento de la población y a las crisis sanitarias estacionales (olas de calor, gripe, etc). (ND)	GSS GAP DGAE	DA		X	
4.9 Elabora e implantar mediante un cronograma secuencial, un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son los ayuntamientos, cabildos y Servicios Sociales, Educación, Empleo y de Justicia, incluidos los CIRPAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud 2016-17	DGPA GAP GAE GSS			X	
4.10 Fomentar la adherencia terapéutica desarrollando acciones de formación a profesionales e información a pacientes e impulsando el uso de las nuevas tecnologías.	DGPA	DGAE GA		X	
4.11 Elaborar e implantar un Plan Canario de Atención a la Diabetes.	DGPA	DGAE GA		X	

**ÁREA DE IMPACTO 5: Potenciar una Atención Primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
5.1 Se deberá facilitar la <i>accesibilidad de pacientes con enfermedad aguda</i> a unos servicios más rápidos, resolutivos y de calidad sin perder el vínculo con los profesionales asignados durante este proceso asistencial, desarrollando circuitos de procesos de atención, avanzando en el trabajo en equipo y en la mejora de la autonomía de los y las profesionales sanitarios en el ámbito de su competencia. (ND)	GSS GAP DGAE		X	X		
5.2 Se desarrollarán medidas para conseguir un <i>mayor acceso de los profesionales de Atención Primaria a tecnologías, medios diagnósticos y prestaciones para aumentar su capacidad resolutive</i> así como mejorar la accesibilidad y los tiempos de respuesta dirigidas a pacientes con determinadas patologías prevalentes. La ampliación de este acceso deberá estar sometida a evaluación (NAD)	GSS GAP DGAE		X			
5.3 La <i>utilización de pruebas complementarias</i> de laboratorio y de diagnóstico por imagen, tanto de la atención primaria como de la especializada, <i>serán sometidos a una evaluación permanente</i> de calidad y pertinencia de la prescripción, para la optimización de su gestión con criterios de eficiencia, eficacia y coste-utilidad en la mejora de la calidad asistencial (ND)	GSS GAP DGAE				X	
5.4 Desarrollar pruebas de demostración de educación para la formación de "pacientes activos" convirtiendo la gestión de la enfermedad por el paciente en una intervención clave (escuelas de pacientes), fomentando tanto la autorresponsabilidad individual y colectiva en el proceso salud-enfermedad-cuidados, como en el uso responsable de los medicamentos y servicios de salud, pudiendo servir para ello de las Aulas de Salud y otros recursos o servicios disponibles que proporcionen actividades formativas. (ND)	GSS GAP DGAE DA		X			

**ÁREA DE IMPACTO 6: Enfocar la Atención Especializada hacia la eficiencia y personalización, y coordinada con la Atención Primaria.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
6.1 Se debe facilitar la creación de unidades de Gestión Clínica, tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria. En ellas se sistematizan los cuidados y se resuelven, coordinadamente y en un corto plazo, las pruebas diagnósticas de los procesos más frecuentes, <i>normalizando las intervenciones y garantizando la continuidad asistencial</i> con la Atención Primaria. Estas unidades suponen una fuerte apuesta por el cambio estructural necesario y por la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente. El personal del SCS que forme parte de esta Unidad de Gestión Clínica, participará en la gestión de la misma, con el alcance y los límites de la normativa que se dicte en este ámbito. (NAD)	GSS GAP DGAE		X		
6.2 Se debe hacer un uso intensivo y eficiente de las tecnologías médicas y quirúrgicas que favorezcan la <i>resolución rápida y eficiente de las enfermedades</i> y que contribuyan a la disminución de las listas de espera, potenciando la ambulatorización de procesos (ND)	GSS GAP DGAE	DA	X		
6.3 Se debe potenciar la figura del especialista consultor de referencia en las especialidades con <i>problemas de salud más prevalentes</i> , coordinados con la Atención Primaria, para garantizar una mejor continuidad asistencial y de cuidados (NAD)	GSS DGAE	GAP DA	X		
6.4.- Potenciar la función de la farmacia hospitalaria. Se debe potenciar la función de la farmacia hospitalaria y de los profesionales de las mismas como especialistas en el medicamento facilitando su presencia en la toma de decisiones, en la selección, adquisición y custodia de medicamentos y productos sanitarios. (ND)	DGPA DGAE GSS			X	
TOTAL					

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales**

Objetivo estratégico: Potenciar herramientas para la gestión de la información y del conocimiento que incremente la masa crítica profesional, investigadora y ciudadana. Ello contribuirá a generar las dinámicas de innovación y cambio que el Sistema Canario de Salud demanda, para hacerlo más eficiente, eficaz, equitativo, humano y sostenible.

**AREA DE IMPACTO 7: Incidir en las Agendas de Investigación fomentando un marco de investigación que dé soluciones a los problemas de salud de la población, que evalúe las nuevas formas de organización de la asistencia y analice su repercusión en la calidad de las prestaciones y en la salud de la población, así como fomentando la innovación como forma de retorno de los recursos de la Comunidad.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
7.1	Se debe priorizar los estudios epidemiológicos sobre los determinantes de la salud y las enfermedades crónicas, mentales y profesionales, priorizando los proyectos orientados a la lucha contra las enfermedades que mayor mortalidad y morbilidad causan hoy en la población del archipiélago. Se contemplará la investigación de las desigualdades por razón de sexo y clase social, así como el estudio de la carga ocupacional en la enfermedad común, que genere nuevas evidencias, que identifique las prácticas de excelencia y respuestas efectivas y, en su caso, integradas interinstitucional e intersectorialmente (ND)	GSS GAP DGAE DA		X		
7.2	Elaborar un Plan Estratégico de Investigación Sanitaria que recoja una colaboración activa Universidad-Servicio Canario de la Salud, identificando fortalezas, debilidades y líneas de actuación prioritarias en las que pudieran participar Servicios y personal de los dos Instituciones, así como el pensamiento de los expertos con los que cuenta Canarias y dé respuesta a aspectos como la investigación traslacional de las enfermedades		GSS GAP DGAE		X	

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
crónicas y trastornos mentales prevalentes, la gestión de la investigación, su financiación y el reconocimiento de la función de investigación al profesional sanitario de los centros y servicios de las Áreas de Salud (NAD)		DA			

**AREA DE IMPACTO 8: Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN	EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
8.1 Se debe desarrollar una estrategia específica de Formación Permanente, para la capacitación de los profesionales del SCS, hacia la consecución de los objetivos y Líneas de Actuación que se establezcan en este Plan de Salud de Canarias y particularmente para la formación en habilidades de liderazgo y gestión participativa, tanto clínica como de gestión. Esta estrategia ha de contribuir a profesionalizar la gestión, propiciar el desarrollo de la carrera profesional así como favorecer el reconocimiento de los profesionales de la salud que quieran participar en tareas directivas (NAD)	GSS GAP DGAE DA		X		
8.2 Todas las Áreas de Salud deben realizar formación de los profesionales en epidemiología aplicada a la planificación y gestión del Sistema Canario de Salud, así como en Salud Pública. (ND)	GSS GAP DGAE DA			X	

**ÁREA DE IMPACTO 9: Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs), que desarrollen la continuidad de la atención y la integración de los servicios.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
9.1	Se debe potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad y la trazabilidad de pacientes entre los diferentes centros y estructuras: Historia clínica electrónica, consulta telefónica, receta electrónica, tarjeta sanitaria electrónica, control remoto de pacientes con enfermedades crónicas, teleciudadanos y telemedicina en general (NAD)	GSS GAP DGAE	DA	X	X	X
9.2	Se debe asegurar que los sistemas de información existentes y los nuevos a desarrollar apoyen la integración entre niveles asistenciales y alinear la nueva estrategia PETSÍ con las Áreas de Impacto del Plan (ND)	GSS GAP DGAE	DA	X	X	X
9.3	Se debe culminar la incorporación de la Historia Clínica Electrónica y avanzar en la implantación de la historia clínica compartida AP-AE, como herramienta que garantice la absoluta disponibilidad de la información clínico-administrativa en el momento de la atención a los usuarios (NAD)	GSS GAP DGAE	DA	X	X	X

**ÁREA DE IMPACTO 10: Desarrollar el sistema de evaluación y de comunicación del Plan de Salud de Canarias para el desarrollo de una nueva racionalidad en el proceso de información y de la toma de decisiones.**

LÍNEA DE ACTUACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
10.1	Se deberá orientar el sistema de información en salud hacia un modelo integrado, homogéneo y georreferenciado de Sistema de Soporte de Decisiones (SSD) del Servicio Canario de la Salud, en sus diferentes esferas territoriales (CCAA, Área de Salud y ZBS) que permita conocer la situación y características de sus infraestructuras y servicios, así como realizar el seguimiento de aquellos indicadores seleccionados para el proceso de toma de decisiones (NAD)	GSS GAP DGAE	DA		X	
10.2	El Servicio Canario de la Salud desarrollará a través de las TICs una estrategia de comunicación en salud para la población general, usuaria, y de los propios profesionales, integrando la información relevante sobre el estado de salud y la gestión sanitaria, para el mejor uso, transparencia y buen gobierno de la sanidad pública (NAD)	GSS GAP DGAE DA			X	

**LÍNEAS DE COLABORACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES  
PARA LA GESTIÓN DE LAS ÁREAS DE COLABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS**

**Objetivo general del ámbito de colaboración**

Potenciar la colaboración con otras instituciones y departamentos del Gobierno de Canarias para la utilización y desarrollo de los instrumentos jurídico-administrativos y político-sociales disponibles y necesarios para la acción participativa por el desarrollo de la salud y la calidad de vida de la población y en los ámbitos territoriales y competenciales correspondientes.

**ÁREA DE COLABORACIÓN SOCIO SANITARIA: Promover el establecimiento de objetivos comunes entre esferas y niveles de la atención socio sanitaria, disminuyendo la burocracia de las diferentes acciones, estableciendo circuitos más ágiles y de priorización que faciliten el intercambio de información necesaria para la correcta atención entre los diferentes recursos definiendo un conjunto mínimo de datos de este sector para su visualización por parte de los interesados**

LÍNEA DE COLABORACIÓN		2015	2016	2017
EJECUTA	COLABORA			
1.1 Colaborar con organismos e instituciones buscando la complementariedad de las acciones del sistema sanitario y de otros sistemas de protección social, en particular de los Cabildos Insulares y de los Ayuntamientos, así como organizaciones no gubernamentales y centros concertados, que realicen actividades socio sanitarias en el ámbito local. (ND)	GSS	X		
	GAP			
	DGAE			
	DA			
1.2 Apoyo a la atención a la Salud Mental, para lo que se deberá potenciar la coordinación entre las distintas instituciones, organizaciones de pacientes, estructuras y servicios de la Red de Salud Mental (unidades de internamiento breve, hospitales de día, pisos asistidos; Unidades de Salud Mental Comunitaria, etc.) para lo cual se debe aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC). (NAD)	GSS	X		
	DGAE			
	DA			

**ÁREA DE COLABORACIÓN EN EDUCACIÓN: Reforzar las relaciones de colaboración con la Consejería de Educación, a nivel central del Gobierno de Canarias, y con la comunidad educativa en los territorios insulares, municipales y de Zona Básica de Salud, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma**

LÍNEA DE COLABORACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
2.1 Colaborar con la Consejería de Educación, valorando la viabilidad de determinadas actuaciones conjuntas, como es el Programa de Salud Escolar en consonancia con el Programa del Niño Sano que se lleva a cabo en los Equipos de Atención Primaria, contemplando acciones y programas en educación sobre los factores de riesgo prevalentes, estilos de vidas saludables en el ámbito educativo, potenciando la educación para la salud en la formación reglada y las Aulas de Salud; desarrollando de forma generalizada y fortaleciendo la Red Canaria de Escuelas Promotoras de Salud. (ND)	GSS GAP DA	DGAE			X	X
2.2 Colaborar con los responsables de la Consejería de Educación en el asesoramiento y gestión de los comedores escolares para asegurar sus condiciones de higiene y seguridad alimentaria, la promoción de menús saludables y contribuyendo, de modo particular, a la preservación y promoción de las condiciones nutricionales de los grupos de mayor privación social de la comunidad escolar. Asimismo colaborar en las acciones encaminadas a la reducción de máquinas expendedoras de bollería industrial, dulces, snacks y bebidas gaseosas edulcoradas en centros escolares, potenciando productos alternativos y ecológicos. (ND)	GSS GAP DA	DGAE	X			

**ÁREA DE COLABORACIÓN CON AYUNTAMIENTOS Y CABILDOS: Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas con Ayuntamientos y Cabildos Insulares, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma**

LÍNEA DE COLABORACIÓN		2015	2016	2017
EJECUTA	COLABORA			
3.1 Colaborar con la Federación Canaria de Municipios (FECAM) y la Federación Canaria de Islas (FECAI) y a través de los correspondientes Consejos de Dirección y de Salud, para establecer un marco de colaboración denominado "Red Canaria de Municipios e Islas Saludables" como instrumento para crear las condiciones de colaboración necesaria, para enfrentar de modo efectivo y eficiente los problemas que afectan la conservación, promoción y protección de la salud en Canarias, en función de los ámbitos competenciales correspondientes. (ND)	GSS GAP DGAE		X	
3.2 Potenciar las acciones formativas dirigidas en general a reducir las dependencias o adicciones, reforzando la vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa de medidas sanitarias frente al tabaquismo y bebidas alcohólicas; a evitar o retrasar el inicio en el consumo de tabaco en la población más vulnerable, como son los jóvenes y mujeres en particular, así como el refuerzo de la relación con los Equipos de Atención Primaria y la promoción de la salud desde el servicio de atención a las adicciones de la Dirección General de Salud Pública.(ND)	GSS GAP	X		
3.3 Potenciar los esfuerzos en la acción interinstitucional e intersectorial, dedicados a atender, proteger y promover la salud de las personas y colectivos más vulnerables, desfavorecidos y en situación de exclusión social de la comunidad, generando estrategias de prevención y de atención sanitaria, particularmente en colaboración con la Atención Primaria de Salud y los servicios de Salud Pública, bienestar social de las corporaciones locales y de la Comunidad Autónoma junto a las organizaciones sociales con implicación en dichos ámbitos. (NAD)	GSS GAP DA	X		

**ÁREA DE COLABORACIÓN CON LAS UNIVERSIDADES DE CANARIAS Y OTRAS ORGANIZACIONES Y DEPARTAMENTOS DEL GOBIERNO DE CANARIAS: Promover el desarrollo de la salud en el ámbito poblacional, territorial y competencial respectivo, a través del refuerzo de las relaciones de colaboración de las Áreas de Salud y Zonas Básicas con Ayuntamientos y Cabildos Insulares, proponiendo procedimientos ágiles de comunicación y actuación; priorizando problemas y actuaciones conjuntas así como definiendo un conjunto mínimo de indicadores que permitan evaluar los resultados de la colaboración y el nivel de cumplimiento de la misma**

LÍNEA DE COLABORACIÓN		EJECUTA	COLABORA	2015	2016	2017
4.1 Potenciar la colaboración con las Universidades de Canarias en la formación de pre y post grado de los profesionales sanitarios. Se pretende así mejorar la capacidad del sistema sanitario para afrontar el desafío que supone la innovación en la gestión en la salud y en los servicios. (ND)	GSS			X		
	GAP					
	DGAE					
	DA					
4.2 Potenciar la colaboración entre la red asistencial de las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios a través de convenios de colaboración y acuerdos con los Colegios Farmacéuticos y sus representantes en los Consejos de Salud de Zona Básica, para la realización de acciones coordinadas de prevención de la enfermedad, de promoción de la salud en los factores de riesgo prevalentes y problemas estacionales, así como en el autocuidado, el uso racional del medicamento y los productos sanitarios del Servicio Canario de la salud. (ND)	GSS	DGAE		X		
	GAP					
	DA					
4.3 Los objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas prestadoras de servicios sanitarios, en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como de los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, se desarrollan en los Planes Estratégicos de cada una de las Direcciones de Áreas de Salud. Asimismo, el SCS comunicará a principios de cada ejercicio presupuestario la estimación de la demanda asistencial anual para la	GSS	DGAE		X		
	GAP					
	DA					

concertación y la fijación del gasto previsto para dicha actividad acorde con la disponibilidad presupuestaria. (ND)							
4.4 Apoyar la colaboración con los Colegios Profesionales de las profesiones sanitarias para la formación continuada de los profesionales sanitarios. (ND)	DA	GSS GAP DGAE			X		
4.5 Promover la coordinación con los diferentes departamentos de la Consejería de Agricultura Ganadería Pesca y Aguas, del Gobierno de Canarias en la organización y desarrollo de los programas de prevención y control de riesgos y problemas biológicos, fundamentalmente de origen zoonótico, y químicos (plaguicidas, nitratos, metales pesados, etc.) con la finalidad última de mejorar la salud de los consumidores. (ND)	DA	GSS GAP DGAE			X		
4.6 Reforzar la colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares para contribuir a la formación de pacientes, familiares y ciudadanía, en materia de salud, para mejorar la toma de decisiones en sus procesos de salud-enfermedad y cuidados; participar en el desarrollo colaborativo y ejecución de programas, acciones o guías de práctica clínica en beneficio de su calidad de vida y de la efectividad del sistema sanitario, facilitando el conocimiento del funcionamiento y organización de los servicios para contribuir a su legitimación y uso eficiente. (ND)	GSS GAP DGAE DA			X			



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO IX.- PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE FORMULACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS.**Equipo Director

- Sr. D. Jesús Morera Molina: Consejero de Sanidad
- Sr. D. Roberto Moreno Díaz: Director del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. Laura María Martín Pérez: Secretaria General Técnica de la Consejería de Sanidad
- Sr. D. Bernardo Emilio Macías Gutiérrez: Director General de Programas Asistenciales
- Sra. Dña. M<sup>a</sup> Teresa Peiró García Machiñena: Directora General de Recursos Económicos
- Sr. D. Ricardo Redondas Marrero: Director General de Salud Pública
- Sr. D. Carlos Fermín González Segura: Director General de Recursos Humanos
- Sr. D. Jesús Javier Plata Vera: Secretario General del Servicio Canario de La Salud
- Sr. D. Alberto Talavera Déniz: Director del Área de Salud de Tenerife
- Sr. D. Domingo Alberto Medina García: Director del Área de Salud de Gran Canaria
- Sr. D. José Brito Perdomo: Director del Área de Salud de Lanzarote
- Sra. Dña. Olivia Teresa Padilla Valeriano: Directora del Área de Salud de La Gomera
- Sra. Dña. Inmaculada Randado García: Directora del Área de Salud de El Hierro
- Sra. Dña. Laura María Cabrera Hernández: Directora del Área de Salud de Fuerteventura
- Sr. D. Alberto Antonio Taño Martín: Director del Área de Salud de La Palma

Equipo Director del primer borrador

- Sra. Dña. Brígida Mendoza Betancor: Consejera de Sanidad.
- Sra. Dña. Juana María Reyes Melián: Directora del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Juan Francisco Pérez Ojeda: Secretario General Técnico de la Consejería de Sanidad
- Sr. D. Alberto Talavera Déniz: Director del Área de Salud de Tenerife.
- Sra. Dña. Antonia María Pérez Pérez: Directora del Área de Salud de Gran Canaria.
- Sr. D. Erasmo Manuel García de León: Director del Área de Salud de Lanzarote.
- Sr. D. Manuel Jesús Herrera Armas: Director del Área de Salud de La Gomera.
- Sra. Dña. María del Carmen Hernández Dorta: Directora del Área de Salud de El Hierro
- Sr. D. Miguel Rodríguez Rodríguez: Director del Área de Salud de Fuerteventura.
- Sr. D. Pío Manuel Lorenzo Guerra: Director del Área de Salud de La Palma.
- Sra. Dña. Hilda Sánchez Janáriz: Directora General de Programas Asistenciales.
- Sr. D. Joaquín Mario Morales Romero: Director General de Recursos Económicos.
- Sr. D. José Díaz-Flores Estévez: Director General de Salud Pública.
- Sra. Dña. María del Carmen Aguirre Colongues: Directora General de Recursos Humanos.
- Sra. Dña. Zaira Gil Navarro: Secretaria General del Servicio Canario de La Salud.

### Coordinación general

- Sr. D. José Joaquín O'Shanahan Juan: Responsable de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud (hasta abril de 2015).
- Sr. D. José Luis Arocha Hernández: Responsable de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud (a partir de agosto de 2015)

### Equipo de coordinación del Plan de Salud

- Miguel Ángel Hernández Rodríguez. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Natividad Almeida Falcón: Administrativa de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- José A. Henríquez Suárez. Auxiliar Administrativo de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

### Equipo de apoyo a la coordinación del Plan de Salud en el primer proyecto

- Sr. D. Óscar García Aboín. Master en Salud Pública. Técnico de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Santiago Alonso Pardo: Técnico de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. José Luis Alonso Bilbao: Técnico de la Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Francisco Navarro Vázquez: Técnico del Área Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Sra. Dña. Magdalena Lucía Rojo Moreno: Técnico del Área Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Sra. Dña. Esther Naranjo Alonso. Auxiliar Administrativo. Unidad de Planificación Estratégica, Participación y Cooperación Internacional de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

### Asistencia Técnica

- Sr. D. Rafael Bengoa Rentería<sup>7</sup>

Especialista en planificación, investigación y gestión de sistemas de salud. Director de Kroniker

---

<sup>7</sup> La asistencia técnica transcurrió desde el inicio del proceso, a principios del 2008, hasta el mes de abril de 2009.

#### Miembros del Comité Técnico Asesor. Primer proyecto.

- Sr. D. Alberto Armas Navarro: Jefe del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Ana Isabel Camacho Rodríguez: Médico de Salud Laboral; Máster en ESADE en "Dirección de Sistemas Integrados de Salud.
- Sr. D. Armando Torres Ramírez: Jefe de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Canarias.
- Sra. Dña. Elizabeth Hernández González: Gerente de Atención Primaria de Gran Canaria
- Sr. D. Juan Carlos Falcón González: Director de Enfermería del Complejo Hospitalario Insular- Materno de Gran Canaria.
- Sr. D. Juan Luis Olmedo Guerrero: Jefe de Servicio de Estudios y Análisis Económico de la Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Julio Rodríguez de la Rosa: Coordinador de Desarrollo de las Infraestructuras en la Dirección del Servicio Canario de la Salud
- Sr. D. Lluís Serra Majem: Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la U.L.P.G.C.
- Sr. D. Marcos Gómez Sancho: Jefe de Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Negrín.
- Sra. Dña. Mercedes Cueto Serrano: Gerente del Complejo Hospitalario de la Candelaria
- Sr. D. Pedro Betancor León: Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Dr. Negrín.
- Sr. D. Pedro Serrano Aguilar: Jefe del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Román García Zerpa: Gerente de Servicios Sanitarios de Lanzarote.
- Sr. D. Víctor Naranjo Síntes: Jefe de Servicio de Atención Especializada en la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Víctor Perdomo Cabrera: Responsable del Servicio de Informática de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

#### Miembros de los Grupos Asesores en el primer proyecto

##### Grupo I - "Estructura y Organización"

- Sr. D. Carlos Jorge Acosta: Director Médico. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Sra. Dña. Dolores Izquierdo Mora: Coordinadora del Área de Atención Socio-sanitaria en la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Domingo de Guzmán Pérez Hernández: Director del Hospital Insular de Lanzarote.
- Sr. D. Eduardo de Bonis Redondo: Director Médico del Hospital Universitario de Canarias
- Sr. D. Fernando Gómez-Pambo Guerra del Río: Director General de Atención a las Drogodependencias
- Sr. D. José Luis Hernández Fleta: Jefe de Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud
- Sr. D. José Manuel Govea Lorenzo: Gerente del Instituto de Atención Socio-sanitaria del Cabildo Insular de Tenerife
- Sr. D. José Pereira Miragaiga: Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. José Ramón Medina Santana: Director de Gestión y Servicios Generales de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

- Sr. D. Juan Rafael García Rodríguez: Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria.
- Sra. Dña. Juana María Reyes Melián: Servicio de Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Julio Rodríguez de la Rosa: Coordinador de Desarrollo de las Infraestructuras en la Dirección del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. María Isabel Fuentes Galindo: Gerente de Atención Primaria de Tenerife
- Sra. Dña. Mercedes Plasencia Núñez: Responsable del Uso Racional de Medicamentos. Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Miguel Ángel Hernández Rodríguez: Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Rita Tristancho Ajamil: Jefa de Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Sergio Ramos Rivero: Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud.

#### Grupo II - "Sistemas de Información"

- Sra. Dña. Ana Isabel Camacho Rodríguez: Medico Salud Laboral. Master en ESADE "Dirección de Sistemas Integrados de Salud
- Sra. Dña. Araceli Alemán Herrera: Servicio de Epidemiología. Registro de Cáncer. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Enrique Rubio Royo: CICEI - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
- Sra. Dña. Francisca Ascanio Perera: Servicio de Atención Primaria. Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Sra. Dña. Hilda Sánchez Janáriz: Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información - Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. José Antonio Díaz Berenguer: Responsable del Área Técnica - Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
- Sr. D. Juan Manuel de León García: Centro de Salud de Candelaria
- Sr. D. Marcos Estupiñán Ramírez: Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. María Coromoto Rodríguez del Rosario: Servicio de Gestión Sanitaria y Sistemas de Información - Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Sra. Dña. María Dolores Fiuza Pérez: Unidad de Investigación del Hospital Universitario Dr. Negrín.
- Sr. D. Pedro Lorenzo Ruano: Unidad de Mortalidad del Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Pedro Serrano Aguilar: Jefe del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud
- Sr. D. Víctor Naranjo Sintés: Jefe de Servicio de Atención Especializada en la Dirección General de Programas Asistenciales.

**Grupo III - "Recursos Humanos, Capacidades, Incentivos, Eficiencia y Rendimiento"**

- Sr. D. Alfredo Miranda González: Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Araceli de Armas Santana: Centro de Salud del Calero - Telde
- Sr. D. Armando Torres Ramírez: Jefe de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Canarias de Tenerife
- Sr. D. Carlos Luis Beneyto Naranjo: Unidad de Salud Mental de Triana.
- Sr. D. Domingo Núñez Gallo: Jefe de Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Encarnación Campelo Barcia: Jefe de Servicio de Formación. Dirección del Servicio Canario de la Salud
- Sr. D. Eriberto Galván Fernández: Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Instituto Canario de Seguridad Laboral (ICASEL)
- Sr. D. Félix Reyes Rodríguez: Responsable del Área Técnica de la Dirección de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
- Sr. D. Francisco Javier Novoa Mogollón: Jefe de Servicio de Endocrinología - Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sr. D. Ignacio Centol Ramírez: Inspector Médico del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud
- Sr. D. Javier Suleiman Padrón: Director Médico de Atención Primaria de Fuerteventura
- Sr. D. Jesús Ulises Cabrera García: Jefe de Servicio de Salud Pública. Dirección del Área Fuerteventura
- Sr. D. José Carlos Rodríguez Pérez: Gerente de FUNCIS
- Sr. D. José Francisco Ferraz Jerónimo: Director de zona de Atención Primaria en La Palma.
- Sr. D. José Juan Alemán Sánchez: Médico de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Coordinador de Calidad.
- Sr. D. Juan Carlos Caramés Hermo: Centro de Salud de Escaleritas
- Sr. D. Juan Vicente Díaz González: Jefe de Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud.
- Sra. Dña. Nieves González Sánchez: Inspectora Médica del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. Mercedes Cueto Serrano: Gerente del Complejo Hospitalario de la Candelaria.
- Sr. D. Miguel Ángel Rodríguez Suárez: Unidad de Docencia de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud
- Sra. Dña. Milagrosa Medina Pérez: Directora de Enfermería de Atención Primaria en Gran Canaria
- Sr. D. Santiago Díaz Bertrana Sánchez: Jefe de Servicio de Salud Pública de la Dirección del Área de Salud de Lanzarote
- Sr. D. Vicente Manuel Santana González: Subdirector de Recursos Humanos del Complejo Hospitalario Materno - Insular de Gran Canaria

**Grupo IV - "Participación, Paciente, Comunidad y Redes Sociales"**

- Sra. Dña. Blanca Valenciaga Seminario: Unidad de Atención al Paciente de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
- Sra. Dña. Engracia Caraballero Medina: Atención al Usuario - Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria.

- Sr. D. Fernando Jiménez García: E.A.P. de la Villa de Teguiuse. Lanzarote
- Sr. D. Francisco Navarro Vázquez: Área Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
- Sra. Dña. Josefa Armas Santana: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
- Sr. D. Luis Miguel Bello Luján: Servicio de Promoción de Salud en la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Marcos Farrais García: Director del E.A.P. de Icod de los Vinos.
- Sra. Dña. Olga Sánchez García: Centro de Salud de Vecindario
- Sr. D. Pablo Estévez González: Centro de Salud Periférico El Tanque
- Sr. D. Ricardo Redondas Marrero: Área Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria
- Sra. Dña. Rosa del Valle Álvarez: Salud y Género. Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Santiago Malpica Cuello: Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios.
- Sra. Dña. Sara Darias Curvo: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. ULL.
- Sra. Dña. Victoria Crespo Elipe: Médico de EAP de Guanarteme
- Sr. D. Vitorio Perera Cárdenes: Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria.

#### Grupo V - "Hospitales"

- Sr. D. Agustín Pulido Rodríguez: Coordinador de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura
- Sra. Dña. Araceli Moreno Pérez: Enfermera del Hospital de La Palma
- Sra. Dña. Begoña Bellas Becerro: Jefa de Admisión del Hospital Universitario de Canarias
- Sra. Dña. Begoña Hernández Aguilar: Subdirectora de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Sra. Dña. Blanca Fragueta Gil: Jefa de Admisión del Hospital Insular de Lanzarote
- Sr. D. Carlos Javier Escuela Gutiérrez: Gerente de Servicios Sanitarios del Hospital de la Gomera
- Sra. Dña. Carmen del Pino Sánchez Reyes: Directora de Enfermería del Hospital Universitario Dr. Negrín
- Sr. D. David Marrero Tejera: Gerente de Servicios Sanitarios del Hospital de El Hierro
- Sr. D. Carlos Mora Lourido: Responsable de la Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sr. D. Eduardo Estaún Blasco: Gerente del Hospital Universitario Dr. Negrín
- Sr. D. Eduardo Ponce Pérez: Médico del Hospital de la Gomera
- Sr. D. Emiliano Julián Cruz Hernández: Director Médico del Hospital de El Hierro
- Sra. Dña. Enma Gladis Herrera Trujillo: Directora de Enfermería del Hospital de la Gomera
- Sr. D. Esteban Pérez Alonso: Cirujano General del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sr. D. Francisco Socorro Santana: Director Médico del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sr. D. Guillermo Burillo Putze: Subdirector Médico del Hospital Universitario de Canarias
- Sr. D. Ignacio López Puech: Gerente del Hospital Universitario de Canarias
- Sr. D. Jorge Díaz Acosta: Director de Enfermería del Hospital Universitario de Canarias

- Sr. D. José Luis País Brito: Subdirector Médico del Hospital Universitario de Canarias
- Sr. D. José María Henríquez Esquiroz: Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Insular de Lanzarote
- Sr. D. José Ramírez Felipe: Director Médico del Hospital Universitario Dr. Negrín
- Sr. D. Julián Lozano Cabrera: Internista de Hospitalización a Domicilio del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sr. D. Julio Jordán Balanza: Subdirector Médico del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Sra. Dña. Lidia Santana Díaz: Enfermera de Gestión de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
- Sra. Dña. Lourdes González Bermúdez: Directora de Enfermería del Hospital Insular de Lanzarote
- Sra. Dña. María del Carmen Hernández Gracia: Subdirectora Médica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Sra. Dña. María del Cristo González Ramos: Directora de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Sra. Dña. María Dora Medina Estévez: Directora de Calidad del Hospital Universitario Dr. Negrín
- Sra. Dña. María Luz Domínguez Peña: Jefa de Grupo de Admisión del Hospital General de Fuerteventura
- Sra. Dña. María Teresa Pulido García: Directora Médica del Hospital de La Palma
- Sra. Dña. Mercedes Cueto Serrano: Gerente del Complejo Hospitalario de la Candelaria
- Sr. D. Rafael Beltrán Rodríguez: Responsable del Plan de Humanización de la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de la Salud.
- Sr. D. Zacarías Gómez Hernández: Gerente de Servicios Sanitarios del Hospital de La Palma



## PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016 - 2017

**ANEXO X. BIBLIOGRAFÍA**

1. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2012. El Médico. Nº 1134. Julio 2012.
2. Arcos P, Castro R, Cuartas C, et al. La Ayuda Sanitaria en Desastres. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid; 2006.  
Asenjo C, Quiralte A. Anexo II al Informe Anual del SNS. Cobertura, acceso y nuevos derechos de los ciudadanos: el desarrollo de la normativa autonómica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponible en:
  3. [www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe\\_Anuar\\_Anexo\\_II.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anuar_Anexo_II.pdf). Acceso el 8 de febrero de 2011.
  4. Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:38-44.
  5. Bataalden PB, Nelson E, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, Ashling K. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 2003;29:297-308
  6. Bauld L et al. Promoting Social Change: The Experience of Health Action Zones in England. *Journal of Social Policy*. 2005;34:427-445.
  7. Bello L.L. y Bello O.N.: Condiciones de Vida y Salud en Canarias. Servicio Canario de la Salud. 2009
  8. Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
  9. Bennett J. OECD Health Working Papers No. 2 Investment in Population Health in Five OECD Countries, OECD. 2003.
  10. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol. Community Health*. 1996;50:245-251.
  11. Bernier N. Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organisation. *Journal of Public Health Policy*. 2006;27:22-37.
  12. Blumenthal D, Scheck A. (eds.). Improving Clinical Practice. Total Quality Management and the Physician. San Francisco: Jossey-Bass;1995
  13. Brenner MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936-76. *Lancet*. 1979;ii:568-73. 27.
  14. Brenner MH. Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;i:672. 28.
  15. Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century - experience of the United States 1901-2000. *Int J Epidemiol*. 2005;34:1214-21.
  16. Borrel C., Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008.
  17. Buades M, Plasencia A, et al. La reforma de la salud pública. *Gac. San*. 2009;23(5):462-464.
  18. Carta de Tallin: "Health Systems for Health and Wealth". 2008.
  19. Coleman J. Foundations of Social Theory. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
  20. Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, OMS (AMPRO/PAHO), Washington, 1996.
  21. Conthe, P. Las enfermedades crónicas pueden colapsar al sistema sanitario español. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Valencia, 2009.
  22. Cooperrider D. et Whitney. D. A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry".

23. Corrêa G. A medida política da vida: A invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2005.
24. Coulter A, Ellins J. Quest for quality and improved performance. Patient-focused interventions. A review of the evidence. The Health Foundation. Picker Institute Europe; 2006.
25. CSDH. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. 2009.
26. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr.* 2008;87:1107–1117.
27. De Sousa Campos, G. W. *Gestión en Salud: En defensa de la vida.* Lugar Editorial. Buenos Aires. 2001.253 p.
28. De Sousa Campos ,G.W. El Anti-Taylor: en relación con la invención de un método para cogobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. *Cadernos Saúde Pública.* 1998;14(4):863-870.
29. De Sousa Campos, G.W. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. E n: *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* Lugar Editorial. Buenos Aires. 2001. 253 ppgs.
30. De Sousa Campos, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em, *Praxis en Salud un desafío para lo público.* Elías Merhy E., et Onocko R, orgs. Pgs. 229-266. Lugar Editorial; Editora Hucitec. Buenos Aires. São Paulo. 1997.385 p.
31. Decálogo de los pacientes. Declaración de Barcelona. 2003. Disponible en: [www.fbjoseplaporte.org/dbcn](http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn). Acceso el 8 de febrero de 2011.
32. Deshpande A, Khoja S, McKibbin A, Jadad AR. Real Time (Synchronous) Telehealth in Primary Care: Systematic Review of Systematic Reviews. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Technology report 100;* 2008.
33. Díaz R. Voluntariado formal e informal de Canarias. Un nuevo pacto local en un mundo global. *Consejería de Presidencia y Justicia. Gobierno de Canarias;* 2007.
34. Documento Visión de Futuro. Servicio Canario de la Salud. 1999
35. Elola, J. Políticas Sanitarias y gestión sanitaria en España. 2012. Disponible en:
36. Escola de Governo de la Fundação Oswaldo Cruz de Brasil. <http://www.ead.Fiocruz.br/home/>;
37. Evans T, Lerberghe W, et al. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf). Acceso el 8 de febrero de 2011.
38. Frenk Mora, J. et n Ruelas Barajas E. Medir para mejorar el desempeño del sistema mexicano de Salud. *Salud Pública de México, año/vol. 47, número 1 (suplemento) Instituto Nacional de Salud P<sup>u</sup>blicva. Cuernavaca, México.* 2005. <http://redalyc.uaemex.mx>
39. Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol.* 2006;4:298–316.
40. *Gestión en AP/Entrevistas.* José Luis Gutierrez. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2012. *El Médico.* Nº 1134. Julio 2012.
41. Gispert R, Ruíz M, Barés M, Viciano F, Clot G. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidades autónomas en España. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81(2):155-165.
42. González - López -Valcarcel y Patricia-Barber Pérez. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006. Fundación alternativa. 2006. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos-de-trabajo/documentos-de-trabajo/desigualdades-territoriales-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns-de-espana>

43. González B, Barber P. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2009.
44. González López de V., B., Dávila Q. C. D. Crisis Económica y Salud. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):261-265
45. Groot W, Maassen van den Brink H. The health effects of education. *Economics of Education Review.* 2007;26:186-200. 24.
46. Groosman M, Kaestner R. Effects of education on health. En: Behrman J, Stacey N, editors. *The social benefits of education.* Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997. p. 69-123.
47. Gulis G. Contribución a una política de la salud pública: repercusiones sanitarias y económicas de una campaña de promoción de la salud en Dinamarca. En: Wismar M, et al. *La eficiencia de la evaluación del impacto sanitario.* European Observatory on Health Systems and Policies. Consejería de Sanidad, Junta de Andalucía: 2008.
48. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion. *Social Science & Medicine.* 2000; 51:871-885.
49. Haydon E, Roerecke M, Giesbrecht N, Rehm J, Kobus-Matthews M. *Chronic Disease in Ontario and Canada: Determinants, Risk Factors and Prevention Priorities.* Ontario Chronic Disease Prevention Alliance and the Ontario Public Health Association; 2006.
50. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005. C. A. de Canarias: Ministerio de Sanidad y Consumo.  
<http://www.msc.es/eu/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/informeAnualAnexoII.pdf>
51. Jiménez E, Mosquera M, Obregón R. *Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, OMS (AMPRO/PAHO), Washington, 1996.*
52. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ.* 1995;153:529-40.
53. Joss R, Kogan M. *Advancing quality: TQM in the NHS.* Open University Press: 1995.
54. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the U.S.A. *J. Epidemiol. Community Health.* 1996;50:245-251.
55. Kawachi I, Kennedy B, Lochner K. Long live community: social capital as public health. *American Prospect.* 1997;8(35):56-59.
56. Knai C, Nolte E, McKee M (eds). *Caring for people with chronic conditions –experience in eight countries.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
57. Kottak CP. "When People don't Come First: Some sociological Lessons from Completed Projects". En: Cernea MM. (comp): *Putting People First: Sociological Variables in Rural Development.* Oxford University Press; 1985: 325-356.
58. Kraut A, Walld R, Tate R, Mustard C. Impact of Diabetes on Employment and Income in Manitoba, Canada. *Diabetes Care.* 2001;24(1):64-68
59. *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008.* Organización Mundial de la Salud
60. Labra ME. Capital Social y Consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18 (Suplemento): 47-55. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
61. Labonte R., Schrecker T., Sanders D., et Meeus W. *Fatal Indifference. The G8, Africa and Global Health.* The University of Cape Town Press of South Africa and the International Development Research Centre. Ottawa. 2004. 378 p.

62. La Sanidad y la crisis, análisis desde la gestión y la economía. Orolal. Septiembre-octubre 2012.
63. Leigh A, Jencks C. Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. *J Health Econ.* 2007;26:1-24.
64. Lorenzo Ruano, P., Gil Muñoz, M. y Rodríguez Rodríguez M. Mortalidad Evitable 1981-2005 en las Islas Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias. 2009.
65. Madan TN. Community involvement in the Health Policy; Socio-Structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science & Medicine.* 1987; 25(6): 615-620.
66. Marmot M, Baum F, Bégin M, Berlinguer G, Chatterjee M, Foege W, et al. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva; 2009.
67. Martínez-Olmos J, Minué-Lorenzo S, Baena-Parejo ML. ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios?. *Medicina Familia (And)* 2001; 2:161-4
68. Minzberg, H. La estructuración de las organizaciones. *Ariel Economía.*1993.561 p
69. Molina F, Castaño E, Masso J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clin Med Fam [online].* 2008; 2(4):178-180.
70. Navarro, V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. 12-4-2012. <http://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2012/04/12/>
71. Navarro V. <http://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2012/09/24/la-necesidad-de-una-segunda-transicion-y-una-nueva-constitucion/>
72. Neumayer E. Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Soc Sci Med.* 2004;58:1037-47.
73. Organización Internacional del Trabajo. Informe. Año 2005  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed\\_emp/documents/publication/wcms\\_110513.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_emp/documents/publication/wcms_110513.pdf)
74. Organización Panamericana de la Salud: Resolución "Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente", CSP 27/16 (218.39 kB) 2007  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3412%3Acalidad-en-la-atencion-y-seguridad-del-paciente-&catid=1530%3Ahss-patient-safety&Itemid=2166&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3Acalidad-en-la-atencion-y-seguridad-del-paciente-&catid=1530%3Ahss-patient-safety&Itemid=2166&lang=es)
75. Ortún, V. Entrevista. 30 años de retos y logros. *El Médico.* Nº 1128. Enero 2012.
76. O`Shanahan J. J. Gestión participativa en el Distrito. El contrato de gestión. El Plan Operacional Anual del Distrito. Módulo 4 del Curso Modular de Equipos Distritales de Guinea Ecuatorial. Cátedra UNESCO de IPDSILOS-FRS. MINSABS. Bata. 2011.  
O`Shanahan José J. Informe sobre la misión de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC-SCS y Técnicas Competitivas S. A., a la Fundación Oswaldo cruz (FIOCRUZ) y la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa del Ministerio de Salud de Brasil. 11 al 17 de abril de 2012.  
[http://www.bde.es/bde/es/secciones/prensa/Agenda/Deuda\\_de\\_las\\_Ad\\_2bc923960ac6931.html](http://www.bde.es/bde/es/secciones/prensa/Agenda/Deuda_de_las_Ad_2bc923960ac6931.html)
77. O`Shanahan José J. Informe sobre la misión de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC-SCS y Técnicas Competitivas S. A., a la Fundación Oswaldo cruz (FIOCRUZ) y la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa del Ministerio de Salud de Brasil. 11 al 17 de abril de 2012.  
[http://www.bde.es/bde/es/secciones/prensa/Agenda/Deuda\\_de\\_las\\_Ad\\_2bc923960ac6931.html](http://www.bde.es/bde/es/secciones/prensa/Agenda/Deuda_de_las_Ad_2bc923960ac6931.html)
78. O`Shanahan José J. Módulo 4 Curso Modular de Formación de Equipos Distritales. Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC-SCS. Fundación de Religiosas de la Salud. Agencia Española de Cooperación Internacional. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial. 2011.
79. O`Shanahan José J. Consultoría para la propuesta de un Modelo de Organización de Distrito Sanitario para Guinea Ecuatorial. Cátedra UNESCO de Sistemas de Salud de la ULPGC. Fundación de Religiosas de la Salud. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de la República de Guinea Ecuatorial. Noviembre 2012

- O´Shanahan J.J. et al. Projet Plan Régional de Santé 2009-2012. Wilaya de Dahlet- Nouadhibou. Mauritanie. Chaire UNITWIN-UNESCO de Recherche, Développement, Planification et Développement de Systèmes Locaux de Santé. Université de Las Palmas de Gran Canaria - Service de Santé des Canaries 12 janvier- 2008. 207 p.
80. O´Shanahan J. J. Proyecto de programa de formación a distancia de Gestión en Salud para los profesionales del sistema de salud de la República de Angola y países lusófonos de África. Cátedra UNESCO de Investigación Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Año 2001.
81. O´Shanahan J.J. Reforma del sector salud y Sistema de Salud de Distrito. Módulo 1. Curso Modular de formación de Equipos Distritales. Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC-SCS; Fundación de Religiosas de la Salud; Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Guinea Ecuatorial. 2011.
82. OCDE. Health at a Glance 2009: OECD Indicators. Disponible en: [www.oecdilibrary.org/content/book/health\\_glance-2009-en](http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en). Acceso el 8 de febrero de 2011.
83. OCDE. Panorama de la salud: indicadores de la OCDE para 2005. Disponible en: [www.oecd.org/dataoecd/48/48/35619230.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/48/48/35619230.pdf). Acceso el 8 de febrero de 2011.
84. OMS. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. Global Report. Geneva: WHO. 2005. Disponible en [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html)
85. Ortega A. Gestión clínica. Acuerdos de gestión. Neurología 2003;18(supl 4):64-69.
86. Pearce N, Davey G. Is social capital the key to inequalities in health?. American Journal of Public Health. 2003; 93.
87. Peters, T. J. et Waterman R. H, Jr. In Search of Excellence. Harper & Row Publishers. New York. 1982.
88. Pobreza y Miseria en España\_2012Caritas\_12\_7\_2012  
<http://www.diocesisdecanarias.es/solidaridad/pobreza-y-miseria-en-espaa-2012.html>
89. Preámbulo del I Plan de Salud de Canarias 1997- 2001. En, O´Shanahan, J.J. "Los Planes de Salud. ¿Una herramienta de planificación a la altura de las necesidades de la Salud Pública moderna?". Bial de Planes de Salud. Sociedad Canaria de Salud Pública. Gran Canaria. 27 - 28 de Noviembre de 2000.
90. Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. 1998.
91. Putman R. Comunidade e democracia: experiencia da Italia moderna. Fundação Getulio Vargas. Río de Janeiro; 1996
92. Putman R. The prosperous community: Social capital and public life. The American Prospects. 1993;13:35-42.
93. Raphael D. Poverty, Income Inequalities and Health in Canada. School of Health Policy and Management. CSJ Foundation for Research and Education. York University. Toronto. 2002. <http://dspace.cigilibrary.org/jspui/bitstream/123456789/15466/1/Poverty%20Income%20Inequality%20and%20Health%20in%20Canada.pdf?1>
94. Reinhart C, Rogoff K. The aftermath of financial crises. NBER Working Paper No. 14656 2009.
95. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2012;27:130-8. <http://www.actasanitaria.com/opinion/puntode-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacersostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>
96. Repullo, J. R. Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos. Revi. Calid. Asist. 2011;26(1):1-4. [www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)
- 97.

98. Resolución de 27 de enero de 2012, de la Secretaría General de Presidencia de Gobierno por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se adoptan medidas para la modernización y calidad de los servicios públicos. Canarias. 2012
99. Restrepo HE. Increasing community capacity and empowering communities for promoting health. Fith Conference on Health Promotion. Mexico, D.F. Panamerican Health Organization; 2000.
100. Rosen R, Ham C. Integrated Care: Lessons from Evidence and Experience. Nuffield Trust. 2008.
101. Ruhm C. Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics. 2000;115:617-650.
102. Sargent JD, Blanchflower DG. Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1994;148(7):681-7.
103. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. International Journal of Epidemiology. 1999; 28(3):445-454.
104. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? WHO Regional Office for Europe. 2008.
105. Ståhl T, Wismar M, Ollila, et al. (eds). Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2006. Disponible en: [http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2)
106. Stanistreet, D Jeffrey V. et Mellis, M. Violence and Public Health. Developing a Policy Agenda. Teh University of Liverpool and NHS Executive North West and Cheshire Constabulary. Liverpool. 1998.
107. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank. 2005; 83:457-502.
108. Starfield B. Toward international primary care reform. Canadian Medical Association Journal. 2009; 180(11):1091.
109. Stead L, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control*, 2007;16:3-8.
110. Steinbrook R. Health care and the American Recovery and Reinvestment Act. N Engl J Med. 2009;360:1057-60.
111. Stiglitz, J. E. El último respiro del euro. El País. 6 de julio de 2012
112. Stroetmann KA, Jones T, Dobrev A, Stroetmann VN. EHealth is Worth it: The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites. The Commission of the European Communities. 2006.
113. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. Lancet. 2009;373:399-407.
114. Suhrcke M, Urban D. Are Cardiovascular Diseases Bad for Economic Growth? CESifo Working Paper No. 1845. 2006. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=949412>. Acceso el 8 de febrero de 2011.
115. Testa M. Pensar en Salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1993
116. The Lancet, Volume 380, Issue 9849, Page 1203, 6 October 2012. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61694-8/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61694-8/)
117. Tom B, Michel G, Florence J. Unemployment and mortality in France, 1982-2002. Hamilton, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University; 2007.
118. Turabián JL. Participación Comunitaria y Salud: manteniendo el sentido de la proporción. Atención Primaria. 1993;11(1):48-51.
119. U.S.A. Department of Health and Human Services. Healthy People 2011. Understanding and Improving Health. 2000.

120. Ugalde A. Un acercamiento teórico a la Participación Comunitaria en Salud. En: Menéndez LE, Spinelli H (coordinadores). Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar editorial; 2006.
  121. United Nations International Strategy for Disaster Reduction, Terminology on disaster risk reduction (working document), New York: ISDR, 2003. Disponible en: <http://www.adrc.or.jp/publications/terminology/top.htm>. Acceso el 8 de febrero de 2011.
  122. Universal Health Coverage. Themed issue, published Sept 7, 2012. <http://www.thelancet.com/themed-universal-health-coverage>
  123. Vergara M, Benach J, et al. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). Gac Sanit. 2009;23:16-22
  124. Whitehead M, et al. Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. Penguin Social Sciences. 2001.
  125. WHO. 2009. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. Background paper. WHO Regional Office for Europe. Disponible en: [http://euro.who.int/Document/HSM/Oslo\\_BP\\_crisis\\_overview.pdf](http://euro.who.int/Document/HSM/Oslo_BP_crisis_overview.pdf) Acceso el 8 de febrero de 2011.
  126. WHO. The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Sixty-fifth World Health Assembly WHA65.4; 25 May 2012.
  127. Wismar M., Blau J., Ernst K., et Figueras J. La eficacia de la evaluación del impacto sanitario. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. WHO. 2008
  128. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of Health. The solid facts (2 edición). Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
  129. William Ross Ashby 1963. Neurólogo. La Ley de Ashby determina el máximo nivel teórico de regulación que un Sistema puede alcanzar: Solo la variedad (complejidad) puede absorber (destruir) variedad
  130. [www.humanizaus.org](http://www.humanizaus.org); [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342);
-