

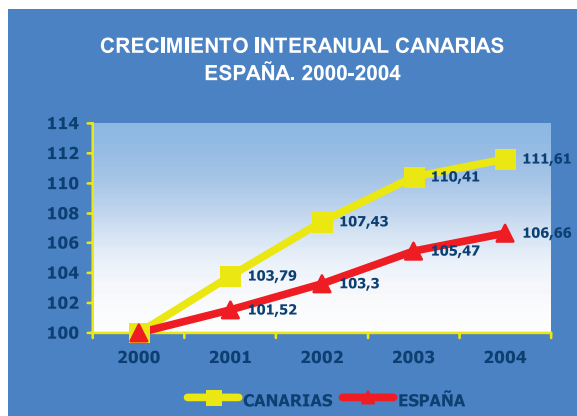


CANARIAS

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

En la Comunidad Autónoma Canaria se evidencia un ritmo de crecimiento poblacional importante, que no es homogéneo en todo el territorio y se concentra en las zonas de desarrollo turístico, en las capitales insulares y en las islas de Lanzarote y Fuerteventura.



Canarias es la CA que más rápido envejece. Esto se debe al fenómeno de “reagrupación familiar” que genera la población que inmigra por motivos de trabajo. La tasa media de crecimiento de la población de 65 y más años, en el periodo 1999-2002, fue del 4,3%, frente al 2,1% en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, existen diferencias entre las islas, de forma que las más occidentales presentan los mayores índices de envejecimiento. Este hecho, unido a la disminución en los últimos años de la tasa de paro, el crecimiento del PIB y el incremento sostenido e irregular de la renta familiar, con bolsas de pobreza económica y cultural, son factores que tienen gran impacto en el patrón de utilización de los servicios por parte de los ciudadanos.

El último dato de población disponible corresponde a la Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1-1-2004 (INE). Según estos datos, Canarias cuenta con **1.915.540 habitantes** (960.658 hombres y 954.882 mujeres), distribuidos por islas y grupos de edad de la siguiente forma:

	CANARIAS	Lanzarote	Fuerte-ventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
TOTAL	1.915.540	116.782	79.986	790.360	812.839	21.220	84.282	10.071
0-14	297.423	20.226	13.597	126.806	120.702	2.799	11.900	1.393
15-64	1.387.168	87.747	61.720	569.634	589.269	14.592	57.497	6.709
65-+	230.949	8.809	4.669	93.920	102.868	3.829	14.885	1.969

FUENTE: Ficheros de microdatos de la Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1-1-2004 (INE).

Con una tasa de paro del 11,86% en 2004 (Encuesta de Población Activa), la población ocupada en Canarias fue de 786.000 personas, de las que más del 74% pertenecen al sector servicios, mientras que el resto se distribuye en un 15% en la construcción, un 6% en industria y un 5% en agricultura.

En la siguiente tabla se exponen los Datos de Población obtenidos de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual, correspondientes a diciembre de 2004(*), siguiendo la misma distribución por islas y grupos de edad que la empleada por el INE.

	CANARIAS	Lanza-rote	Fuerte-ventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	La Palma	El Hierro
TOTAL	1.857.238	123.342	91.266	772.966	769.893	16.323	74.783	8.665
0-14	288.954	20.703	15.743	120.823	116.996	2.393	11.055	1.241
15-64	1.331.185	92.311	70.252	552.706	551.319	10.675	48.543	5.379
65-+	237.099	10.328	5.271	99.437	101.578	3.255	15.185	2.045

FUENTE: Banco de Datos de Atención Primaria

(*) Datos disponibles a tiempo real

2. Desarrollo normativo e institucional

DESARROLLO LEGISLATIVO BÁSICO

- **Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias** (Boletín Oficial de Canarias 1994/096, de 5 de agosto)
- **Decreto 32/1995. Reglamento de Organización y funcionamiento del Servicio Canario de la Salud** (BOC 19957032, de 15 de marzo)

DESARROLLOS LEGISLATIVOS DURANTE EL AÑO 2004

- **Decreto 29/2004, de 23 de marzo**, por el que se modifica el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, y el Decreto 61/1997, de 30 de abril, por el que se crea el Comité Asesor para la Utilización Terapéutica de la Hormona del Crecimiento y Sustancias Relacionadas. (BOC nº 66, de 5 de abril)
- **Decreto 90/2004, de 13 de julio**, por el que se regulan los reembolsos de gastos por desplazamientos en transporte no concertado y las compensaciones a los pacientes del SCS y a sus acompañantes por pernoctar, por razón de asistencia sanitaria, fuera del Área de Salud de su municipio de residencia. (BOC nº 141, de 22 de julio).
- **Decreto 154/2004, de 9 de noviembre**, que aprueba el Reglamento por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de la actividad de tatuaje, micropigmentación o perforado corporal ("piercing"). (BOC nº 225, de 19 de noviembre).

NORMATIVA EN ELABORACIÓN:

- Anteproyecto de Ley de creación de la Agencia Canaria de Seguridad Alimentaria.
- Proyecto de Decreto por el que se aprueba el reglamento para el uso de desfibriladores semiautomáticos externos por personal no médico en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Proyecto de Decreto por el que se regula el procedimiento de verificación del cumplimiento por parte de las oficinas de farmacia y de los servicios farmacéuticos de los requisitos necesarios para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales.
- Proyecto de Decreto por el que se aprueba el reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo de la Comunidad Autónoma de Canarias.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: CANARIAS

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado
<p>Decreto 29/2004, de 23 de marzo, por el que se modifica el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, y el Decreto 61/1997, de 30 de abril, por el que se crea el Comité Asesor para la Utilización Terapéutica de la Hormona del Crecimiento y Sustancias Relacionadas. (BOC nº 66, de 5 de abril)</p>	<p>05/04/2004</p>	<p>Funciones que corresponden a la Dirección General de Farmacia.</p> <p>Composición del Comité Asesor para la Utilización de la Hormona del Crecimiento y Sustancias Relacionadas.</p>
<p>Decreto 90/2004, de 13 de julio, por el que se regulan los reembolsos de gastos por desplazamientos en transporte no concertado y las compensaciones a los pacientes del SCS y a sus acompañantes por pernoctar, por razón de asistencia sanitaria, fuera del Área de Salud de su municipio de residencia. (BOC nº 141, de 22 de julio).</p>	<p>22/07/2004</p>	<p>Gastos por desplazamiento y manutención a titulares y acompañantes debidamente autorizados, para asistencia sanitaria fuera del Área de Salud en la que se encuentre su municipio</p>
<p>Decreto 154/2004, de 9 de noviembre, que aprueba el Reglamento por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de la actividad de tatuaje, micropigmentación o perforado corporal ("piercing").(BOC nº 225, de 19 de noviembre).</p>	<p>19/11/2004</p>	<p>Establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación o piercing.</p>

3. Planificación y Programas Sanitarios

PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2004-2008

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

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

Para la consolidación del segundo Plan de Salud de Canarias 2004-2008 son necesarias un conjunto de actuaciones de carácter transversal o de acompañamiento que faciliten el desarrollo y consolidación de las políticas de salud propuestas. De esta manera, se reconoce la importancia estratégica de la participación de la comunidad, la cooperación intersectorial, la formación y participación de los profesionales, la mejora de la calidad asistencial, la investigación, el desarrollo de los sistemas de información y la evaluación de las tecnologías sanitarias. Para cada una de estas líneas estratégicas se han previsto actuaciones específicas, con sus correspondientes presupuestos e instrumentos de ejecución y evaluación.

Con el primer Plan de Salud de Canarias se establecieron las bases para el desarrollo de un conjunto de actuaciones sanitarias planificadas que, bajo el enfoque de planificación operativa y, en algún caso, estratégica, se centraron sobre problemas de salud específicos.

A ellos solemos referirnos como los "Productos del Plan de Salud" y, entre los más destacados, se encuentran: el Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares, el desarrollo de la Política de Atención a la Salud Mental, la planificación asistencial a las emergencias sanitarias, el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, el Programa de Cribado de Retinopatía Diabética, que hace uso de las tecnologías de la comunicación para reorganizar y mejorar la eficiencia de los servicios diagnósticos; el Programa de Educación a la Sexualidad de Canarias, en el que se desarrollan actividades integradas de carácter educativo y asistencial (socio-sanitario) y el impulso a la cooperación intersectorial en políticas de violencia hacia mujeres, niños y mayores.

En la actualidad, procedimientos de simulación (modelización) matemática se utilizan para revisar y, potencialmente, ampliar los grupos de edad y colectivos a

incluir en algunos programas de cribado, sobre la base de criterios de coste-efectividad; como son los de cribado de cáncer de mama, cribado de errores congénitos del metabolismo y cribado de retinopatía diabética. Estos mismos procedimientos están sirviendo para orientar la toma de decisiones sobre el desarrollo de los programas de cribado de cáncer de colon-recto y cáncer de cuello de útero.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

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

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

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

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

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

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

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

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

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

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

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

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

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: CANARIAS

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	PLAN DE SALUD DE CANARIAS	SI	1ª PS: 1997-2002 2º PS: 2004-2008	
Cáncer de mama	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER DE MAMA	SI	1999	Unidad Móvil para mejorar la cobertura y acercar el servicio a los municipios más alejados de las islas
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	SI		En colaboración con la AECC y la Asociación de mujeres mastectomizadas
Cáncer de cervix		NO		
Enfermedades cardiovasculares	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA	SI	1ª Ed.: enero 2001 2ª Ed.: marzo 2003	
Salud mental	POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	SI	1997	
	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR	SI	1998	Considerando que el Programa en si mismo es innovador, se incluye en apartado 13
Violencia de género	PLAN DE ACCIÓN: Programa Canario para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las mujeres (2002-2006)	SI	2002	Contempla todos los tipos de violencia de género
	ACCIONES PREVENTIVAS: Incluidas en el protocolo	SI	2003	
	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO	SI	2003	Ofrece orientaciones dirigidas a los profesionales sanitarios para estar alerta ante signos y/o síntomas que puedan encubrir una situación de violencia
Salud Infantil	PROGRAMA DE SALUD INFANTIL	SI	1ª Ed: 1995 2ª Ed: 2005	
Mayores	PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES	SI	1ª Ed: 1999 2ª Ed: 2002	Junto con el Programa, se editaron 2.500 unidades de la "Guía de Actuación en las Personas Mayores en AP"

4. Farmacia

Seguimiento de la Prescripción Farmacéutica

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

Este sistema permite el seguimiento a partir de un sistema de indicadores cuantitativos y cualitativos. También realiza perfiles de prescripción que se monitorizan a nivel individual y comparado entre facultativos del mismo equipo y del Área de Salud. También permite la comparación con indicadores específicos para cada tipo de profesional: medicina general, pediatría, médicos de servicios de urgencias, etc.

Además, es fundamental para la retroalimentación de la información a nivel individual y comparada sobre los indicadores cuantitativos y cualitativos y el perfil de prescripción, que se realiza de forma periódica a los prescriptores de la comunidad. Está demostrada la influencia de una adecuada información a los profesionales sobre su perfil prescriptor posterior.

Los datos obtenidos, tanto de la Comunidad como de cada Área de Salud, han sido la base para priorizar las actividades de formación e información dirigidas al prescriptor.

Entre los indicadores más ampliamente utilizados se ha constatado un incremento de prácticamente el 45% en el consumo de especialidades farmacéuticas genéricas, pasando de un 4,15% sobre el consumo global al 5,88% en el último interanual. Asimismo, se ha constatado una reducción del 13% en el consumo en envases de antibióticos.

Por otra parte, se han establecido medidas de seguimiento de la prestación farmacéutica de aquellos facultativos con desviaciones importantes respecto a la media de cada Área, a través de entrevistas personales con los mismos.

Políticas de Uso Racional del Medicamento de la Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de la Salud

1. Formación de los profesionales

Se realizaron un total de 17 ediciones de los Cursos de Terapéutica y Uso Racional del Medicamento, de 20 horas de duración, en Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote y La Palma, a los que asistieron un total de 300 profesionales. La eficacia de estos cursos se empieza a percibir en el uso más racional de los antibióticos y en un descenso del gasto medio por receta.

Se impartieron 39 sesiones formativas de 90 minutos de duración en los centros de salud, a las que asistieron 500 profesionales.

Los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria recibieron formación específica sobre uso racional del medicamento con la realización de un curso de 16 horas de duración y de sesiones clínicas farmacoterapéuticas.

La prescripción asistida a través del ordenador de la consulta se ha iniciado como proyecto piloto en la isla de La Palma, con buenos resultados en la aceptación por los profesionales y la mejora de las prescripciones.

2. Creación de un Grupo de Trabajo para el Uso Racional del Medicamento

La prescripción farmacéutica afecta a diversos profesionales, como a los médicos y los farmacéuticos, y la Administración. Para analizar los problemas y sus soluciones, la Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de la

Salud creó este grupo de expertos que realizaron diversas actividades como la edición de Notas Farmacoterapéuticas para los profesionales de Atención Primaria y Asistencia Especializada. También se creó un Grupo de Farmacia Hospitalaria, con el fin de armonizar las guías farmacoterapéuticas y favorecer los concursos centralizados de determinación de tipos, entre otras actividades.

3. Impulso a la figura del Responsable del Uso Racional del Medicamento en los Centros de Salud de Canarias

La Dirección General de Farmacia formó a 100 médicos -uno por cada centro de salud de Canarias- para que sirvan de referencia en el uso racional del medicamento. Para ello, se han constituido en cada provincia como grupos estables para la calidad terapéutica, que intercambian información mediante el correo electrónico y la transmiten a sus compañeros del centro de salud con buenos resultados.

4. Mejora de la prescripción a través del uso de una Guía Farmacoterapéutica

Para mejorar la calidad de la prescripción se hace necesario disponer de un documento que resuma de forma adecuada la ingente documentación científica disponible. Para ello, se adquirieron 1.111 ejemplares de la Guía Farmacoterapéutica Basada en la Evidencia de la semFYC, con el objetivo de que sea la principal fuente independiente de ayuda a la prescripción. La versión informática de dicha guía contribuirá a que su utilización sea masiva.

5. Incentivos a la Prescripción Racional

Se incluyó dentro de los incentivos a los médicos de familia y pediatras de Atención Primaria la prescripción de calidad, mediante una serie de indicadores como el porcentaje de genéricos y determinados fármacos de elección.

6. Campaña a la población sobre el Uso Racional del Medicamento adecuado de los fármacos

La Consejería de Sanidad lanzó una campaña a la población en diversos medios de comunicación, con el objetivo de concienciar a los usuarios sobre un uso juicioso de los fármacos y sobre el papel del facultativo y el farmacéutico en este aspecto.

7. Informatización de las consultas de Atención Primaria y mejora del sistema de información

Durante el 2004 se siguió completando la informatización de las consultas de Atención Primaria y se adquirió un nuevo sistema de información, que permitirá ayudar a la prescripción de los facultativos, mediante el acceso a una Base de Datos del Medicamento elaborada con criterios de uso racional, así como mejorar la monitorización del perfil prescriptor.

TABLA 4

FARMACIA

CCAA: CANARIAS

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

		Datos 2004			Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	29.558.803			
	%recetas de genéricos/total de recetas	5,88%			
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	399.652.510,32			
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	3,33%			
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	N05B	TRANQUILIZANTES	1.960.276	
		N02B	OTROS ANALGESICOS ANTIPIRETICOS	1.686.468	
		M01A1	ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS NO ESTEROIDEOS SOLOS	1.641.886	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	N05B	TRANQUILIZANTES	6,80%	
		N02B	OTROS ANALGESICOS ANTIPIRETICOS	2,93%	
		M01A1	ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMATICOS NO ESTEROIDEOS SOLOS	7,34%	

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

La Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) ha desarrollado una intensa labor en los últimos años logrando una mejora significativa en la planificación y gestión de personal de las instituciones sanitarias del Servicio Canario de la Salud (SCS). El SCS disponía en el año 2004 de una plantilla de **18.789 trabajadores** que prestaban sus servicios en Atención Primaria y Atención Especializada, lo que supuso un incremento de personal, con respecto a 1999, de un 20,73%.

La reducción del alto índice de empleo interino existente en el ámbito del personal estatutario adscrito a los órganos de prestación de servicios sanitarios del SCS ha sido otro de los objetivos de esta Dirección General, como consecuencia del mandato del Parlamento de Canarias, plasmado en la Resolución de 3 de junio de 1997 (BOPC número 106/2, de 17 de junio de 1997). Por ello, se han efectuado tres **Ofertas Públicas de Empleo**, pasando de un índice de estabilidad del 51,2% en el año 1999, a un índice del 80,1% tras la ejecución de la OPE de 1999, para finalizar en un 98% de fijeza tras la finalización de la OPE de los años 2000 y 2002.

Los acuerdos alcanzados en los pactos suscritos con las centrales sindicales en diciembre de 2001 originaron la creación de diversos **grupos de trabajo**: Guardias y Atención Continuada, Incentivos, Carrera Profesional, Nuevas Categorías, Becas MIR y Consolidación de Empleo Interino, que propiciaron una participación decidida de los profesionales y una mejora significativa en la gestión de los recursos humanos de las instituciones sanitarias del SCS.

Asimismo, el 29 de marzo de 2000 se suscribió en el marco de la Mesa Sectorial de Sanidad, un pacto entre la Administración Sanitaria y las organizaciones sindicales del sector sobre permisos, secciones sindicales y uso del crédito horario para la realización de funciones sindicales y de representación del personal al servicio de las instituciones sanitarias.

Como elemento clave en las políticas de recursos humanos, tendente a la implicación de los profesionales en la gestión, se articula el desarrollo profesional a través de programas de incentivación ligados a la consecución de objetivos. En este sentido, cabe resaltar la implantación de la **Carrera Profesional** del Personal Facultativo mediante el Decreto 278/2003, de 13 de Noviembre, como pieza fundamental para la mejora de la calidad asistencial.

Conviene destacar, asimismo, la creación del **Registro de Personal Estatutario** del SCS mediante el Decreto 217/2001, de 21 de diciembre, con el que quedó regulado su régimen jurídico para la anotación de los actos que afectan a la vida administrativa del personal estatutario, así como la participación de la DGRH en la implantación de la aplicación informática Sirhus (Sistema Informático de Gestión de Recursos Humanos), que contendrá la información única de recursos humanos para todos los colectivos de personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.

En cuanto a la formación continuada, la DGRH planifica la **formación continuada** contando con la colaboración de distintos órganos, tanto centrales como territoriales, en la detección de las necesidades formativas. La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) gestiona y promueve el plan formativo. La última evaluación que se realizó fue la referida al plan de formación de 2004, valorándose a través de una encuesta individual, compuesta

de 20 ítems, los distintos aspectos relacionados con las actividades formativas, obteniéndose una media global de 8.34, en una escala del 0 al 10.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CANARIAS

		si/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Institución ú Organismo específico	SI	Dirección General de Recursos Humanos (Servicio Canario de la Salud)	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias	Organismo autónomo de carácter administrativo sujeto al Derecho Público, con personalidad jurídica propia.
			Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN)	Creada por Ley 1/1993, de 26 de marzo, que tiene entre otros objetivos la formación del personal de los servicios sanitarios y sociales de la CAC	Entidad de Derecho Público, con personalidad jurídica propia y sujeta en su actuación al ordenamiento jurídico privado.
	Otro Sistema (especificar)	SI	Distintos órganos centrales y territoriales del Servicio Canario de la Salud	Ley 11/1994 y Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de La Salud. Estos órganos cuentan con partida presupuestaria para la organización de reuniones, cursos, jornadas y conferencias	El Servicio Canario de Salud es un organismo autónomo de carácter administrativo sujeto al Derecho Público, con personalidad jurídica propia.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CANARIAS

Número de Profesionales en ATENCIÓN PRIMARIA

	hombres	mujeres	edad			Observaciones (*)
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria	532	409	0	695	246	
Pediatría	92	130	1	131	90	
Enfermería	262	936	55	679	464	
Farmacia	2	2		4		
Psicología Clínica	0	0				
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	37	83	4	101	15	
Otros profesionales no sanitarios	338	609	6	704	237	

(*) En todos los casos, únicamente está contabilizado el personal fijo e interino, excluyendo a los eventuales.

%de población atendida por Equipos de Atención Primaria	
---	--

Número de Profesionales en ATENCIÓN ESPECIALIZADA

	hombres	mujeres	edad			Observaciones (*)
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	834	394	1	746	481	
Enfermería	691	2.561	151	2.491	610	
Auxiliar de enfermería	360	2.724	32	1.711	1.341	
Farmacia	3	6	1	8		
Otro personal sanitario	127	511	25	515	98	
Personal no sanitario vinculado	1.629	1.978	48	2.348	1.211	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CANARIAS

Número de profesionales por ESPECIALIDADES

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones (*)
			<30años	30-50 años	>50años	
Endocrinología y nutrición	17	9	0	20	6	
Estomatología	1	1	0	2	0	
Farmacología clínica	5	15	0	18	2	
Geriatría	1	0	0	1	0	
Hematología y hemoterapia	17	21	0	25	13	
Hidrología						
Inmunología	2	0	0	2	0	
Medicina del trabajo	2	1	0	3	0	
Medicina de la E.F. y el Deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	25	13	0	25	13	
Medicina interna	42	11	0	32	21	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	3	4	0	4	3	
Medicina Preventiva y SP	2	3	0	4	1	
Microbiología y parasitología	5	17	0	17	5	
Nefrología	18	10	0	15	13	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CANARIAS

Número de profesionales por ESPECIALIDADES

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones (*)
			<30años	30-50 años	>50años	
Endocrinología y nutrición	17	9	0	20	6	
Estomatología	1	1	0	2	0	
Farmacología clínica	5	15	0	18	2	
Geriatría	1	0	0	1	0	
Hematología y hemoterapia	17	21	0	25	13	
Hidrología						
Inmunología	2	0	0	2	0	
Medicina del trabajo	2	1	0	3	0	
Medicina de la E.F. y el Deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	25	13	0	25	13	
Medicina interna	42	11	0	32	21	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	3	4	0	4	3	
Medicina Preventiva y SP	2	3	0	4	1	
Microbiología y parasitología	5	17	0	17	5	
Nefrología	18	10	0	15	13	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: CANARIAS

Número de profesionales por ESPECIALIDADES

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones (*)
			<30años	30-50 años	>50años	
Neumología	23	6	0	20	9	
Neurocirugía	20	1	0	6	15	
Neurofisiología clínica	3	3	0	1	5	
Neurología	14	9	0	16	7	
Obstetricia y ginecología	54	21	0	39	36	
Oftalmología	36	11	0	31	16	
Oncología médica	9	6	0	12	3	
Oncología radioterapia	17	6	0	14	9	
Otorrinolaringología	28	7	0	21	14	
Psiquiatría	35	29	0	46	18	
Radiodiagnóstico	35	29	0	43	21	
Rehabilitación	19	14	0	23	10	
Reumatología	12	7	0	13	6	
Traumatología y COT	77	6	0	38	45	
Urología	29	1	0	12	18	

(*) En todos los casos, únicamente está contabilizado el personal fijo e interino, excluyendo a los eventuales.

6. Investigación

A partir de las transferencias sanitarias, para ejecutar una política de investigación que, en síntesis queda definida a partir de las necesidades de información detectadas durante el proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias, el Gobierno de Canarias creó, en 1997, la **Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”**, que en el breve plazo de dos años empezó a hacer realidad algunos de los objetivos inicialmente establecidos, los de incrementar progresivamente la financiación de la investigación en ciencias de la salud en Canarias, mejorar la presencia de la investigación en Salud Pública (epidemiológica), incrementar notablemente de la investigación evaluativa sobre los servicios sanitarios, mejorar la transferencia de resultados para informar las decisiones de política sanitaria (salud pública y servicios sanitarios), potenciar el papel de la investigación como instrumento para la motivación profesional y para el cambio hacia la mejora continua de la calidad asistencial.

FUNCIS instrumentaliza la política de investigación en Ciencias de la Salud del Gobierno de Canarias mediante convocatorias públicas de investigación anuales. El proceso de evaluación de las propuestas tiene dos fases. La primera de ellas se lleva a cabo por parte de la ANEP, mientras que la segunda, que tiene por objeto fundamental el ajuste presupuestario, la lleva a cabo un panel de expertos locales.

Además, se llevan a cabo convocatorias periódicas para la formación de investigadores, para favorecer la formación investigadora bien en centros de excelencia (nacionales o internacionales) o en las propias unidades de investigación de Canarias. Un programa adicional promueve la integración de la investigación con la práctica clínica asistencial, mediante la acreditación de grupos asistenciales de excelencia. Con esta actividad, se promueve, además, la introducción de la práctica sanitaria basada en la evidencia científica.

Estos esfuerzos están logrando transformar el panorama de la investigación sanitaria en Canarias, con una mejora de la cantidad y calidad de la investigación, como queda de manifiesto en el importante aumento de proyectos financiados localmente y un aumento, si bien menos intenso, de los proyectos financiados por agencias nacionales e internacionales.

Estas mejoras en el acceso a la financiación de proyectos de investigación se traducen, aunque con menor intensidad, en las publicaciones científicas. Las publicaciones más relevantes, vinculadas a las prioridades de la política sanitaria, son editadas por parte del Servicio Canario de la Salud, existiendo a tal efecto varias líneas o series editoriales, entre las que destacan las series epidemiológica y de servicios sanitarios.

En la actualidad, la Consejería de Sanidad destina algo más de 4 millones de euros anuales a actividades de investigación en Ciencias de la Salud en Canarias, de los que la mitad se destina a financiar proyectos de investigación y programas de formación y movilidad de investigadores y el resto, al funcionamiento cada una de las cuatro unidades de investigación que existen en nuestros hospitales de referencia.

TABLA 6

INVESTIGACION

CCAA: CANARIAS

	si/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	SI	Servicio de Evaluación y Planificación	Unidad Administrativa de la Dirección del Servicio Canario de la Salud	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	SI	Fundación Canaria de Investigación y Salud Instituto Canario de Investigación	Fundación	

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	SI	4	
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	38 proyectos y 18 redes temáticas de investigación cooperativa (RTICS)	
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	SI	2	
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	SI	165	Estos proyectos son financiados mayoritariamente por la Fundación Canario de Investigación y Salud. Un numero menor de proyectos son financiados por la Dirección General de Universidades de la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	SI	131	A esto hay que añadir 52 estudios de Postautorización de medicamentos

7. Sistemas de información sanitaria

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, consciente de la importancia que suponen para el Servicio Canario de la Salud (SCS) los Sistemas y las Tecnologías de la Información para la mejora de la gestión y la atención asistencial de todos sus centros sanitarios, elaboró un Plan de Sistemas de Información para identificar las necesidades y planificar las acciones conducentes a una modernización de sus plataformas tecnológicas. Fruto de este Plan de Sistemas de Información se detectaron y establecieron varias líneas maestras de acción:

1. Homogeneización de las herramientas y plataformas tecnológicas del SCS, destacando:

- Oracle como Sistema Gestor de Bases de Datos
- Uso de interfaces de usuario tipo WEB
- Unix como Sistema Operativo de aplicaciones corporativas.

2. Consolidación de la Tarjeta Sanitaria como núcleo del modelo de datos de las presentes y futuras aplicaciones del SCS

Dos implicaciones importantes deben destacarse a los efectos del desarrollo de este proyecto: por un lado la tarjeta individual sanitaria (TIS) será un identificador primario de la historia clínica de los pacientes y, por otro lado, toda la información de las tablas que constituyen Tarjeta Sanitaria deberá ser parte intrínseca del resto de sistemas de información.

3. Desarrollo de una Red Intranet para los Centros del SCS

La Red Intranet del SCS alcanza a toda la Red de Atención Primaria y a la Red Hospitalaria y de Servicios Centrales.

4. Implantación de un Sistema de Gestión de los Recursos Humanos del SCS.

Se está implantando en todos los centros del Gobierno de Canarias una aplicación a medida denominada SIRHUS (Sistema Informático de Gestión de Recursos Humanos), que contendrá la información única de recursos humanos para todos los colectivos de personal de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.

5. Implantación de un Sistema de Gestión Económico Financiera

La dualidad actividad asistencial – asiento contable hace que la interrelación entre los dos sistemas sea crítica. Este proyecto permitirá la identificación de toda la información asistencial con repercusión económica.

6. Desarrollo de la Gestión Administrativa y Clínica para la Atención Primaria

Este proyecto debe facilitar la convergencia y la integración de la información y los procesos asistenciales, así como favorecer la filosofía de historia única del paciente en todo el Sistema Sanitario Canario.

7. Desarrollo de un sistema de soporte a la decisión basada en un DataWarehouse que permita la construcción de cuadros de mando y el análisis de la información clínica y de gestión.

8. Desarrollo de la Gestión Administrativa y Clínica para la Atención Especializada, interrelacionando este proceso de informatización con los aplicativos centrales ya existentes como son:

- Sistema de Información de Listas de Espera
- Tarjeta Sanitaria
- Gestión de Centros Concertados
- Gestión de las Prestaciones Complementarias definidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo
- Gestión de Consumo Farmacéutico
- Gestión de la Incapacidad Transitoria

TABLA 7

SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

CCAA: CANARIAS

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias	SI	SERVICIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN, de la Dirección General de programas Asistenciales	Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de La Salud		

	si/no	Año(s) en que se ha realizado	Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años		Observaciones
			%hombres	%mujeres	
ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)	SI	Encuesta de Salud:1990-1997-2004, Encuesta Nutricional:1998	78,92%	66,81%	

8. Calidad

Desde el Consejo de Gobierno de Canarias se promovió en el año 2000 la implantación de Sistemas de Calidad en la Administración Pública Canaria.

La Consejería de Sanidad a través de su primer Plan de Salud, ya finalizado y evaluado con la consecución del 80% de los objetivos, definió su propio modelo de calidad. Al igual que otras organizaciones y empresas del sector sanitario, es un modelo basado en la "gestión de la calidad total", teniendo como referencia el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, más conocido como Modelo EFQM, como un instrumento de diagnóstico que ayude a conseguir un buen sistema de gestión y sirva como marco de referencia para evaluar los progresos de nuestra organización hacia la excelencia.

En nuestro modelo partimos de la base de que la calidad no es responsabilidad de un departamento determinado, sino que se trata de un objetivo que debemos abordar de forma transversal en cada uno de los servicios de la Consejería de Sanidad. Por ello, se trabaja en el "desarrollo de vías clínicas", "protocolos normalizados de trabajo" o en la "implantación de buenas prácticas clínicas". Aplicar la metodología de la calidad implica aunar en una estrategia común a autoridades sanitarias, profesionales y ciudadanos, teniendo en cuenta que, cada grupo, tiene su propia visión y expectativas acerca de la calidad.

El optar por el modelo europeo como referencia y marco integrador, no significa prescindir de otros sistemas recomendables en situaciones concretas y que además pueden ser complementarios como las certificaciones según las normas ISO u otros modelos de acreditación de diferentes centros.

En los últimos años, en nuestros centros sanitarios se han ido implantando tanto la figura del Coordinador de Calidad como las Unidades de Calidad, los cuales con su apoyo metodológico al equipo directivo, "El Líder", unido al aumento del grado de compromiso que desde el SCS se le da a la mejora de la calidad en los programas de gestión convenida, han impulsado el desarrollo de esta cultura de calidad.

Los hospitales de la red pública, Gerencias de Servicios Sanitarios y Gerencias de Atención Primaria del Servicio Canario de la Salud se comprometen cada año a través del programa de gestión convenida a realizar unos objetivos de calidad, con sus indicadores y estándares. Estos objetivos de calidad están diferenciados según el número de camas de cada hospital y el tamaño de la Gerencia de Atención Primaria.

Asimismo, se han estructurado diferentes Encuestas de Satisfacción desde los Servicios Centrales del Servicio Canario de la Salud (Encuesta de Satisfacción al Alta Hospitalaria, Encuesta de Satisfacción Posthospitalización, Encuesta de Satisfacción para los usuarios de los centros de salud) que anualmente se realizan, con sus correspondientes planes de mejora, en los aspectos que más influyen en la calidad percibida de los usuarios.

Se está desarrollando el primer Plan Estratégico de Atención Primaria 2004-2008, que incluye un apartado muy relevante con respecto a la calidad, con dos líneas estratégicas: impulsar la implantación del modelo europeo de calidad (EFQM) en el Servicio Canario de la Salud y desarrollar, con la participación activa de los profesionales y la ciudadanía, un sistema de evaluación de la calidad de la atención sanitaria.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

9.1.- Estado de salud de la población

El aumento de la esperanza de vida que se ha producido en España a lo largo de las últimas décadas nos sitúa en uno de los primeros puestos entre los países desarrollados. Dentro de este escenario privilegiado, Canarias disfruta de una esperanza de vida al nacer próxima al valor medio del país (81,55 años para la mujer y 74,53 años para el hombre). Si analizamos estos valores entre islas, observamos que las actuaciones gubernamentales llevadas a cabo a lo largo de la década de los 80-90 han contribuido, de manera sensible, a la desaparición de las diferencias previamente existentes en la esperanza de vida al nacer.

A estas ganancias en las expectativas de cantidad de vida para el conjunto del Archipiélago, ligadas a una reducción de las desigualdades interinsulares, ha contribuido la mejora de la equidad en el sector sanitario, lograda a partir de la interacción entre los diferentes departamentos y niveles de gobierno en las Islas.

Complementariamente, el comportamiento de la mortalidad infantil en Canarias ha seguido una tendencia decidida hacia su reducción desde la década de los 80, a finales del siglo XX, hasta la actualidad, momento en el que las tasas para Canarias (4,21 por cada 1.000 nacidos vivos) se sitúan por debajo de la media nacional.

La valoración conjunta de la información sobre mortalidad y mortalidad evitable, morbilidad, impacto socio-económico y vulnerabilidad de los problemas de salud hizo posible priorizar, de manera explícita, transparente y reproducible, a la cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes mellitus, salud mental, accidentes y envejecimiento como los problemas de salud más relevantes en la Comunidad Canaria, transformándose en el objeto de las actuaciones contenidas en el nuevo Plan de Salud de Canarias.

Es importante señalar que las tasas de mortalidad para la cardiopatía isquémica en Canarias se sitúan entre las más altas de España (125 y 65×10^5 para hombres y mujeres respectivamente), al igual que ocurre para la prevalencia de diabetes mellitus tipo II (13%) y la incidencia de diabetes mellitus tipo I (27×10^5).

9.2.- Instrumentos utilizados para la evaluación y monitorización del estado de salud de la población en Canarias

Las estrategias que se llevan a cabo por parte de la Consejería de Sanidad para conocer, dimensionar y monitorizar el estado de salud y el impacto social y sanitario de los problemas de salud de la población requieren la utilización integrada de un conjunto de fuentes de información cuyos resultados dan lugar a un informe que se actualiza periódicamente y está disponible en el web del Servicio Canario de Salud, vinculado al Plan de Salud de Canarias.

La información procedente del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto Canario de Estadística hace posible obtener indicadores de mortalidad y derivados de la misma, como son la mortalidad bruta y ajustada por las variables de interés, mortalidad evitable, años de vida perdidos, esperanza de vida. La información sobre morbilidad se actualiza, continuamente, a partir de la explotación de diferentes registros de actividad asistencial, como son el CMBD hospitalario y la historia clínica electrónica en Atención Primaria.

A este último objeto contribuyen, además, otros registros de morbilidad, como son el Registro Canario del Cáncer, VIH, diabetes, enfermedad renal crónica y salud mental, entre otros. Además, La Fundación Canaria de Investigación y Salud, por medio de sus convocatorias de investigación priorizada garantiza la obtención de información epidemiológica relevante para contribuir a mejorar el conocimiento sobre el estado y los condicionantes de salud de la población. De esta manera se financian estudios transversales y longitudinales sobre cáncer, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, salud bucodental, salud mental, envejecimiento, tuberculosis, estado inmunitario de la población con respecto a la oferta del programa vacunal regional, entre otros.

Complementariamente, el diseño y ejecución periódica, cada cuatro y ocho años respectivamente, de la Encuesta de Salud de Canarias y de la Encuesta Nutricional de Canarias, aportan información sobre los hábitos de vida, la morbilidad y la utilización de servicios sanitarios por parte de la población. Esta información se obtiene de manera que sea representativa para cada una de las siete islas que componen la Comunidad Canaria.

Para mejorar el conocimiento de los problemas de salud, desde perspectivas no habituales en la política sanitaria española, y contribuir a mejorar el proceso de establecimiento de prioridades sanitarias en la Comunidad, la Consejería de Sanidad ha desarrollado una línea de investigación sobre costes sociales y sanitarios de las enfermedades, tanto prevalentes como raras, en paralelo a otra línea sobre evaluación del impacto de las enfermedades sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.

10. Participación

- **Órganos de Participación Comunitaria**, contemplados en la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, entre los que se encuentran: El Consejo de Salud de Zona (Decreto 124/1999, de 17 de junio), El Consejo de Salud del Área (Decreto 124/1999, de 17 de junio) o la Comisión de Participación Hospitalaria (Decreto 32/1995, de 24 de febrero).
- **Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental**. Creada por la Orden Interdepartamental 1/1993, de 19 de mayo, modificada mediante el Decreto 193/1997, de 24 de julio
- **Comisión Asesora sobre Tabaquismo en Canarias**. Con el fin de aunar a las más diversas instituciones para desarrollar una actividad conjunta en la lucha contra este problema en las diferentes vertientes: educativa, sanitaria y publicitaria. Decreto 81/1998, de 28 de mayo.
- **Comisión Asesora sobre la Diabetes en Canarias**. Constituida por profesionales de reconocida experiencia y representantes de los afectados. Decreto 82/1998, de 28 de mayo.
- **Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.) para enfermos mentales**. De carácter insular donde existe, además de la sanitaria, una representación de otros Departamentos de la Comunidad Autónoma, de las Administraciones Locales y Asociaciones y Organizaciones relacionadas con la enfermedad mental crónica. Decreto 83/1998, de 28 de mayo.
- **Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer**. Constituida por profesionales de reconocida experiencia, prestigio y conocimiento en este campo, esta comisión garantiza a las personas afectas de demencias y enfermedad de Alzheimer la equidad en el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles, así como el uso apropiado de los mismos. Decreto 125/1999, de 17 de junio.
- **Oficina para la Defensa de los Derechos de los Usuarios (ODDUS)**. Decreto 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regulan la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario, modificado posteriormente por el Decreto 147/2001, de 9 de julio.

POSTERIORES Y EN ELABORACIÓN, relacionados con la Ley 41/2002

- **Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios**. Orden de 28 de febrero de 2005. Entre los derechos recogidos en la Orden, se encuentran el del acceso a la Historia Clínica, la libre elección de médico, el consentimiento previo del paciente para la realización de cualquier intervención, el derecho a la segunda opinión y el derecho a manifestar por escrito sus instrucciones previas sobre los cuidados y tratamiento de su salud o, en caso de fallecimiento, el destino de su cuerpo y órganos.
- Proyecto de **Decreto por el que se regula la Historia Clínica** en los Centros y Establecimientos Hospitalarios y se establece el contenido, conservación y expurgo de documentos.
- Proyecto de **Decreto por el que se regula el sistema de organización y gestión de las listas de espera** en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Proyecto de **Decreto por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad** en el ámbito sanitario.

TABLA 10

TABLA 10
PARTICIPACION

CCAA: CANARIAS

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	SI	OFICINA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS	Decreto 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regulan la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario, modificado posteriormente por el Decreto 147/2001, de 9 de julio.		

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	SI	ORDEN de 28 de febrero de 2005, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión	
Segunda opinión			
Acceso a la Historia Clínica	NO (*)		(*) Existe un Proyecto de Decreto, actualmente en trámite gubernativo, que entre otros aspectos, desarrolla el Acceso a la Historia Clínica y el Consentimiento Informado.
Consentimiento Informado			
Instrucciones Previas/Últimas Voluntades	NO (*)		(*) En elaboración un Proyecto de Decreto por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad
Guía ó Carta de Servicios	SI	Decreto 220/2000, de 4 de diciembre, modificado por Decreto 161/2002, de 18 de noviembre	

TABLA 10
PARTICIPACION

CCAA: CANARIAS

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Información en el Sistema Nacional de Salud			
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad			

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes		300.000 Euros	17		

	si/no	referencia normativa	características	Observaciones
Cuantía destinada a Gestión de reclamaciones	generales			
	que implican responsabilidad patrimonial	345087,04 Euros	Real Decreto 429/93 de 26 de marzo	

11. Equidad

DISCAPACIDAD

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

- **Programa de Atención Sociosanitario de mayores (2001) y Programa de Atención Sociosanitario a los discapacitados (2004).** Ambos Planes corresponsabilizan a tres Administraciones: Consejería de Sanidad, Consejería de Asuntos Sociales y Cabildos Insulares.
- **Plan de Salud de Canarias** en su segunda revisión 2004-2008, con dos áreas específicas de trabajo: Salud Mental y Envejecimiento.
- **Comisión de Coordinación y Planificación para la adopción de medidas de carácter social con impacto sobre las personas,** con la participación de todas las áreas y consejerías del Gobierno relacionadas con esta materia: Educación, Sanidad, Empleo, Hacienda y Presidencia.

Desde el Servicio Canario de la Salud se está trabajando en los siguientes aspectos:

1. Actualizar y desarrollar la normativa que regule la atención sociosanitaria en los mayores y el acceso a los servicios.
2. Analizar las prestaciones actuales en cuidados de larga duración.
3. Planificar con la Atención Especializada el desarrollo de recursos, con el objetivo de fomentar la Asistencia Geriátrica Especializada.
4. Organizar y regular la atención sanitaria en los centros sociosanitarios de mayores garantizando la calidad asistencial, a través de regular los recursos necesarios, tanto humanos como estructurales y materiales que se requerirán para prestar cuidados de larga estancia complejos (enfermedades crónicas evolutivas, úlceras por decúbito, ostomías, alteraciones de conducta, visita médica, atención directa de enfermería permanente y continuada, etc).
5. Elaborar el Programa de Atención Sociosanitaria dirigido a las personas entre 16 y 64 años con discapacidad.
 - Ordenando la Atención Sanitaria que requieren estas personas, dependiendo de su complejidad clínica y carga de cuidados.
 - Planificando el desarrollo de los diferentes recursos asistenciales en salud mental hasta el año 2007 en toda la Comunidad Autónoma.
 - Organizando el acceso a los recursos sociosanitarios para este sector.
 - Creando comisiones de seguimiento para la planificación, acceso a plazas, etc.

PLAN CANARIO DE INMIGRACIÓN

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

Actualmente, después de una fase de evaluación de este primer Plan, se está en fase de borrador del segundo Plan para el periodo 2005-2007 (II PCI 2205-2007), pendiente de su aprobación en primer lugar por el Foro Canario de la Inmigración y posteriormente por el Gobierno y el Parlamento Canario.

Este II Plan es una prolongación del primero y recoge la renovación de las voluntades, las metas, inquietudes y sobre todo la experiencia aportada por entidades y administraciones públicas al tratamiento de una realidad compleja y cambiante. Su aplicación redundará en la mejora de las condiciones de vida de las personas inmigrantes y su integración en el desarrollo económico y social de la Comunidad Autónoma Canaria, definiendo entre sus áreas de actuación las de servicios sociales, educación, salud, vivienda, justicia y seguridad, formación y empleo, y menores extranjeros/as no acompañados/as.

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

TABLA 11

MEDIDAS PARA LA EQUIDAD

CCAA: CANARIAS

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
Género	SI	Protocolo de actuación ante la Violencia de Género en el ámbito doméstico		
Etnia	SI	Plan Canario de Inmigración	I PLAN CANARIO DE INMIGRACIÓN 2002-2004	En elaboración el II PCI
Discapacidad	SI	Programa de Atención Sociosanitario de mayores (2001) Programa de Atención Sociosanitario a los discapacitados (2004)	Ley 11/94, de Ordenación Sanitaria de Canarias Plan de Salud de Canarias 2004-2008	
Otras				

12. Valoración del proceso transferencial

El Gobierno de Canarias asumió la transferencia de las competencias en Sanidad en diciembre de 1994. En aquel momento, el conjunto de infraestructuras en el que se desarrollaba la actividad asistencial de la red de centros públicos tenía como características principales la escasez de recursos, una cartera de servicios especializados muy reducida y un severo grado de obsolescencia y deterioro de los edificios, instalaciones y equipamientos disponibles para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población.

Paralelamente al proceso negociador de las transferencias sanitarias, el Gobierno de Canarias inició un proceso dirigido a establecer los aspectos fundamentales de la ordenación sanitaria de la comunidad y la orientación de las actuaciones de política sanitaria, centrandolo en las necesidades prioritarias para cada una de las islas que componen la Comunidad Canaria. Por esta razón, la negociación de las transferencias en nuestra Comunidad está íntimamente ligada a un proceso participativo, en relación tanto al análisis y definición de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias como para la elaboración del Plan de Salud de Canarias.

Al mismo tiempo, la Comunidad Autónoma vivía un crecimiento explosivo de su población, distribuida de modo desigual entre sus islas, sin conexión con ninguna de las proyecciones de previsión demográfica realizadas con anterioridad.

El trabajo de diseño y planificación de lo que sería la red de centros y servicios de utilización pública, tanto en su planteamiento como en su desarrollo, se estableció según los siguientes criterios:

- Aproximación de los puntos de Atención Primaria al medio social habitual de cada usuario.
- Potenciación de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, programada y urgente.
- Extensión de la cartera de servicios disponible en los centros de asistencia Especializada de cada Área, complementado con un sistema de referencias entre ellas.
- Fomento del uso de las técnicas diagnósticas y terapéuticas menos invasivas y de procesos alternativos al internamiento.
- Incorporación de plataformas tecnológicas que permitieran realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ya disponibles y los nuevos, en un marco de mayor objetivación y garantía de calidad y con la mayor capacidad y eficiencia.
- Establecimiento de sistemas de información, orientados a facilitar y agilizar el acceso de los usuarios a los servicios y a garantizar la equidad en el acceso.
- Implantación de herramientas de información y gestión orientadas a mejorar la eficiencia global del sistema.

Sin lugar a dudas, este proceso hizo posible impulsar el desarrollo de los servicios sanitarios en respuesta a las necesidades de salud de la población, tanto mediante nuevos programas de interés para la salud pública, como por medio de la ampliación e incorporación de nuevas prestaciones asistenciales y la mejora progresiva de las infraestructuras (hospitales, centros de salud, centros de Atención Especializada e incorporación de tecnologías sanitarias) en cada Área de Salud. De esta manera, se abordó el doble objetivo de acortar las diferencias en el acceso a los servicios sanitarios con respecto a las Comunidades Autónomas

sanitariamente más desarrolladas de España, así como entre Áreas de Salud en el seno del Archipiélago.

Nuestra Comunidad Autónoma tiene una población de derecho de 1.915.540 habitantes, a la que se le suma una población flotante media de 300.000 personas (turistas, desplazados laborales), demandantes de servicios en mayor o menor grado.

El hecho de que esta población esté distribuida en siete islas de muy diferentes dimensiones dificulta enormemente la planificación de los servicios ya que los mecanismos de referencia entre centros de distinto nivel, que en territorios continuos no suponen ningún problema para los pacientes, en nuestro territorio fraccionado supone la extracción del paciente fuera de su medio social a centros situados fuera del alcance del transporte de 24 horas o de la continuidad por carretera.

En estas circunstancias, la toma de decisiones acerca de las técnicas que han de ser incluidas en la cartera de servicios de los hospitales de cada Área no puede ser basada en criterios generalmente admitidos en relación con el coste-eficiencia de las técnicas y los colectivos poblacionales de referencia.

Con frecuencia, es necesario incluir, por razones de equidad en el acceso a la asistencia, técnicas cuya frecuentación será insuficiente desde una perspectiva de la eficiencia económica, y tomar la decisión con una única frontera de referencia: que el número de casos esperable sea suficiente para garantizar la calidad del servicio prestado y el mantenimiento y progreso de las habilidades de los profesionales que lo prestan.

Es importante señalar que la realidad social y demográfica de las comunidades autónomas españolas ha cambiado sustancialmente a lo largo del periodo de tiempo transcurrido tras las transferencias, siendo desigual tanto la naturaleza como la intensidad de estos cambios. Estamos convencidos de que estos cambios requieren de otros cambios razonables en la política financiera del Estado y de las comunidades autónomas.

En la Comunidad Canaria estamos siendo testigos de cómo la insuficiencia financiera provocada por el importante aumento de la población está contribuyendo a la dificultad para acceder a determinadas prestaciones sanitarias y para acortar las diferencias de salud relacionadas con problemas de salud de la magnitud de la cardiopatía isquémica o la diabetes mellitus.

Este hecho ha sido recogido en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, en su disposición adicional octava, establece que la Comunidad Autónoma de Canarias debe ser considerada como estratégica en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia, si bien es cierto que esta consideración no ha producido, de momento, las esperables consecuencias en la financiación.

La financiación sanitaria per cápita en Canarias era 651,23 € en 1999, frente a 657,25 € de media nacional, lo que implicaba un índice de financiación per cápita del 99,95 (100 para la media del SNS). En los ejercicios 2002 y 2003, la financiación per cápita en Canarias se situó en 727,15 y 727,60 €; lo que supone unos índices de financiación per cápita de 94,77 y 93,13 respectivamente (100 para la media del SNS). Ello ha supuesto que si en 1999 la Comunidad Canaria tenía un diferencial positivo de financiación per cápita de 8,87 € sobre la media de

España (con anterioridad a la aplicación de la garantía de mínimos de La Ley 21/200), en los años 2002 y 2003 el saldo pasó a ser negativo, en -40,15 y -53,69 euros per cápita, respectivamente.

Este comportamiento de la financiación supone un proceso de descapitalización sin precedentes. Algunos expertos en Economía de la Salud ya han alertado sobre el empeoramiento de la financiación en la Comunidad Autónoma de Canarias derivado del incremento poblacional, apuntando la posibilidad de aparición de dificultades financieras a la hora de cubrir el mínimo exigible cada año para la atención de la sanidad.

Por tanto, aunque los servicios sanitarios en España y Canarias se han desarrollado notablemente tras las transferencias y el desarrollo de estos servicios ha estado íntimamente ligado a las necesidades de salud de la población, somos conscientes de que han aparecido nuevas diferencias entre comunidades autónomas propiciadas por la ausencia de mecanismos que garanticen el desarrollo cohesionado del Sistema Nacional de Salud.

Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta las diferencias existentes en este momento en el desarrollo de los servicios sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas y la utilización de la sanidad como escenario de confrontación partidista, consideramos que se hace necesario retomar los siguientes aspectos:

- 1º. Desarrollo de los preceptos establecidos en la Ley de Cohesión Sanitaria.
- 2º. Revisión de los criterios de financiación de las Comunidades Autónomas o al menos los referidos a la actualización de la población.
- 3º. Utilización efectiva del Consejo Interterritorial como órgano garante del desarrollo homogéneo del Sistema Nacional de Salud.
- 4º. Inicio de una negociación que conduzca a un Pacto Global por la Sanidad, con participación de partidos políticos y órganos de representación sindical que permita salvaguardar y desarrollar los servicios públicos sanitarios como conquista social.

13. Descripción de una experiencia innovadora

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

El Servicio Canario de Salud, que está llevando a cabo una renovación tecnológica de su sistema de información sanitario, viene desarrollando desde el año 2001 un plan piloto de informatización clínica en el Área de Salud de La Palma, a través del programa **DRAGO**, que promueve la incorporación de las tecnologías de la información en la Sanidad para el apoyo a la práctica clínica y a la gestión asistencial.

El Proyecto de Historia Clínica Electrónica (HCE) pretende establecer un modelo de modernización e innovación para la Red Asistencial del Servicio Canario de la Salud que repercuta en la calidad de atención al Paciente, bien directamente o bien a través de la optimización de los recursos.

En el marco de este proyecto, actualmente en marcha, se incluyen los siguientes:

1. Gestión asistencial hospitalaria e Historia Clínica Informatizada en el Área de Salud de La Palma

La **Estación Clínica de trabajo** es la herramienta informática que permite al médico o enfermero visualizar los diferentes episodios clínicos del paciente y gestionar las órdenes médicas y los planes de cuidado del enfermero.

Previamente a la implantación de la estación clínica, el hospital tuvo que afrontar la informatización de los servicios clínicos generales del centro tales como informatización de peticiones y resultados del Laboratorio y Anatomía Patológica, de prescripciones a Farmacia Hospitalaria y Dietética e informatización del Bloque Quirúrgico, y digitalización y distribución de imágenes radiológicas.

2. Digitalización de Imágenes RX en el Área de Salud de La Palma

Este servicio ha permitido la eliminación de películas, ya que la visualización de las radiografías se produce en la pantalla de ordenador del médico de forma que éste puede consultar en todo momento cuantas imágenes desee y los informes de diagnóstico del radiólogo, eliminándose la compleja logística de distribución de dichos elementos.

La disponibilidad de la información es uno de los aspectos más relevantes de este proyecto, pues ha permitido que la historia clínica de un paciente pueda ser accesible inmediatamente en todas las zonas del hospital.

3. Historia de Salud Electrónica en Atención Primaria

El módulo de Historia de Salud de DRAGO-AP, cuyas especificaciones han sido desarrolladas por un numeroso grupo multidisciplinar de profesionales de todas las islas en decenas de reuniones de consenso, se ha ido implementado progresivamente.

4. Integración de las Historias Clínicas de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Este sistema tiene en la integración su principal baza (La Palma es uno de los pocos sitios de España en que los pacientes tienen el mismo número de historia en Atención Primaria y Atención Especializada), aportando ventajas adicionales a los sistemas de información aislados. Supone para el paciente una mayor accesibilidad, los profesionales disponen de más cantidad, claridad y rapidez de la información y los gestores y planificadores obtienen un mejor análisis de los flujos de pacientes, de las derivaciones innecesarias y de los

cuellos de botella, consiguiendo más capacidad de planificación y una mayor precisión en el cálculo de los costes generados en los centros de gastos.

El modelo de integración entre Atención Primaria y Atención Especializada que se está desarrollando en el marco del proyecto DRAGO merecieron en el año 2003 el premio nacional Profesor Barea de Gestión Sanitaria en el apartado de Nuevas Tecnologías, otorgado por la Fundación Signo.

5. Gestión de consultas externas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Tenerife) y Centro de Atención Especializada de Tenerife

Integrado en el plan piloto de informatización clínica, se desarrolla con el objetivo de simplificar al paciente la obtención de cita mediante la centralización e informatización de la Gestión de Consultas Externas.

MÓDULOS DE METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE DRAGO-AP

Para sistematizar el trabajo de Enfermería en Atención Primaria, utilizando para ello una metodología normalizada, así como para facilitar el registro de la atención domiciliaria, se ha implementado un Módulo de Metodología de Enfermería y Continuidad de Cuidados dentro de la Historia de Salud Electrónica desarrollada por el SCS (DRAGO-AP).

Dicho módulo permite identificar y registrar los diagnósticos de enfermería (DdE), objetivos e intervenciones planteadas. Tanto en la consulta como en la atención domiciliaria gracias al uso de dispositivos móviles (PDA).

Los apartados que lo integran son:

- Valoración por Patrones Funcionales de Salud.
- Tests.
- Diagnósticos (NANDA).
- Objetivos (NOC).
- Intervenciones (NIC).

El módulo relaciona estos apartados, de forma que las respuestas de la valoración sugieren DdE, y el diagnóstico seleccionado propone objetivos e intervenciones. Además permite cargar y descargar datos desde la historia a una PDA tipo Pocket PC, seleccionando automáticamente las personas con cita domiciliaria, dando acceso a:

- Datos administrativos.
- Resumen de la historia clínica del paciente.
- Registro de Patrones Funcionales de Salud y tests asociados.
- Registro de constantes.
- Registro del riesgo cardiovascular

Las especificaciones del módulo fueron elaboradas por enfermeros de distintas islas, basándose en experiencias previas y en la bibliografía existente, utilizando métodos de consenso.

Los prototipos del módulo fueron validados en un entorno de pruebas y posteriormente pilotados por en consultas reales tanto en el centro como domiciliarias antes de su implantación global.

CITA PREVIA CENTRALIZADA

Con el objetivo de “facilitar el acceso” de la población a los servicios sanitarios, se puso en marcha en la Atención Primaria de Salud un nuevo servicio consistente en la centralización de las llamadas de petición de cita en un número único: 012.

El nuevo sistema permite no sólo pedir consulta con el médico o pediatra sino también:

- Cita con otros profesionales de su centro de salud.
- Comprobar, cambiar y anular citas
- Obtener información sobre los horarios y servicios prestados en el centro.
- Consultar si han llegado al centro los resultados de determinadas pruebas diagnósticas.
- Comprobar las citas con el médico de Atención Especializada.

Puesto en funcionamiento de forma experimental en el año 1998 en las Áreas de Salud de Tenerife, se ha ido extendiendo al resto de las Áreas de Salud, llegando prácticamente al total de la población en enero de 2002.

El horario ha ido ampliándose progresivamente para facilitar aún más la accesibilidad, de manera que desde el año 2000 el servicio se proporciona 24 horas al día, todos los días del año.

El funcionamiento de este servicio se ha visto reflejado en una mejora de la accesibilidad telefónica en todas las Áreas de Salud, que se ha puesto de manifiesto en las encuestas de satisfacción realizadas, además, ha sido reconocida por:

- La Sociedad Española de Informática de la Salud, que en 1999 le ha otorgado el "Premio Nacional de Informática de la Salud a la entidad pública o privada que ha destacado en la implantación y uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el ámbito sanitario".
- La Unión Europea, quedando finalista en los premios eHealth (tecnologías de la información para la salud) en el año 2004.

Además ha sido imitada por varias comunidades, comenzando con Galicia y Baleares.

LA CITA WEB

Desde finales de abril del 2002, cualquier paciente adscrito al Servicio Canario de la Salud puede solicitar, consultar o anular citas con su médico o pediatra de cabecera a través de la página web del SCS. Es un servicio que pueden usar los pacientes de todas las islas y de la práctica totalidad de los centros.

ENFERMERÍA DE ENLACE

El Servicio Canario de la Salud como respuesta a la necesidad de mejorar los servicios de Atención Domiciliaria y en coherencia con la línea del Plan Estratégico de potenciar el papel de las enfermeras de Atención Primaria como gestoras de cuidados, incorporó a la Cartera de Servicios de Atención Primaria el servicio de “Continuidad de cuidados en atención domiciliaria”.

El trabajo de las enfermeras comunitarias de enlace, la gestión de casos, consiste básicamente en:

- Captar a todas las personas que ya reciben atención domiciliaria, tanto por los centros de salud como por los Servicios Sociales municipales, y a todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria. Para ello se siguen los criterios, establecidos en el Programa de Atención a las Personas Mayores en APS, para la atención domiciliaria:
 - Personas con patología altamente incapacitante, física y mental.
 - Personas con reciente alta hospitalaria que continúen en convalecencia hasta que se recuperen y puedan desplazarse al centro de salud.
 - Personas con patología terminal.
 - Personas mayores de 80 años con o sin imposibilidad de acudir al centro.
 - Personas o cuidadoras familiares de las personas que reciben atención domiciliaria.
- Realizar de forma periódica una valoración global, focalizada en la detección y prevención de problemas de salud, a todas las personas que están incluidas o son susceptibles de inclusión en atención domiciliaria, tanto a los pacientes como a sus cuidadoras/es.
- Identificar los principales problemas relacionados con las necesidades de salud de estas personas, en base a los patrones funcionales que están alterados y hacer una propuesta de intervención con el Equipo de Atención Primaria - médicos, enfermeras y trabajadores sociales- y con la familia.
- Prestar apoyo y realizar educación personal y grupal a las cuidadoras principales. A las cuidadoras se les ofrece participar en un taller donde se abordan temas relacionados con “El cuidar, cuidar y cuidarse”. Su objetivo fundamental es servir de herramienta que mejore la formación, información, autoestima y calidad de vida de las cuidadoras. Se dispone de un material específico que consta de dieciocho unidades didácticas con el contenido de cada tema y la metodología a trabajar en cada uno, así como un juego de transparencias para cada unidad y un material de apoyo. Estos talleres se ofrecen también a las cuidadoras formales que contratan los servicios sociales municipales.
- Realizar el inventario del material técnico que posee la familia para la atención domiciliaria –sillas de ruedas, camas articuladas, colchones antiescaras- y crear circuitos para la recuperación, reciclaje y reutilización del mismo, en colaboración con los servicios sociales municipales.
- Trabajar conjuntamente con las trabajadoras sociales del centro de salud y de los servicios sociales municipales, en la asignación del Servicio de Ayuda a Domicilio, arreglos en el hogar, compra de materiales básicos, formación de cuidadoras formales e informales, con el objetivo final de establecer una guía-protocolo para esta coordinación.
- Establecer circuitos de coordinación con la Atención Especializada para garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN SALUD MENTAL

Justificado ante la evidencia científica de que este tipo de programas disminuye las recaídas y la carga familiar, se inició en 1998, destacando en las primeras evaluaciones una disminución en el número de recaídas y un incremento en la satisfacción de los familiares.

Se trata de realizar una intervención familiar sistemática de más de un año de duración con familiares de enfermos esquizofrénicos en todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias y Centros de Rehabilitación Psicosocial del Área de Salud de Gran Canaria.

La intervención consiste en una primera fase de preselección, una segunda fase de conexión-evaluación, una tercera fase de intervención a través de un módulo psicoeducativo de 6 a 8 semanas de duración y un módulo de ayuda a la recuperación y resolución de problemas, de un año de duración, y una cuarta fase de evaluación final.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

En el sistema sanitario, la coordinación entre niveles asistenciales es una condición indispensable para la mejora de la calidad y el uso eficiente de los recursos.

Una correcta planificación de los cuidados de enfermería en relación con las necesidades y problemas del paciente, repercute en la mejora de la calidad de los servicios, contribuye a la resolución de los problemas de los ciudadanos y favorece el ahorro de recursos.

El “Informe de Continuidad de Cuidados en Enfermería”, que se está implantando en los hospitales del Servicio Canario de la Salud de forma progresiva desde el año 2000, como instrumento de comunicación y coordinación entre los profesionales de enfermería de ambos niveles asistenciales, permite dar una visión global del usuario de la familia y de su entorno y mejorar la continuidad de la atención de los pacientes al alta o al ingreso en el hospital y la calidad de los servicios sanitarios por ellos percibida.