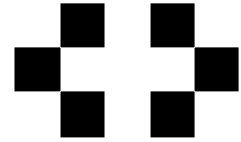




GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



**Servicio
Canario de Salud**

PLAN DE SALUD 2004-2008:
MÁS SALUD, MEJORES SERVICIOS

*"Los objetivos de mejora de salud y de mejora
de los servicios sanitarios"*

1. Proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias 2004-2008

La primera fase del proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias consistió en el estudio y selección de los problemas de salud de mayor prioridad para el conjunto de la población. Esta actividad se llevó a cabo a partir de la utilización de información sobre la magnitud del problema, expresada mediante indicadores de mortalidad, morbilidad (incidencia y prevalencia) del problema de salud y de sus secuelas potenciales, evolución en el tiempo e impacto económico y social (consumo de recursos soportados por las administraciones y por la sociedad). Así mismo, en las bases de reestructuración del nuevo Plan de Salud, se realizó un análisis de las nuevas tendencias en planificación tanto a nivel nacional como internacional.

Una vez identificados los problemas de salud de mayor prioridad para Canarias se procedió a identificar y seleccionar las acciones a desarrollar sobre cada uno de estos problemas de salud. Para ello se crearon siete grupos de trabajo que daban respuesta a los problemas de salud prioritarios que se decidieron incluir en el Plan de Salud. Estos grupos de trabajo estaban integrados por expertos procedentes de diferentes disciplinas; que fueron seleccionados a partir de las recomendaciones de las sociedades científicas de Cardiología, Oncología, Geriátrica, Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Endocrinología y Nutrición, Cirugía, Gastroenterología, Medicina del Trabajo, y la Asociación Canaria de Técnicos de Prevención, entre otras. Estos grupos fueron complementados con la presencia de dos epidemiólogos y dos economistas de la salud procedentes, en la mayoría de los casos, de las universidades canarias. El número de participantes fue de 176; oscilando el número total de integrantes de cada grupo, entre 19 a 37 personas.

Mediante sucesivas videoconferencias y el uso continuo del correo electrónico, se explicaron las fases de trabajo a abordar secuencialmente y la metodología a utilizar. Por medio de estos mismos procedimientos se distribuyó el material y documentación que habría de servir de apoyo para la actividad a ejecutar: evaluación del Plan de Salud de Canarias 1997-2001, informe sobre la situación actual de cada problema de salud, dossier que incorporaba una selección de las posibles intervenciones a aplicar sobre cada problema de salud (elaborado a

partir de criterios de efectividad y coste-efectividad demostrada), además de otros documentos de planificación de apoyo obtenidos de otros países.

Una vez elaborados los grupos de trabajo y establecida la cronología de actividades y metodología a utilizar, se habilitó una plataforma virtual (web interactiva en Internet), para permitir establecer una relación continua en el tiempo y más accesible y fluida entre los expertos dentro del mismo grupo y con el resto de los grupos. La plataforma utilizada fue cedida por el Instituto Tecnológico de Canarias (www.educanarias.org). Los elementos de mayor interés de este instrumento eran el foro, la biblioteca electrónica y el chat. Los foros permitían incorporar las propuestas de actuación sobre cada problema de salud, desde cuatro perspectivas posibles: foro para propuestas de promoción y prevención, foro para propuestas de oferta de mejores servicios, foro para propuestas de formación y, por último, un foro para recoger las necesidades de investigación.

La biblioteca virtual, daba cabida a todos los informes previamente distribuidos, además de otros sugeridos por los propios participantes en el debate.

El proceso de trabajo mediante esta plataforma interactiva se extendió durante dos meses. Las aportaciones vertidas en la misma fueron depuradas, sintetizadas y transformadas en un informe-propuesta que fue, posteriormente, finalizado en una reunión de trabajo física, celebrada en el sur de Gran Canaria. Las propuestas de actuación sobre cada uno de los problemas priorizados fueron canalizadas, metodológicamente, hacia cuatro sectores. De este modo se recogen objetivos de mejora de salud de:

- Prevención y Promoción de la salud
- Mejora de la oferta asistencial
- Agenda de investigación
- Necesidades de formación

Tras este proceso de trabajo se obtuvo el primer borrador del Plan de Salud de Canarias 2004-2008. Este documento fue distribuido hacia todas las direcciones generales del Servicio Canario de Salud, para incorporar las propuestas internas, matizar los aspectos organizativos de las actuaciones y definir la cronología y costes aproximados de las mismas. Al mismo tiempo se ubicó en la plataforma educanarias", para permitir prolongar el debate sobre el borrador del Plan de Salud.

Además de ir priorizando las propuestas acorde a la bibliografía coste-efectividad. A la par que los economistas fijaron la dotación económica para cada propuesta.

Una vez finalizado el proceso técnico de identificación de prioridades y de selección de acciones de efectividad demostrada para intervenir y mejorar el nivel de salud general de la población, se inició el momento político, caracterizado por la apertura y prolongación del proceso de elaboración del plan hacia las estructuras de participación del Sistema Canario de Salud, presentes en cada área de salud.

**OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL
PLAN DE SALUD 2004-2008**

2. Cardiopatía isquémica

Introducción

Es importante considerar la cardiopatía isquémica como una manifestación clínica de una única entidad nosológica, la enfermedad vascular, en la que otras manifestaciones serían el ictus aterotrombótico, la ateromatosis carotídea, la claudicación intermitente, etc. La importancia de esta consideración radica en que las distintas manifestaciones clínicas comparten factores de riesgo e incluso intervenciones terapéuticas comunes, no existiendo ninguna intervención exclusiva para ninguna de ellas, si bien el grado de recomendación-evidencia científica pudieran variar. Este hecho exige que tanto los médicos clínicos como las autoridades sanitarias tengan una visión globalizada para la adecuada prevención de la enfermedad vascular. Es importante señalar que el proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias ha servido para informar el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica del Ministerio de Sanidad y Consumo, estableciéndose los paralelismos y las sinergias que garantizan la uniformidad tanto en los objetivos como en las actuaciones.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la mortalidad por cardiopatía isquémica, para el año 2008, en un 10 %.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con cardiopatía isquémica.
- Identificar y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios de atención a la cardiopatía isquémica.

Para alcanzar estos objetivos generales, se establecen los siguientes objetivos específicos y se llevarán a cabo las siguientes actuaciones.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Las actividades de efectividad demostrada para reducir el riesgo de padecer la enfermedad vascular en general y la cardiopatía isquémica, en particular, se dirigirán tanto al conjunto de la población, para promover la instauración de estilos

de vida cardiosaludables; como a cada uno de los usuarios del Sistema Canario de la Salud. Entre las actividades dirigidas a la población para promover la incorporación de estilos de vida cardiosaludables, se encuentran las actividades que buscan la reducción del consumo de tabaco, la promoción de la nutrición cardiosaludable y la incorporación de la actividad física cotidiana.

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

Actividades

Para reducir el consumo de tabaco

El proceso de elaboración del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 ha coincidido en el tiempo, con un impulso de las políticas de reducción del consumo de tabaco desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estas políticas se estructuran, en la Comunidad Canaria, bajo la fórmula del “Plan Canario de Prevención y Control del Tabaquismo”. Los aspectos fundamentales a impulsar por el Gobierno de Canarias mediante este nuevo instrumento, para conseguir resultados de reducción del tabaquismo en Canarias, se verán apoyados por las siguientes actuaciones previstas por el Plan de Salud de Canarias:

- 1.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias impulsará las reformas precisas en la normativa vigente para otorgar las competencias de las inspecciones y sanciones en los incumplimientos de la legislación antitabaco al Servicio Canario de la Salud. Además, el Gobierno de Canarias extenderá la prohibición de cualquier tipo de publicidad directa o patrocinio, limitará la venta de tabaco a la unidad mínima de una cajetilla de tabaco y promoverá el incremento de los espacios libres de humos de tabaco.

- 1.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Salud Pública, intensificará la actividad inspectora para mejorar el cumplimiento de la Ley (nivel 2 de evidencia científica). Para ello, la Dirección General de Salud Pública se dotará, en el Área de Salud de Gran Canaria en el año 2006, y en la de Tenerife en el 2007, con un técnico inspector adicional, que llevará a cabo su actividad con carácter provincial.
- 1.3. El Gobierno de Canarias promoverá el incremento de los impuestos indirectos sobre el tabaco, al objeto de retrasar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco (nivel 1 de evidencia científica).
- 1.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el Servicio Canario de la Salud (SCS) aumentará la intensidad de las campañas de información/sensibilización para reducir el consumo de tabaco, a través de los medios de comunicación que garanticen un mayor impacto y efectividad; informando a la sociedad de los riesgos de la exposición (activa y pasiva) al humo del tabaco, y de los beneficios de su abandono (nivel de evidencia 2). Estas campañas se dirigirán, especialmente, a los sectores diana (mujeres y jóvenes), y serán ejecutadas por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- 1.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual, el Gobierno de Canarias, a través de la colaboración entre sus Consejerías de Educación, Cultura y Deportes y la de Sanidad, difundirán en los colegios públicos y privados de Canarias, las actividades de formación, dirigidas hacia los profesores, padres y alumnos, sobre los problemas de salud asociados al tabaquismo. Esta actividad podrá aprovechar el marco de la Red de Escuelas Saludables (nivel de evidencia 2), y será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Para reforzar la efectividad de este programa, la Dirección General de Salud Pública incorporará, en 2006, un técnico en Educación para la Salud.

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

- A los usuarios que acudan a los centros sanitarios se investigará por el consumo tabáquico y se les dará consejo antitabaco
- El SCS promoverá el desarrollo de grupos de autoayuda en las zonas básicas de salud (z.b.s.), que incluyan actividades de apoyo al abandono del consumo de tabaco. Esta actividad se llevará a cabo desde 2004 y se potenciará progresivamente.
- En cada z.b.s. se realizarán actividades anuales de información - sensibilización sobre el consumo de tabaco, bien impulsadas por los propios centros de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

1.7. Dar soporte al abandono de consumo de tabaco mediante la creación de unidades antitabaco en centros especializados y la promoción del consejo antitabaco estructurado en los centros de salud (nivel 1 de evidencia). A tal efecto cada una de las Gerencias de Atención Especializada en Tenerife y Gran Canaria se dotarán, en el año 2005, de una unidad antitabaco, cuya composición mínima será la de un técnico experto en modificación de conductas (psicólogo clínico). El psicólogo formará parte de las plantillas del servicio de Psiquiatría y llevará a cabo esta actividad, a tiempo parcial, en el contexto del desarrollo de la ampliación de servicios de la Psiquiatría de enlace. En cada una de las áreas de salud de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura se creará, en el 2008, una unidad antitabaco con la misma composición y organización. En El Hierro y en La Gomera,

estas actividades serán ejecutadas por un educador para la salud, cuya incorporación se producirá en 2008.

- 1.8. Cofinanciar el tratamiento de deshabituación con fármacos de efectividad demostrada en el tratamiento a la dependencia tabáquica (nivel 1 de evidencia).

Para mejorar los hábitos nutricionales

- 1.9. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS aumentará la intensidad y efectividad de las campañas de información, dirigidas a la población general, para promover una alimentación más saludable, con un mayor consumo de frutas y vegetales y un menor consumo de grasas animales, bollerías y carnes (nivel 1 de evidencia científica). Esta actividad será ejecutada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.
- 1.10. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS intensificará la realización de consejo nutricional desde el sector sanitario, tanto desde Atención Primaria de Salud, como desde Atención Especializada. Esta actividad será impulsada por la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud
 - Al 100% de los usuarios/as con factores de riesgo cardiovascular alto, asistidos en Atención Primaria de Salud, se les investigará sus hábitos dietéticos y se les dará consejos para una alimentación saludable; adaptando las indicaciones dietéticas según los factores de riesgo de cada individuo. Esta intervención también se debería aplicar en el nivel asistencial de Atención Especializada, con la misma intensidad, en el 100% de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Esta

actividad ha de potenciarse a partir de la intensificación de las actividades de promoción de la salud por parte de la enfermería.

- Se intervendrá en los pacientes con sobrepeso/obesidad (IMC > 25) incidiendo en el uso de las dietas hipocalóricas y en la realización de actividad física regular.
- Se potenciará que en cada z.b.s. se realicen actividades anuales de información – sensibilización sobre alimentación sana y cardiosaludable generadas por el propio centro de salud o en colaboración con otras instituciones de la zona.

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

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

Para mejorar la realización de actividad física

1.13. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter anual el SCS aumentará la intensidad y la efectividad de las campañas de información para explicar el concepto de actividad física adecuada (al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, durante cinco días a la semana) y de los beneficios que aporta el ejercicio a la población sedentaria (nivel 1 de evidencia científica).

Esta actividad será llevada a cabo desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

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

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

El Servicio Canario de la Salud, por medio de los equipos de Atención Primaria de Salud, dará prioridad a la aplicación del "Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular", al objeto de identificar precozmente y ofrecer el tratamiento apropiado a las personas que padecen enfermedad coronaria o que presentan factores de riesgo para su desarrollo. En los pacientes con riesgo

cardiovascular moderado y alto se disminuirá aproximadamente un 5% y un 10%, respectivamente, el riesgo de sufrir un evento coronario en los próximos 10 años (en varones > 60 años, la magnitud de la reducción debería estar próxima al doble en cada caso).

Actividades

- 2.1. Los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los equipos de Atención Primaria de Salud identificarán, de manera oportunista, el riesgo cardiovascular de la población general que acude a consulta, adaptando la intervención sanitaria en base a dicho riesgo, con el objetivo de que en el año 2007 el 100% de los pacientes con cardiopatía isquémica y el 50% de las personas con algún factor de riesgo cardiovascular mayor, estén estratificados según su riesgo cardiovascular y hayan sido incorporados al programa acreditado de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria. Para llevar a cabo esta actividad, el Servicio Canario de la Salud continuará mejorando las dotaciones de medios humanos y tecnológicos que hagan posible la implantación y cumplimiento, en la totalidad de los centros de salud de la Comunidad, del Programa de “Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares”.
- 2.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud, la totalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica recibirán consejo e intervención sobre estilos de vida cardiosaludables (actividad física, nutrición y abandono de tabaco) para el control estricto de su cardiopatía (nivel 1 de evidencia científica).
- 2.3. A partir de la aprobación del Plan de Salud se revisarán los tratamientos de los pacientes con cardiopatía isquémica para mejorar, progresivamente hasta el 2008, la efectividad y coste-efectividad de los tratamientos indicados. Para ello, los pacientes con cardiopatía isquémica deberán tener pautado tratamiento profiláctico que incluya: ácido acetilsalicílico, betabloqueantes y estatinas. Si existe disfunción en el ventrículo izquierdo es recomendable la

incorporación de algún medicamento inhibidor de la enzima de conversión de la Angiotensina II (IECA) (nivel 1 de evidencia científica).

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

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

Actividades

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

- 3.1. Para reducir las variaciones observadas en la práctica clínica de la atención al paciente con Síndrome Coronario Agudo y optimizar la efectividad de las decisiones diagnóstico – terapéuticas, el SCS impulsará, en colaboración con las sociedades científicas, la elaboración de vías clínicas consensuadas, que deberán estar disponibles antes de diciembre de 2004 (nivel 2 de evidencia científica).
- 3.2. A partir de la aprobación del Plan de Salud el SCS garantizará en cualquier paciente que demande atención sanitaria por dolor torácico de probable origen coronario, la reducción progresiva del tiempo de realización del electrocardiograma a la llegada a cualquier centro sanitario, al objeto de aproximarle al tiempo ideal de 10 min.
- 3.3. En el ámbito extrahospitalario el SCS garantizará, siempre que no exista contraindicación, la administración de oxígeno, alivio dolor (morfina), nitratos, ácido acetilsalicílico y el traslado inmediato en

condiciones adecuadas en coordinación con el centro receptor (nivel 1 de evidencia científica).

- 3.4. A partir de la aprobación del Plan de Salud el Gobierno de Canarias mejorará progresivamente la accesibilidad a la desfibrilación cardíaca, aplicada por parte de personal entrenado, al objeto de llevar a cabo la reanimación básica en un máximo de 8 minutos. Para ello, el Servicio Canario de la Salud desarrollará un programa de implantación de desfibrilación semiautomática en la Comunidad Autónoma en la que se incluya la formación de los profesionales sanitarios y la acreditación de primeros intervinientes. La implantación de este programa alcanzará, especialmente, a las zonas básicas de salud más alejadas e inaccesibles, al objeto de mejorar la equidad en el acceso a esta prestación (nivel 2 de evidencia científica). Esta acción requiere la incorporación de 178 desfibriladores en la Comunidad Autónoma; que se incorporarán progresivamente desde 2005 hasta 2008.
- 3.5. En el ámbito sanitario se llevará a cabo, además de la administración de oxígeno y el alivio del dolor, la utilización precoz de betabloqueantes, IECA, y anticoagulación. Esta actuación deberá ser iniciada desde el centro de salud, centros de Atención Especializada, o servicios de urgencia extrahospitalarios, para ser completada en el hospital (nivel 1 de evidencia científica).
- 3.6 El Servicio Canario de la Salud mejorará progresivamente, a lo largo del período de ejecución de este Plan de Salud, el acceso a la reperusión coronaria (fibrinólisis/angioplastia) para las personas con Síndrome Coronario Agudo que lo requieran (nivel 1 de evidencia científica).

El Servicio Canario de la Salud completará, antes de finalizar 2004, la implantación de la fibrinólisis hospitalaria en los servicios de Urgencias del Servicio Canario de la Salud, garantizando que a todo paciente que presente un Síndrome Coronario Agudo, siempre que estuviese indicado, se le aplique esta terapia a la mayor brevedad

posible desde el diagnóstico de sospecha. Los tiempos ideales a alcanzar serán, respectivamente, de 90 minutos a partir de la llamada al servicio de urgencias, o 30 minutos a partir de la entrada en el servicio de urgencias. Esta prestación se ampliará posteriormente (2005-2008) a todos aquellos centros extrahospitalarios en los que por su lejanía no se pueda garantizar el acceso rápido a la fibrinólisis tras el diagnóstico de sospecha de Síndrome Coronario Agudo.

El Servicio Canario de la Salud implantará, en los centros hospitalarios de referencia, la Angioplastia Primaria o de rescate, garantizando que a todo paciente que presente un Síndrome Coronario Agudo se le aplique esta terapia, siempre que estuviese indicado, en el plazo aproximado de 90 minutos desde su llegada al hospital.

Para ello el Servicio Canario de Salud elaborará, previamente, un protocolo consensuado basado en el conocimiento científico para su puesta en marcha antes de diciembre de 2004.

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

Actividades

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

- 4.1. En todas las áreas de salud el SCS garantizará la atención diagnóstica y terapéutica a los pacientes con dolor torácico, de reciente aparición y probable origen coronario; al objeto de aliviar los síntomas y reducir el riesgo de episodios coronarios subsiguientes.

La valoración por parte del especialista, una vez derivado por parte del médico de familia, deberá llevarse a cabo en el plazo máximo de diez días, antes de que finalice el año 2008. Para garantizar la ejecución de esta acción se crearán 13 nuevas plazas de cardiología, que se distribuirán, una vez tenidos en cuenta los recursos previamente disponibles, de la siguiente manera: 4 en Gran Canaria, 5 en Tenerife, 2 en La Palma, 1 en Lanzarote y Fuerteventura. Las plazas en Gran Canaria y Tenerife se cubrirían en 2005, 2006, 2007 y 2008; mientras que en Lanzarote, La Palma y Fuerteventura este proceso tendría lugar en 2006. En La Palma se producirá la incorporación de un segundo cardiólogo en 2008. En La Gomera se incorporará un especialista en Medicina Interna en 2006; al objeto de dar una respuesta más amplia e integradora con respecto a otros problemas de salud.

- 4.2. Debe favorecerse la progresiva descentralización del control de los pacientes anticoagulados. Para ello el Servicio Canario de la Salud elaborará, en el último trimestre de 2004, un protocolo consensuado sobre control del paciente anticoagulado en Atención Primaria de Salud, con especial énfasis en los pacientes con enfermedad cardiovascular, de aplicación en toda la Comunidad Autónoma (nivel 1 de evidencia).
- El Servicio Canario de la Salud, introducirá en la cartera de servicios de Atención Primaria el control de los pacientes anticoagulados, en coordinación con los servicios especializados, de forma que en el 2007 esta prestación se oferte, de manera acreditada, en el 50 % de los equipos de Atención Primaria.

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

Actividades

5.1. Para ello, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud dispondrá de un Programa de Rehabilitación Cardíaca antes de que finalice el año 2004 (nivel 1 de evidencia científica). La dotación de recursos humanos para este programa se llevará a cabo inicialmente en los hospitales de referencia, a lo largo del año 2008. Posteriormente, esta oferta de servicios se extenderá al resto de las áreas de salud mediante las tecnologías de la comunicación; de tal manera que todas las personas que tengan un evento coronario agudo, puedan ser evaluadas de forma individual e incluidas en este programa antes de que finalice dicho año. Cada una de las cuatro unidades a desarrollar en los hospitales de referencia estarán integradas por 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 dietista y 1 enfermera. El psicólogo formará parte de las plantillas del servicio de Psiquiatría y llevará a cabo esta actividad, a tiempo parcial, en el contexto del desarrollo de la ampliación de servicios de la Psiquiatría de enlace.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Tratamientos para la cardiopatía isquémica	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la cardiopatía isquémica frente a cirugía a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	Angioplastia con un volumen alto de pacientes frente a trombolisis para pacientes con infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 80 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.213/AVAC
	Estrategia del aumento de la utilización de los Beta—Bloqueantes (atenolol y metoprolol) después de un infarto de miocardio frente al tratamiento habitual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.751/AVAC
	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad principal del vaso izquierdo frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.782/AVAC
	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a no tratamiento en enfermedades coronarias ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.177/AVG
	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad de doble vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.291/AVAC
	Pravastatina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a placebo en hombres con factores de riesgo adicionales ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.430/AVG
	Angioplastia coronaria transluminal percutánea para pacientes con angina severa y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.727/AVAC

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Aspirina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a no aspirina ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.827/AVG
	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.703/AVAC
	Angioplastia (volumen alto de pacientes) frente a no intervención (cuidado estándar) para pacientes con infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.531/AVAC
	Angioplastia coronaria transluminal coronaria para pacientes con angina moderada y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.364/AVAC
* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001		
	Sólo tratamiento quirúrgico (revascularización) para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica para aquellos con angina severa a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.142/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.142/AVAC
	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a placebo en enfermedades coronarias (sólo costes directos) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.291/AVG
	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	19.056/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico aspirina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	25.637/AVAC

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 60 años de edad (en el peor escenario) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	26.061/AVAC
	Angiografía coronaria de rutina frente a ecocardiograma de estrés para un varón edad 55 años de edad con angina típica ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	30.654/AVAC
	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina y simvastatina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	34.898/AVAC
	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	54.264/AVAC
Prevención de la cardiopatía isquémica	Programa con régimen regular de ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares y circulatorias frente a no programa en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	Programa para dejar de fumar frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	15/AVG
	Programa para dejar de fumar gestionado por enfermería frente al consejo estándar para supervivientes con infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	204/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en hombres entre 45 y 49 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	475/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en hombres entre 60 y 64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	629/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en mujeres entre 50 y 54 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	804/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	850/AVG
	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente a “atención ordinaria” en mujeres entre 35 y 39 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	984/AVG
	Tratamiento de sustitución de nicotina y bupropion para dejar de fumar frente a no hacer nada ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.549/AVG
	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.022/AVG
	Programa de control de hipertensión para sujetos de edad entre 45-64 años de edad para reducir infartos frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.294/AVAC
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 45 y 49 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.777/AVG
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en mujeres con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.126/AVG
	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 35-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.149/AVG
	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.166/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 45 y 49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.283/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 60-64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.308/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones de entre 45 y 49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.790/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 45-49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.216/AVAC
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 25-29 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.384/AVAC
	^{* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001} Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 45-49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.469/AVAC
	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado, en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular y con historia de fumador ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.594/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.628/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres de entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.699/AVG
	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en mujeres entre 35-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.857/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones de entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.472/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.557/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 25-29 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.649/AVAC
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.317/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 65-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.324/AVAC
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres de entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.414/AVG
	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres de entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.787/AVG
	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.026/AVG
	^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.} Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres de entre 65 y 69 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.265/AVG
	Programa de intervención multifactorial (consejo individual y colectivo basado en consejo nutricional y cambio de conducta, además si es necesario de medicación) para hombres con hipertensión frente a tratamiento conservador con tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.091/AVG
	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 65-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.118/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en hombres de 60 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.118/AVAC
	Régimen regular de ejercicios frente a no régimen regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.334/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 60 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.334/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 40 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	18.549/AVAC
	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	20.236/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 40 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	26.981/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 20 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	33.726/AVAC
	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 20 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	51.432/AVAC
	Régimen no voluntario regular de ejercicios frente a régimen voluntario regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	62.393/AVAC
Rehabilitación Cardíaca	Programa de prevención y secundaria para la enfermedad coronaria con extensa rehabilitación cardíaca frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.727/AVAC

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Programa de rehabilitación cardiaca (ejercicio y consejo) frente a cuidado comunitario usual en pacientes diagnosticados de IAM que se sentían ansiosos y deprimidos en el hospital ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.829/AVAC
	Rehabilitación cardiaca iniciada después de un infarto agudo de miocardio para pacientes con ansiedad o depresión leve o moderada frente al cuidado normal en Atención Primaria ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.211/AVAC
Tratamiento trombolítico	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes mayores de 65 años de edad frente a no tratamiento ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	774/AVG
	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en mujeres ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.199/AVG
	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en varones ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.224/AVG
	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.311/AVG
	Tratamiento trombolítico intravenoso utilizando alteplase (rt-PA) frente a tratamiento usual sin terapia trombolítica intravenosa en pacientes entre los 18 y 75 años de edad con sospecha clínica de IAM y síntomas mayores en 5 horas ^{¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.518/AVAC

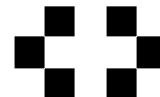
PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo entre 4 y 6 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.748/AVG
	Tratamiento trombolítico frente a placebo para mujeres de entre 35-39 años y 60-64 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.142/AVG
	Tratamiento trombolítico frente a placebo para varones de entre 35-39 años y 55-59 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.535/AVG
	Tratamiento trombolítico con estreptoquinasa intracoronaria frente a tratamiento convencional ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.579/AVG
* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001		
	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio dentro de las 6 horas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.044/AVG
	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (GUSTO) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.164/AVG
	Tratamiento trombolítico (estreptokinasa o alteplase) frente a tratamiento estándar no trombolítico en pacientes con un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.301/AVG
	Trombolisis frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.164/AVAC
	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio entre 7 y 12 horas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.865/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Tratamiento trombolítico ante la sospecha del infarto agudo de miocardio en pacientes mayores (a partir de los 80 años de edad) frente a no tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	19.692/AVG
	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 1 año ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	24.562/AVAC
	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 30 días ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	27.162/AVAC
Desfibrilador	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por un policía frente a servicio de emergencia estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	22.906/AVAC
	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad de más de 200 pasajeros frente a no desfibrilador ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	29.429/AVAC
	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad entre 100 y 200 pasajeros frente a sólo poner el desfibrilador en aviones de gran capacidad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	34.013/AVAC
	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por personal no sanitario frente a servicio de emergencia estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	37.054/AVAC
	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficacia moderada en pacientes con eyección menor o igual a 0,3 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	59.857/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Instalación de un desfibrilador automático externo en todos los aviones frente a colocar un desfibrilador en aparatos con una capacidad de más de 200 pasajeros <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	78.948/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



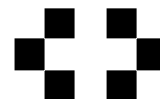
3. Cáncer

Introducción

El cáncer provoca una intensa y dolorosa carga sobre la sociedad en Canarias. Una de cada tres personas sufrirá esta enfermedad a lo largo de su vida, mientras que una de cada cuatro morirá por esta misma causa en nuestra Comunidad. Estas razones, junto con la gran variedad de tipos y asentamientos posibles, así como la gravedad de su curso clínico y de las frecuentes complicaciones y la complejidad de las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles, hacen del cáncer una prioridad y un reto para el Servicio Canario de la Salud. Otros dos factores asociados a los anteriores, como son el intenso impacto físico y psicológico que esta enfermedad produce sobre el paciente y su familia, junto con el elevado coste sanitario que las administraciones públicas deben afrontar para mejorar la oferta de servicios; justifican que el Gobierno de Canarias dé prioridad a la planificación de este problema de salud.

Los criterios utilizados para la selección de intervenciones para afrontar las mejoras de salud y de servicios para dar respuesta a las necesidades generadas por el cáncer, han sido:

- 1º. La magnitud del problema de salud.
- 2º. La existencia de medidas de prevención primaria y/o secundaria con efectividad demostrada.
- 3º. En el caso concreto de valorar la implantación de cribados de base poblacional, se han utilizado los criterios de:
 - Magnitud del problema
 - Existencias de pruebas de cribado con sensibilidad y especificidad conocidas y aceptadas por la población.
 - Historia natural de la enfermedad conocida.
 - Existencia de un periodo de latencia entre el cribado y la aparición de los signos clínicos de la enfermedad, en la cual la intervención modifique el pronóstico.



- Existencia de un tratamiento adecuado que permita modificar el pronóstico de la enfermedad.
- La mejor relación coste-efectividad entre los procedimientos disponibles

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la pendiente de crecimiento de la incidencia de las neoplasias de mayor frecuencia e impacto en Canarias: cáncer de pulmón, cáncer de mama, y cáncer colo-rectal
- Mejorar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- Reducir las desigualdades en el acceso a los servicios asistenciales al cáncer; mejorando la oferta asistencial en las áreas de salud y garantizando el acceso a los tratamientos de mayor efectividad.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer y sus familias.

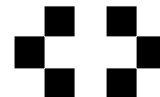
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 6

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

Actividades

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de mortalidad conocida. Constituye el factor de riesgo más importante y de mayor peso en la incidencia y mortalidad por cáncer en nuestra Comunidad. Se estima que el



porcentaje de muertes por cáncer evitables, con una acción decidida sobre el tabaco es del 30%. A estos beneficios habría que sumar la contundente contribución a la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

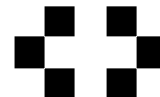
Para conseguir resultados de reducción del tabaquismo, mejora de la alimentación y nutrición y de la realización de actividad física, el Gobierno de Canarias, llevará a cabo la ejecución de las acciones descritas anteriormente en el capítulo de cardiopatía isquémica.

Además, haciendo uso de los diferentes medios de información de masas y de las redes educativas y sanitarias existentes, el Servicio Canario de la Salud, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, difundirá los contenidos del **Código Europeo contra el Cáncer. Tercera revisión 2003** entre la población general. Otras organizaciones que pueden contribuir a esta actividad de difusión, son: las oficinas de farmacia, asociaciones de vecinos, escuelas de padres y de adultos, Red de Escuelas Promotoras de Salud, medios de comunicación (Radio Ecca, etc.). Esta difusión debe utilizar, además, las redes propias de los servicios sanitarios (oficinas de farmacia, centros de salud, etc.). Entre las recomendaciones que más difusión debieran encontrar está la promoción de la alimentación saludable y la realización de actividad física regular, tal como se explicita en el capítulo sobre cardiopatía isquémica.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Para mejorar la salud frente al intenso impacto producido por el cáncer, la Consejería de Sanidad, a través del Servicio Canario de la Salud, se compromete a mejorar los servicios sanitarios desde una doble componente. Por un lado, incorporando nuevas prestaciones o servicios que permitan establecer el diagnóstico del cáncer en los estadíos más precoces. Por otro lado, mediante la mejora del funcionamiento de los servicios asistenciales.

Las actividades propuestas se concentrarán, específicamente, sobre los tipos de cáncer que alcanzan mayores magnitudes en nuestra Comunidad, y que, a



su vez, son más vulnerables tanto a procedimientos de diagnóstico precoz como a mejoras terapéuticas.

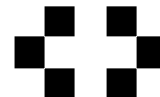
Obj. 7

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

Actividades

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

- 7.1. Se promoverá la adherencia al Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama mediante la ejecución de campañas de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios y a los grupos de población de interés. Esta actividad se iniciará en el año 2004 (nivel 2 de evidencia).
- 7.2. Ampliar el grupo de edad de la mujer a incluir en el Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama, hasta los 69 años; una vez alcanzada la oferta al 100% de la población de 50-64 años (nivel 1 de evidencia).
- 7.3 Antes de que finalice el año 2004, el Servicio Canario de la Salud habrá elaborado los instrumentos (vías clínicas) que expliciten las pautas de actuación frente a la patología mamaria, tanto en población general como, en especial, en grupos de mujeres con riesgo elevado de padecer cáncer de mama. Este instrumento deberá prever tanto la organización entre los servicios hospitalarios, como la coordinación de éstos con Atención Primaria de Salud (nivel 1 de evidencia).



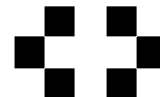
- 7.4 Estos instrumentos (vías clínicas) deberán especificar los tiempos máximos de demora admitidos entre el establecimiento del diagnóstico de cáncer de mama y el inicio del tratamiento, que deberán ser alcanzados antes de que finalice el 2007. Las gerencias de Servicios Sanitarios, en cada Area de Salud, cumplirán los tiempos de espera especificados. Para ello, a lo largo de 2005 y 2006 se dotarán a los hospitales de referencia de Gran Canaria con 2 médicos especialistas en Anatomía Patológica, 2 cirujanos generales, 2 médicos radiólogos y un médico ginecólogo. En Tenerife, las dotaciones consistirán en 2 médicos especialistas en Anatomía Patológica, 2 cirujanos generales, 2 médicos radiólogos y 2 médicos ginecólogos. En 2008 se incorporará un oncólogo médico en La Palma y otro en Fuerteventura
- 7.5. A partir de la aprobación de este Plan de Salud (año 2004), cada gerencia hospitalaria llevará a cabo el seguimiento de la gestión y tiempos de espera de los pacientes oncológicos. Sin que exista evidencia científica al respecto, la experiencia local en nuestra Comunidad parece indicar que los servicios de admisión podrían llevar a cabo esta actividad de manera apropiada.

Obj. 8

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

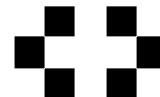
Actividades

Puesta en marcha de un programa de cribado del cáncer colo-rectal, a partir de la existencia de pruebas científicas suficientes de que las tecnologías disponibles no son sólo efectivas sino costo-efectivas; alcanzando cotas de costo-utilidad semejantes al cribado de cáncer de mama. Sin embargo, dado que no existe aún suficiente evidencia sobre cuál es el tipo de



tecnología diagnóstica más costo-efectiva; cuáles son las tasas de cumplimiento a lo largo del tiempo para cada una de las técnicas diagnósticas disponibles; y cuál es la edad óptima de inicio y finalización del programa; es necesario establecer un grupo de expertos que aborden estas cuestiones y contribuyan al diseño de este programa de cribado. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, llevará a cabo las siguientes actividades:

- 8.1. Diseñar el proyecto piloto de cribado de cáncer colo-rectal durante el año 2006 (nivel 1 de evidencia).
- 8.2. Iniciar la aplicación del proyecto, mediante una experiencia piloto en las zonas de mayor incidencia del archipiélago, durante el año 2007; al objeto de evaluar tasas de adherencia a las diferentes opciones terapéuticas y llevar a cabo el análisis coste-efectividad de cada una de ellas; a partir de los resultados de los años siguientes. La aplicación de este proyecto requerirá la incorporación de un médico endoscopista en el año 2007.
- 8.3. Elaborar y difundir guías de práctica clínica que promuevan la homogeneidad en la toma de decisiones clínicas en la identificación y manejo de los grupos de alto riesgo de colo-rectal, y que incluyan referencias a los signos y síntomas útiles para establecer la sospecha de patología; al objeto de activar los procedimientos de confirmación diagnóstica en el menor tiempo posible (nivel 1 de evidencia). Esta actividad deberá estar culminada a lo largo del año 2004.

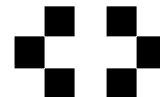


Obj. 9

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

Actividades

- 9.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud iniciará, a lo largo del año 2004, un proyecto de evaluación sobre el alcance real de las actividades de cribado de cáncer de cuello uterino ofrecidas a la población; a la vez que revisará la evidencia científica disponible para reorientar la oferta de servicios.
- 9.2. Posteriormente, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud realizará una experiencia piloto en zonas de salud diferentes; para valorar estrategias alternativas de cribado de base poblacional / oportunista, con diferentes modelos de oferta, que incluya la evaluación de su capacidad de captación (grado de adherencia), costes y relación coste-efectividad entre las tecnologías y fórmulas organizativas disponibles; incorporando, además, la evaluación de resultados intermedios. Esta actividad comenzará a pilotarse a partir de 2005.
- 9.3. A partir de año 2007 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reorientará los recursos actualmente empleados en el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, hacia un nuevo programa de cribado poblacional en el que se mejoren, además de la eficacia diagnóstica; la efectividad real, a partir de la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas (nivel 1 de evidencia) y fórmulas organizativas y de un incremento de la cobertura en todos los estratos sociales.



Obj. 10

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

Actividades

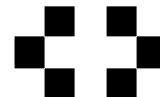
10.1. Hasta la actualidad continúa sin existir suficiente evidencia científica que justifique la implantación de un programa de cribado poblacional del cáncer de próstata. En consecuencia, las pruebas de cribado deberán aplicarse únicamente sobre grupos de población de mayor riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, dada la alta incidencia y prevalencia de este tumor, el Servicio Canario de la Salud elaborará, difundirá y monitorizará el impacto de una guía de recomendaciones clínicas sobre cáncer de próstata (nivel 1 de evidencia). Este instrumento para mejorar la toma de decisiones clínicas deberá estar elaborado, por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, antes de que finalice el año 2005.

Obj. 11

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

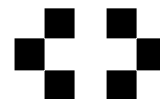
Actividades

La atención de los pacientes con cáncer es una actividad asistencial compleja que requiere la actuación coordinada de diversos servicios hospitalarios entre sí, y, de éstos, con Atención Primaria. La descoordinación de estas actuaciones puede ser causa de situaciones de ineficiencia, y de reducción de la calidad de la atención. Por ello, al objeto de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial, a través de la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, la Dirección General de Programas Asistenciales



del Servicio Canario de la Salud, elaborará unas normas generales de la organización de la atención sanitaria al paciente con cáncer. Estas normas deberán contemplar:

- 11.1. El Servicio Canario de la Salud creará, a lo largo de 2004, una Unidad de Planificación, Evaluación y Seguimiento de los procesos oncológicos, ubicada en su Dirección General de Programas Asistenciales. Entre las funciones de esta nueva unidad, estarán: el diseño de nuevos programa de cribado, la integración de estos con la actividad asistencial a los pacientes con cáncer, el diseño de instrumentos de coordinación (vías clínicas) y de guías para mejorar el uso apropiado de las tecnologías (guías clínicas), la valoración de la dotación de los recursos humanos, entre otras. La dotación requerida será la de un responsable de unidad, dos técnicos superiores y dos auxiliares administrativos; cuya incorporación será progresiva entre el 2005-2008.
- 11.2. La disponibilidad de vías clínicas adaptadas según los recursos de cada hospital para la atención de la patología tumoral de mayor prevalencia y gravedad (nivel 2 de evidencia). Cada hospital deberá elaborar, como mínimo una vía clínica sobre cáncer al año. Estas vías clínicas deben contemplar la intervención coordinada de cada servicio hospitalario y nivel asistencial, haciendo explícitos:
 - Los mecanismos de coordinación y conexión con los servicios de Atención Primaria, incluyendo los pasos a seguir con el paciente cuando éste entra y sale de la atención hospitalaria, para garantizar la continuidad de la atención.
 - Los mecanismos de coordinación y conexión con los recursos de soporte psicosocial y la interrelación con los servicios de Cuidados Paliativos, cuando éstos sean precisos.



- Las vías clínicas deben establecer los tiempos máximos de demora para el diagnóstico y el inicio del plan terapéutico.

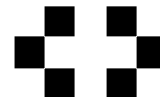
11.3. La incorporación tecnológica en los hospitales estará condicionada por el reconocimiento de prioridad a los procedimientos diagnósticos para confirmar la sospecha de cáncer. Además, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud revisará y actualizará las dotaciones de recursos humanos para asegurar que las pruebas diagnósticas se lleven a cabo con la celeridad requerida y explicitada en las vías clínicas. Además se deberá mejorar la eficiencia en la utilización de los quirófanos de los grandes hospitales para procedimientos quirúrgicos oncológicos, y se revisarán los recursos humanos de los servicios asistenciales relacionados con la atención oncológica; para que puedan cumplirse los objetivos del Plan de Salud. Este proceso de revisión, homogeneización y actualización de plantillas se iniciará en 2005.

11.4. Los hospitales de tercer nivel de Canarias ofertarán las técnicas diagnósticas y terapéuticas para alcanzar con precisión y rapidez el estudio de extensión y asegurar el tratamiento adecuado del cáncer. Por el contrario otras tecnologías diagnósticas de elevada complejidad y coste requerirán concentrar su producción y ser ubicadas en un único centro de referencia a nivel regional.

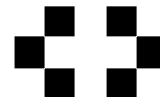
Obj. 12

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

Actividades



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



ejecución, en todas las áreas de salud, desde 2005-2008. En el año 2006 se dotará a las áreas de salud de La Palma y Fuerteventura con un Facultativo Especialista de Area (FEA) y una enfermera, para conformar el núcleo hospitalario del programa de Cuidados Paliativos. En El Hierro y en La Gomera, esta actividad será asumida por un Facultativo disponible en el Area, respaldado por la enfermera de enlace. En 2005, los servicios de Cuidados Paliativos en el Área de Salud de Tenerife se verán incrementados en un FEA, y en otro en 2006.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Cribado del cáncer de próstata	Biopsia frente a no biopsia en varones de 50 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	Biopsia frente a no biopsia en varones de 60 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/ml) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.647/AVAC
Cribado del cáncer colo-rectal	Cribado del cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.} , ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVG-11.073/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con sigmoidoscopia flexible cada 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVG
	Programa de cribado de cáncer colo-rectal (Hemoccult test-II) (cada dos años para 65-74 años de edad) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.666/AVG
	Programa de cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.392/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar para personas entre los 45 y 75 años de edad cada 2 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.970/AVG
	Programa de cribado de cáncer colo-rectal (Hemoccult test-II) (cada año para 50-74 años de edad) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.164/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado con la prueba de sangre oculta en heces para el cáncer colo-rectal frente a no cribado en varones y mujeres de 50 a 74 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	7.865/AVAC
	Cribado de cáncer colo-rectal con la prueba de sangre oculta en heces anual en población general de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.183/AVAC
	Cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia una sola vez para ambos sexos entre los 50 y 54 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.431/AVAC
	Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.} ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.260/AVG- 15.507/AVG
<hr/>		
	Cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.595/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con la prueba fecal de sangre oculta anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.597/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.801/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con la prueba de sangre oculta en heces anual frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.290/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.949/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado del cáncer colo-rectal a partir de los 50 años de edad con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.365/AVG
	Programa de cribado del cáncer colo-rectal con colonoscopia cada 10 años frente a cribado con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.938/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces y sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.103/AVG
	Cribado cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces cada año frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.614/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal una vez con sigmoidoscopia flexible cada 5 o 10 años a los 55 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.334/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.673/AVG
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratación más sigmoidoscopia cada 10 años frente a sigmoidoscopia cada 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	17.875/AVG
	Cribado de cáncer colo-rectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	30.782/AVAC

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado del cáncer colo-rectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 10 años	43.169/AVG
* Análisis incremental coste-efectividad al origen de la referencia (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001		
Cribado del cáncer de cervix uterino	Cribado del cáncer de cervix uterino cada 4 años con Autopap frente a cribado cervical con citología manual	92/AVG
	Captación de mujeres no cribadas previamente de cáncer de cervix en el programa de cribado de mujeres con edades entre los 20-59 años de edad frente a no programa	222/AVG
	Programa de cribado de cáncer cervical (Pap smear test) (cada 3 años para 20-69 años de edad) frente a no cribado	2.091/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer cervical (25-59 años de edad e intervalo de cribado cada 4 o 5 años) frente a no cribado	2.253/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer de cervix de útero (mujeres entre 20-69 años de edad e intervalo de cribado cada 4 años)	2.915/AVG
	Diferentes programas de cribado de cáncer cervical (mujeres entre 15-69 años de edad e intervalo de cribado cada 3 ó 2 años)	4.850/AVG
	Cribado del cáncer de cervix uterino anualmente con Autopap frente a cribado con citología manual	6.053/AVG
	Programa de cribado para cáncer de cervix de útero cada 3 años frente a un programa de cribado cada 5 años para mujeres entre 20-59 años de edad	10.991/AVG

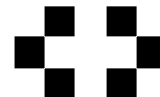
PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Programa de cribado de cáncer cervical (Pap smear test) cada 5 años para mujeres entre 30-59 años de edad frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	11.333/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-76 años de edad (intervalo entre los exámenes de 7 años) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	15.060/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-75 años (intervalo entre los exámenes de 6 años) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	18.646/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-72 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	23.576/AVG
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27 y 82 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	28.955/AVG
<hr/>		
	Cribado cada 3 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	31.053/AVAC
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-78 años (intervalo entre los exámenes de 4 años) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	31.375/AVG
	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 4 años frente a Pap smear <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	34.612/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-79 años (intervalo entre los exámenes de 3 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	49.932/AVG
Cribado del cáncer de mama	Cribado del cáncer de mama cada tres años para mujeres entre 50-65 años de edad frente a no programa de cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.541/AVAC
	Programa de cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 70 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.,iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.370/AVG- 12.033/AVAC
	Programa de cribado del cáncer de mama cada 2 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.227/AVG
	Programa de cribado del cáncer de mama (bianual durante 10 años) frente a no intervención en mujeres entre 50 y 64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.680/AVG
	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa de cribado de cáncer de mama cada tres años entre los 50-65 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.818/AVAC
	Programa de cribado del cáncer de mama cada 3 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.197/AVG
	Programa de cribado con mamografía en mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	7.253/AVG
	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre los 45-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	15.177/AVAC

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 70-75 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.020/AVAC
	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre los 50-59 años de edad cada 2 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.150/AVG
* Análisis incremental coste-efectividad	idad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001	
	Cribado para el cáncer de mama cada 1,3 años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.863/AVAC
	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 50-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	18.489/AVAC
Cribado del cáncer de pulmón	Cribado del cáncer pulmonar con una tomografía computarizada en una cohorte de alto riesgo (60-74 años de edad) una sola vez frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.952/AVG

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



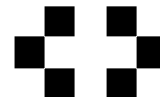
4. Diabetes Mellitus

Introducción

El Plan de Salud de Canarias sitúa a la Diabetes Mellitus como un problema de salud con entidad propia, al que se le ha concedido una alta prioridad en la agenda de la política sanitaria del Gobierno. La magnitud y evolución epidemiológica que la diabetes tiene en Canarias; su impacto sanitario, expresado en términos de restricciones a la cantidad y calidad de vida; y el notable impacto social que genera, son las razones que justifican que la Diabetes Mellitus permanezca como un problema de salud abordado independientemente en esta edición del Plan de Salud. La Diabetes Mellitus es una entidad nosológica específica que, al igual que otros problemas de salud, comparte base fisiopatológica y factores de riesgo con otras patologías y es, a su vez, factor de riesgo importantísimo de la enfermedad cardiovascular. Este hecho sirve, por tanto, para justificar la inclusión de la prevención y el control de la diabetes, de modo operativo, dentro del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la morbilidad y la mortalidad prematura debida a la Diabetes Mellitus, en el año 2020.
- Reducir la incidencia de las complicaciones de la Diabetes Mellitus (amputaciones, ceguera, insuficiencia renal crónica y complicaciones del embarazo) y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 13

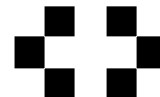
Reducir, a largo plazo (2020), la pendiente de crecimiento del número de personas que desarrollan diabetes tipo 2. Para alcanzar este objetivo, será necesario actuar sobre la población general, desarrollando un conjunto de acciones que requieren la coordinación intersectorial de diferentes departamentos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

Actividades

La prevalencia global de diabetes tipo 2 en el conjunto de la población puede reducirse mediante estrategias de prevención y reducción de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad central (nivel 1 de evidencia científica). Esta actuación debe ser más intensa sobre subgrupos y personas de alto riesgo, mediante la promoción de dietas adecuadamente balanceadas y de la realización de actividad física regular.

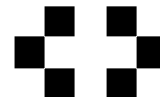
Durante el período de vigencia del Plan, el Servicio Canario de la Salud en colaboración con la Consejería de Educación, las sociedades científicas médicas, y las asociaciones de afectados por Diabetes Mellitus, desarrollará:

- 13.1. Recomendaciones para mejorar la calidad de la dieta, incrementar los niveles de actividad física y reducir las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población general de Canarias. Estos instrumentos se difundirán, a modo de actuaciones de educación para la salud, a través de los siguientes programas y redes: La Red Canaria de Municipios Saludables, el Programa de Alimentación Saludable en desarrollo con Radio Ecca, la Red de Escuelas Promotoras de Salud, la Red de Empresas Saludables y Seguras y las Escuelas de Adultos de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes; además de la red sanitaria pública (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será



coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto. Para ello, será preciso incorporar en el seno de la Dirección General de Salud Pública, 2 técnicos superiores, uno en el año 2006 y otro en el 2007, y un técnico de grado medio, en 2006.

- 13.2. Campañas de alto impacto publicitario sobre divulgación y concienciación de la importancia de la diabetes y la obesidad, para promover cambios hacia estilos y hábitos de vida sanos (nivel 2 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.3. Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad desde el “Programa de Salud Infantil”. El “Programa de Salud Infantil” constituye una plataforma inmejorable para interactuar con la madre al objeto de establecer hábitos dietéticos apropiados para reducir el riesgo de desarrollo de sobrepeso. En etapas más avanzadas de la infancia, este mismo programa hace posible la modificación de los factores de riesgo para reducir sobrepeso, obesidad e incremento de la actividad física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.
- 13.4. Impulso a la difusión e implantación de la Red de Escuelas Promotoras de Salud y a la Red de Empresas Saludables y Seguras, en toda la Comunidad Autónoma Canaria por medio de la elaboración de un programa de educación para la salud con contenido específico en hábitos de vida saludables: alimentación y nutrición, actividad física y conductas adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004, debiéndose evaluar su impacto.



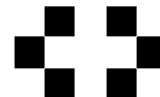
- 13.5. Vigilancia de la calidad nutricional de los menús de los comedores de los centros educativos (colegios y universidades) y de empresas (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, y su ejecución será anual, desde 2004. Para ello la Dirección General de Salud Pública se dotará de un técnico dietista en 2006 para Tenerife y otro en 2007 para Gran Canaria, adscritos a la Dirección General de Salud Pública, con carácter provincial.
- 13.6. Desarrollar normativa autonómica que garantice la presencia y autenticidad de la información nutricional en el etiquetado de alimentos. Esta actividad será coordinada desde la Dirección General de Consumo del Gobierno de Canarias, desde 2004.
- 13.7. El Gobierno de Canarias subvencionará el acceso de los más desfavorecidos a los alimentos básicos de mayor valor para la salud (frutas y verduras), mediante las modificaciones que puedan efectuarse en el Régimen Específico de Abastecimiento.

Obj. 14

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

Actividades

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

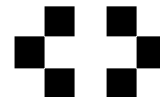


14.1. Si bien el valor del cribado de Diabetes Mellitus (DM) en población general no ha sido determinado hasta la actualidad, éste deberá aplicarse de manera oportunista y generalizada, a partir del año 2004, a los siguientes grupos de riesgo (nivel 1 de evidencia):

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

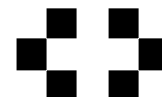
En estos subgrupos, el cribado deberá llevarse a cabo de manera periódica, al objeto de establecer el diagnóstico en los estadios más precoces en los que sea posible. Para que el cribado sobre grupos de riesgo alcance el mayor impacto posible, será necesario que durante el año 2004 y siguientes, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, lleve a cabo las siguientes estrategias:

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



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

- 14.2. Desarrollar actividades de educación sanitaria dirigida de forma especial a los grupos de riesgo, tanto en los centros de salud y servicios de Endocrinología hospitalarios, como desde las Unidades Básicas Sanitarias de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las empresas. Estos programas deberán estar estructurados (para garantizar su aplicación sistemática), y ser personalizables, permitiendo su adaptación a las necesidades y condiciones de los pacientes (nivel 1 de evidencia).
- 14.3. Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover la actividad física (nivel 1 de evidencia). Esta actividad será promovida por la Dirección General de Salud Pública, en el seno de la Red Canaria de Municipios Saludables, al objeto de desarrollar el mayor número posible de programas durante el periodo 2004-2008.
- 14.4. Impulsar la implantación de programas de intervención antitabáquica en todos los centros sanitarios (nivel 1 de evidencia). Esta actividad se llevará a cabo de la manera descrita en los apartados anteriores del Plan de Salud correspondientes a cardiopatía isquémica y cáncer; coordinada desde la Dirección General de Salud Pública.
- 14.5. Crear una comisión central multidisciplinar que valore los casos de obesidades mórbidas resistentes a tratamiento convencional y que valore la cirugía bariátrica como opción terapéutica.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

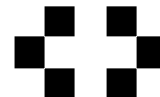
Obj. 15

Reducir la incidencia de complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus.

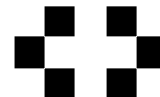
Actividades

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

- 15.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud elaborará y distribuirá la “cartilla del diabético” para facilitar el seguimiento, el control metabólico y la valoración integral de las repercusiones orgánicas de las personas con diabetes. Esta actividad deberá estar en funcionamiento en 2005.
- 15.2. El Servicio Canario de la Salud, a través de su Dirección General de Programas Asistenciales, garantizará la presencia de la figura del “experto consultor” en diabetes en cada área de salud. Estos expertos consultores deberán estar ejerciendo su actividad de apoyo a los profesionales de Atención Primaria en todas las áreas de salud en el período comprendido entre 2005 y 2008. Estos profesionales servirán de enlace entre niveles asistenciales (nivel 1 de evidencia). En 2006 se producirá la incorporación de un consultor en diabetes en Gran Canaria y en Tenerife. En 2007 se llevará a cabo la incorporación de otro consultor en Gran Canaria, Tenerife y en La Palma. En 2008 se llevará a cabo la incorporación del consultor en Lanzarote y Fuerteventura; así como otro adicional en Tenerife, para prestar apoyo a las áreas de salud de El Hierro y La Gomera.



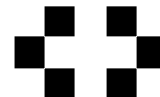
- 15.3. El Servicio Canario de la Salud incorporará, progresivamente, la figura del educador para la salud en Atención Primaria y en Atención Especializada; al objeto de potenciar los componentes de educación para la salud que favorezcan los cambios de conductas necesarios relacionados con la alimentación, nutrición, actividad física y mejora de cumplimiento terapéutico (nivel 1 de evidencia). En el 2005 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, reforzará la presencia de los educadores para la salud en los centros hospitalarios de referencia, para posteriormente, en el 2005- 2008, avanzar hacia el resto de los hospitales y equipos de Atención Primaria. Para ello se incorporará 1 educador de la salud en cada uno de los hospitales de referencia, en 2005-2007. En 2007 se incorporará el del hospital de La Palma. En 2008 se incorporaría un educador para la salud en cada uno de los hospitales de Lanzarote y Fuerteventura. Paralelamente, se incorporarían educadores para la salud en Atención Primaria de Salud : 2 en el Área de salud de Gran Canaria, 2 en la de Tenerife, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.
- 15.4. El Servicio Canario de la Salud garantizará una atención integral eficaz al paciente diabético mediante la coordinación entre todas las especialidades implicadas en su control y el médico de familia (nivel 3 de evidencia). Esta coordinación requiere la elaboración de un instrumento (vía clínica) que establezca: los procedimientos de coordinación entre profesionales hospitalarios y entre niveles asistenciales; las actividades de efectividad probada a desarrollar sobre los pacientes, y, su cronología. Este instrumento, cuya elaboración será coordinada por la Dirección General de Programas Asistenciales, deberá estar disponible antes de que finalice el año 2005. Esta acción requiere, fundamentalmente, la reorganización y coordinación de los recursos humanos de Atención Especializada.



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

Actividades

- 16.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud promoverá desde el año 2004, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, la aplicación del control y tratamiento intensivo del paciente diabético; haciendo especial énfasis en la mejora de los resultados del control de los niveles de glucosa y cifras de tensión arterial (nivel 1 de evidencia científica).
- 16.2. El Servicio Canario de la Salud, con el objeto de detectar y tratar precozmente las complicaciones visuales asociadas a la retinopatía diabética, implantará progresivamente, a partir de 2004, el programa de cribado de retinopatía diabética con imagen digital a través de la cámara de retina no-midriática, y la administración precoz de tratamiento con láser (nivel 1 de evidencia científica). La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ampliará progresivamente la cobertura de este programa, al objeto de que para el año 2007, alcance a todas las áreas de salud.
- 16.3. A lo largo de 2005-2006, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a través del Programa de Prevención y Control de Enfermedad Cardiovascular, potenciará las actividades de cribado de microalbuminuria entre los pacientes afectos de Diabetes Mellitus; al objeto de detectar precozmente el inicio de nefropatía diabética; y poder instaurar el tratamiento más costo-efectivo con inhibidores de la ECA; para retrasar la evolución de esta complicación (nivel 1 de evidencia científica).



- 16.4. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, potenciará las actividades de educación y cuidados del pie diabético, por parte de la enfermería en los equipos de Atención Primaria; al objeto de reducir la incidencia de lesiones que pudieran conducir a amputaciones (nivel 2 de evidencia científica).
- 16.5. El Servicio Canario de la Salud, a partir de la informatización en Atención Primaria y Atención Especializada dispondrá de instrumentos que servirán como sistemas de vigilancia epidemiológica de la diabetes. Este sistema de información permitirá llevar a cabo, progresivamente, la evaluación de resultados del proceso asistencial a los pacientes diabéticos (nivel 1 de evidencia). Esta actividad estará coordinada entre la Dirección General de Programas Asistenciales y la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, y deberá haberse iniciado en el año 2004, para consolidarse hacia el 2007. La informatización en Atención Primaria de Salud precisa la dotación de 1500 equipos informáticos, la consolidación del desarrollo de las aplicaciones a utilizar y la garantía del funcionamiento de las redes de comunicación del Gobierno de Canarias.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Prevención primaria de la diabetes	Programa para modificar el comportamiento de los varones con sobrepeso y obesidad en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro/AVG
	Consejo del médico generalista al grupo de adultos de alto riesgo como grupo diana en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro/AVG
	Campañas en los medios con apoyo de la comunidad dirigido a la población en general (adultos con sobrepeso) en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	642/AVG
	Dieta intensiva y modificación de comportamiento a las mujeres con gestación diabética en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.440/AVG
	Dieta intensiva y cambio de conducta a todas las personas seriamente obesas y con mala tolerancia a la glucosa, en la prevención primaria de diabetes tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.610/AVG
	Cirugía para obesidad severa en la prevención primaria de diabéticos tipo 2 frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	7.895/AVG
	Comparar tratamiento de obeso en diabéticos tipo 2 con un programa de ejercicio y dieta frente no programa <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	16.169/AVAC
Cribado y tratamiento de la retinopatía diabética	Programa de cribado con la cámara no-midriática digital y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.027/AVAC

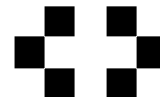
PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.108/AVAC
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 1 y 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.963/AVAC
	Programa de cribado con cámara no-midriática y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes tipo 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.279/AVAC
<hr/> <i>* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001</i> <hr/>		
	Intervalo de cribado cada 5 años para la retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.139/AVAC
	Intervalos de cribado cada 3 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	25.399/AVAC
	Intervalo de cribado cada 2 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	41.905/AVAC
Reducción de la progresión de la nefropatía	Tratamiento con inhibidor ECA para retrasar el progreso de la nefropatía frente a no tratamiento en pacientes diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.} ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC- Ahorro/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Control intensivo de hipertensión para diabéticos tipo 2 con inhibidor ECA frente a un control más moderado de la hipertensión (tratamiento con dieta y medicación pero sin inhibidor ECA) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.,iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC-938/AVG
	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, inhibidor ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.663/AVAC
	Tratar a todos los diabéticos a partir de 50 años de edad con nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 con el inhibidor ECA frente a pacientes cribados con microalbuminuria y tratamiento si son positivos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.324/AVAC
	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.004/AVAC
Insulinoterapia intensiva	Política de control intensivo (insulina) de glucosa frente a una política de control convencional de glucosa (principalmente dieta) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.520/AVG
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de microalbuminuria más inhibidor ECA, frente a tratamiento convencional de insulina, en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.472/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía y microalbuminuria más inhibidor ECA, frente a tratamiento convencional de insulina, en diabéticos tipo 1 <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	4.727/AVG
* Análisis incremental coste-efectividad apropiado por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001		
	Tratamiento intensivo sólo con insulina frente a tratamiento convencional en diabéticos tipo 1 <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	5.481/AVG
	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	5.841/AVG
	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 2 frente al tratamiento estándar <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	15.480/AVAC
	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 1 frente al tratamiento estándar <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	19.336/AVAC
	Control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 con tratamiento de insulina frente a tratamiento convencional <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	35.062/AVAC
Reducción de la progresión de la neuropatía	Prevención intensiva (educación de los pacientes, cuidados del pie y calzado) en pacientes con riesgo o alto riesgo de úlcera del pie y amputación frente a no programa <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	5.004/AVAC
Cribado de nefropatía diabética	Doble tira reactiva pre-cribado de una muestra de orina con la inmunoturbidimetría para resultados positivos frente al cribado tradicional de la microalbuminuria utilizando la prueba de laboratorio <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	9.275/AVAC
	Programa de cribado y rápido tratamiento con inhibidor ECA para la nefropatía frente a no cribado en pacientes tipo 1 <i>Error!No se encuentra el origen de la referencia.</i>	11.944/AVG

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
	Cribado de la microalbuminuria y tratamiento con un inhibidor ECA si es positivo frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	28.667/AVAC
Cribado de la diabetes	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez para personas entre los 25 y 34 años de edad frente a no cribado y tratamiento <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	11.397/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



5. Salud mental

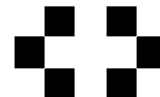
Introducción

El primer Plan de Salud de Canarias sirvió de base y punto de arranque para el desarrollo de la reforma de la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental. Esta segunda edición del Plan de Salud, en su extensión hasta el año 2008, incorpora aquellas actuaciones necesarias para avanzar en la consolidación de la reforma que no han podido ser ejecutadas hasta ahora. Se hace necesario culminar la transformación de las antiguas estructuras y procedimientos de atención sanitaria, social, educativas, judiciales y penitenciarias, para proporcionar la atención apropiada a la salud mental y, en particular, a los colectivos emergentes como población infantil y juvenil, personas con trastornos profundos del desarrollo, o con trastornos de la conducta alimentaria, y personas con enfermedad mental de larga evolución. En esta misma línea habrán de desarrollarse los recursos sociosanitarios para la atención de enfermos mentales con patologías de larga duración. Por estas razones, las acciones incluidas en este apartado del Plan de Salud difieren tanto en la orientación, contenidos y formulación, de aquellas otras actuaciones a desarrollar sobre la cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, etc.; dado que, a diferencia de estos últimos problemas de salud que cuentan con una estructura sanitaria específica, la salud mental se encuentra todavía en la fase de desarrollo de estructuras asistenciales propias.

El conjunto de actuaciones con las que se compromete el Gobierno de Canarias para mejorar los niveles de salud mental, se articulan para alcanzar los siguientes objetivos generales.

OBJETIVOS GENERALES

- Actualizar la red de dispositivos asistenciales para atención a la salud mental.
- Mejorar la atención a la salud mental a grupos específicos mediante programas para la atención en salud mental de la población infantil y juvenil.
- Mejorar la atención específica mediante programas para la atención sociosanitaria de personas con enfermedad mental de larga duración.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 17

Actualización de los dispositivos asistenciales existentes

Actividades

- 17.1. El personal de salud mental colaborará en la elaboración de los programas preventivos que se propongan tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada

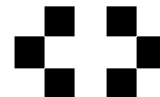
- 17.2. A lo largo del presente plan se producirá la implantación del Registro Acumulativo de casos Psiquiátricos (RACP) en las áreas sanitarias de Canarias, que permitirá disponer de una información imprescindible sobre la evolución de los pacientes y la utilización de los recursos, herramienta estratégica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

Obj. 18

Atención específica a la población infantil y juvenil

Actividades

- 18.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará y aplicará instrumentos, de efectividad demostrada, para la detección precoz de problemas de salud mental en población infantil y juvenil contando con la colaboración del personal de salud mental.



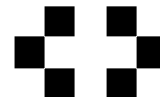
18.2. El personal de Salud mental participará activamente con otras instituciones en la aplicación de programas para prevenir problemas de salud mental en grupos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los niños maltratados, con SIDA, niños sujetos a medidas de protección, hijos de madre / padre con enfermedad mental grave, niños con enfermedades crónicas (trastornos profundos del desarrollo), hijos de padres toxicómanos, niños sujetos a medidas judiciales, emigrantes, niños con deficiencia mental o con trastornos de la conducta alimentaria.

Obj. 19

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración

Actividades

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



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 20

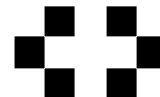
Actualización de los dispositivos asistenciales existentes

Actividades

20.1 A lo largo del presente Plan se continuarán desarrollando los recursos rehabilitadores hospitalarios sanitarios (URAs), que reemplazarán a las antiguas áreas de crónicos de los hospitales psiquiátricos. Los dispositivos que se detallan a continuación se ajustarán de manera dinámica en relación a las necesidades cambiantes de la población en cada área de salud.

- El Plan funcional de la URA de Tenerife contempla 110 plazas en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife.
- El Plan Funcional de la URA en Gran Canaria contempla 120 plazas en el Hospital Militar de Las Palmas.
- Las URAs incluirán entre sus plazas una zona de mayor apoyo sanitario, que representará un 25% de las camas, para enfermos en los que haya remitido la fase aguda (en la UIB del Hospital General), pero precisen una estancia intermedia, entre las de Agudos en los hospitales generales y las de URA; son enfermos que se beneficiarán más de cuidados rehabilitadores que de los estrictamente de contención, propios de las Unidades de Agudos.

20.2. Durante la vigencia del presente Plan se aumentará el número de camas de agudos en hospitales generales, paralelamente al cierre de las camas de agudos en los hospitales psiquiátricos en Canarias; que se trasformarán, progresivamente, en centros rehabilitadores para enfermos crónicos. Para ello se mejorarán las plantillas de las UIB de

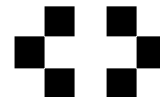


Fuerteventura, La Palma y Lanzarote, al objeto de aumentar un 20% su número actual de camas. Entre 2005 y 2007, se incorporarán 1 enfermera y 1 auxiliar de enfermería en los hospitales de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura.

- 20.3. Se mejorará, progresivamente, la dotación de personal en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC), fundamentalmente dirigida a incrementar personal en las zonas que han tenido importantes crecimientos demográficos, psiquiatras, psicólogos y especialmente personal de enfermería (enfermera y auxiliar) para los programas de seguimiento de los pacientes en la comunidad, apoyando los Programas de Rehabilitación Comunitaria (PIRP), especialmente en las áreas de salud en las que estos recursos están menos desarrollados. Los recursos humanos requeridos son; en el *Hospital Universitario Materno Insular: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 3 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo; en el H. Universitario NS Candelaria, 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 enfermera y 5 auxiliares de enfermería; en el Consorcio Hospitalario de Tenerife: 3 auxiliares de enfermería; en el H. General de Lanzarote: 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo; en el H. General de La Palma: 1 psiquiatra y 2 auxiliares administrativos; en el H. General de Fuerteventura: 1 psiquiatra y 2 auxiliares administrativos; en el H. General de La Gomera y en el del Hierro, se incrementará el número de visitas*.*

La actividad del trabajador social sólo se lleva a cabo, con dedicación exclusiva, en las áreas de Gran Canaria y Lanzarote. Ante su incuestionable necesidad resulta imprescindible, para garantizar sus funciones, la existencia de programas y protocolos específicos en Atención Primaria que garanticen la atención de los problemas de salud mental desde esta categoría profesional, así como asegurar la cobertura de Trabajo Social en el 100% de las zonas de salud. La ejecución de esta acción requiere incrementar en 8 los recursos humanos de trabajo social en Atención Primaria de Salud;

* Se estudia la posibilidad de disponer de recursos presenciales fijos



distribuyéndose cronológicamente de la siguiente manera: 2 en 2005, 3 en 2006 y 3 en 2007.

20.4. A lo largo del presente Plan se potenciará la actividad de Psiquiatría de enlace en el ámbito hospitalario, para dar respuesta a las necesidades de los colectivos emergentes de riesgo, haciendo especial énfasis en las nuevas prestaciones de servicio a la dependencia tabáquica, rehabilitación cardíaca y apoyo psicosocial a los pacientes oncológicos y a sus familiares; así como a la población infantil y juvenil hospitalizados por trastornos mentales en los servicios de Pediatría. Para la ejecución de esta acción se incorporarán 11 psicólogos clínicos que se distribuirán del siguiente modo entre las diferentes áreas de salud y anualidades: en el 2005 se dotará a cada uno de los hospitales de referencia (Gran Canaria y Tenerife) con 2 psicólogos; posteriormente, entre 2006 y 2007, en cada uno de los hospitales insulares de La Palma, Lanzarote y Fuerteventura, se incorporará 1 psicólogo clínico. Además, se incorporará una enfermera en Gran Canaria y otra en Tenerife.

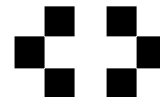
20.5. A lo largo del presente Plan, se impulsarán las nuevas tecnologías en el campo de las telecomunicaciones, incorporando nuevas áreas de salud al proyecto de telepsiquiatría, (asistencial, educativa, administrativa, etc.) siempre como complemento a la atención directa y con el objetivo de mejorar la accesibilidad y equidad, sobre todo en la población de las islas más alejadas.

Obj. 21

Atención específica a la población infantil y juvenil

Actividades

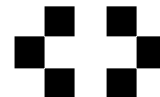
21.1. Durante el período de vigencia del Plan se pondrá en marcha el programa de atención a la salud mental infantil y juvenil en todas las



áreas de la Comunidad Autónoma. Para ello se garantizará que en cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), exista al menos un responsable del programa, con dedicación exclusiva a la atención de niños y adolescentes (0-18 años), que garantice el desarrollo del mismo, y que cumpla un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad, así como con el equipo de coordinación del programa, que estará ubicado en el hospital de día de referencia. La ejecución de este objetivo requiere de 15 psiquiatras / psicólogos o pediatras con formación específica en patología mental infantil; que se distribuirán entre las USMC de la red hospitalaria pública en Canarias. La incorporación de estos profesionales se llevará a cabo de manera progresiva desde 2005 al 2007: 4 en el Área de Salud de Tenerife, 8 en Gran Canaria, 1 en La Palma, 1 en Lanzarote y 1 en Fuerteventura.

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

- a) Albergar el Equipo de Coordinación del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil, situados en un nivel terciario de atención.
- b) Atender a los pacientes, derivados de las unidades de salud mental comunitarias, bien directamente o después de una estancia en la U.I.B. del Hospital General, o en la planta de Hospitalización Pediátrica, y que presenten patologías que, por su complejidad o cronicidad, no puedan ser atendidas en régimen ambulatorio.



- c) La dotación final de cada uno de los hospitales de día requerirá: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, 1 celador, 1 administrativo, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional y 1 monitor ocupacional. Estos recursos se irán asignando desde 2003 hasta 2008.

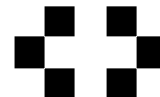
21.3. Se garantizará en todos los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales de Canarias, la existencia de camas con las condiciones adecuadas para la hospitalización de menores de 14 años con problemas graves de salud mental. Las necesidades de ingreso por trastorno mental en el grupo de 15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

Obj. 22

Atención sociosanitaria para personas con enfermedad mental de larga duración

Actividades

22.1. A lo largo del presente plan se desarrollarán de forma equitativa y homogénea en todo el territorio canario los recursos sociosanitarios que permitan la adecuada atención de aquellas personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración. En dicho desarrollo, se respetarán las especificidades que por razones de la historia de los actuales recursos existentes, el grado y ritmo de implementación de otros recursos complementarios, u otras suficientemente justificadas, pudieran exigir ajustes en cada isla, siempre sometidas al acuerdo del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para personas con enfermedad mental de larga duración (CIRPAC) correspondiente y con la aprobación de todas las partes representadas en la Comisión Asesora de Salud Mental, garantizando siempre una asignación financiera que asegure un reparto proporcional a la población de

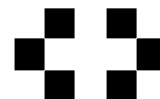


todos los recursos. Todo ello en el contexto del Programa de Atención Sociosanitaria “Área de Discapacitados”, ya aprobado por el Gobierno de Canarias, y que incorpora gran parte de los dispositivos sociosanitarios de los PIRP (Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para pacientes con enfermedad mental de larga duración) de cada área sanitaria. Es necesario contemplar y desarrollar el área de empleo, para este tipo de usuario con discapacidad, que sólo ha quedado esbozada en los planes anteriormente citados.

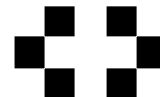
Los dispositivos sociosanitarios irán dirigidos a personas entre 16 y 64 años, ya que a partir de los 65 serán subsidiarios del Programa de Atención Sociosanitaria “Área de Mayores”, sin que su condición de enfermo mental sea motivo de exclusión de dicho programa. Para los menores, en situación de riesgo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

Los dispositivos sociosanitarios estarán diferenciados según tres tipos:

- a) Los llamados actualmente centros de día para enfermos mentales, que tienen un importante componente de Rehabilitación Psicosocial, se corresponden con los llamados, desde los Servicios Sociales, Centros Ocupacionales. Podrían llamarse Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) para enfermos mentales, que es como se denominan en otras CCAA. Tienen claramente un componente sanitario, pero también social. Sus necesidades se estiman en unas 40 plazas por 100.000 personas entre 16 y 64 años. Se define como centro de día a aquél recurso comunitario del espacio sociosanitario en el que se desarrollan programas estructurados de rehabilitación, que han demostrado su eficacia científica, orientados a lograr el máximo desarrollo factible de autonomía personal y el mayor



grado posible de integración socio-familiar, en aquellos usuarios cuyas necesidades desborden las actuaciones de las USMC.

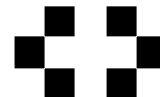


- b) Recursos para alojamiento alternativo al domicilio propio o familiar. Es un recurso básicamente social. Si existe un desarrollo adecuado y suficiente de los recursos sanitarios de apoyo en la comunidad, sus necesidades se estiman en unas 50 plazas por 100.000 personas entre 16 y 64 años. Se distribuyen en un abanico de posibilidades que deberían adaptarse estrictamente a cada territorio, pero que se podrían distribuir como sigue:
- Alojamiento tutelado (pisos asistidos y pensiones): 30 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.
 - Mini-residencias: 20 plazas por 100.000 personas de 16-64 años.

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

- o vivienda normalizada compartida, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- o mejora de la autonomía personal.
- o potenciación de las habilidades sociales.
- o apoyo de la normalización y la integración social.

Se define como plazas tuteladas en pensión para enfermos mentales a aquel recurso residencial del espacio sociosanitario destinado a personas con discapacidad por enfermedad mental de larga duración, que sólo requieren un cierto grado de supervisión en su desenvolvimiento personal y en el manejo de su vida diaria, pero que



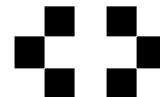
por sus características personales no se benefician de la convivencia con otras personas en un piso tutelado. Su objeto es desarrollar en la comunidad las siguientes prestaciones:

- alojamiento y manutención concertada a cargo de terceros, bajo la tutela de personal especializado de la red de salud mental.
- mejora de la autonomía personal.
- potenciación de las habilidades sociales.
- apoyo de la normalización y la integración social.

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

- cobertura continuada (24 horas) de necesidades básicas de residencia, manutención y cuidado personal
- mejora de la autonomía personal
- evitación de la marginación y la institucionalización
- apoyo de la normalización y la integración social

- c) Un Plan de Acceso al Empleo, para personas con discapacidad como consecuencia de un trastorno mental de larga duración, resulta imprescindible para el adecuado desarrollo de los PIRP. Se trata de recursos complementarios de los anteriores, pero que son en gran parte la razón de ser de los propios PIRP; deben estar estrechamente relacionados con los centros de día, se distribuyen igual que en el caso anterior en un abanico de

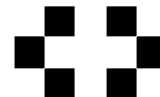


posibilidades que varía en cuanto a nomenclatura, pero no en su finalidad. Exige la colaboración inexcusable de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Sus necesidades están cifradas en 50 plazas de oferta de empleo por 100.000 personas entre 18 y 64 años.

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

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

22.3. Hasta no disponer de las fórmulas jurídicas que permitan su estabilización por medio de convenios plurianuales, continuar con el programa de subvenciones a las ONGs de enfermos mentales, con alrededor de 150.250 euros, destinados a potenciar su participación e implicación en los recursos de apoyo comunitario, talleres, pisos



protegidos etc., y distribuidos proporcionalmente entre las 13 asociaciones existentes con este tipo de actividad y distribuidas por todo el archipiélago; en la actualidad su participación es cada vez más directa a través de los PIRP (Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario).

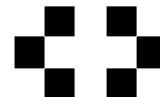
6. Seguridad Vial y Laboral

Introducción

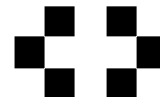
La Prevención es una actividad de base cultural y, por lo tanto, afecta a modos y a todas las dimensiones de la vida, costumbres, conocimientos y grados de desarrollo de una comunidad. Con relación a los accidentes, la prevención es la única alternativa disponible, independientemente de que se trate de un accidente de tráfico, de un accidente domiciliario o de un accidente laboral. Por ello el Gobierno de Canarias se compromete a desarrollar y a velar por la aplicación de esta Cultura de la Prevención en todas las Instituciones tanto públicas como privadas de nuestra Comunidad desde la cooperación y el trabajo en equipo, asumiendo el compromiso público con la calidad de la prevención.

Las propuestas contenidas en este Plan de Salud sobre Seguridad Vial contribuyen a la búsqueda de soluciones coordinadas con las Jefaturas Provinciales de Tráfico de nuestra Comunidad así como con otras instituciones públicas y privadas canarias para hacer frente a la siniestralidad de tráfico en la Comunidad Autónoma Canaria. En el resto de comunidades autónomas, sin embargo, ya se ha acometido la elaboración de planes de seguridad vial y se mejora en la compleja coordinación de competencias en un área en la que las responsabilidades están tan compartidas.

Este Plan de Salud, por otro lado, establece sinergias intensas con el Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Canarias a lo largo del periodo 2004-2007, período en el que ambos coinciden. En los aspectos formativos este Plan de Salud se concreta en el Plan de Reducción de la Siniestralidad Laboral 2005-2008 incluido dentro de la renovación de los Cuartos Acuerdos de Concertación Social de Canarias 2005-2008. El éxito de estas medidas de actuación requiere la ejecución paralela de otras medidas de acompañamiento centradas en la formación de los



trabajadores y empresarios así como en las mejoras de la información disponible relacionada con la seguridad y salud en el trabajo, explicitadas en estos acuerdos que se citan. Por esta razón, se recoge una agenda de formación y otra de investigación específica sobre la materia. Estas agendas se incluyen en el apartado de “Condiciones necesarias para la consolidación del Plan de Salud de Canarias”.



OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD VIAL

- Reducción de la siniestralidad por accidentes de tráfico en Canarias
- Reducción de la mortalidad y morbilidad crónica (secuelas) derivada de los accidentes de tráfico.
- Mejora de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias sobre seguridad vial.

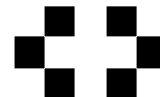
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 23

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

Actividades

- 23.1. Para reducir el riesgo de invasión del sentido contrario y salida de la calzada de los vehículos, se incrementará, en las carreteras, la utilización de sistemas de contención de vehículos.
- 23.2. Mejorar la señalización en carreteras, incrementando la presencia de paneles variables, ubicados adecuadamente y con una selección de mensajes apropiada y concisa (simplificar mensajes con pictogramas). Además, deberá garantizarse el posterior mantenimiento de los sistemas de vigilancia, alerta e información.
- 23.3. Para mejorar la seguridad en los túneles habrá de seleccionarse el tipo de señalización más adecuada y disponer de barreras previas para reducir las consecuencias de los accidentes en el interior de los túneles.



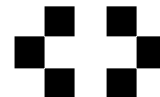
- 23.4. Para reducir la incidencia de los atropellos en áreas urbanas, se incorporarán semáforos de travesía en municipios y áreas específicas de riesgo en núcleos urbanos. Otras medidas de efectividad demostrada en zonas escolares, son los caminos escolares y las zonas 30.
- 23.5. Reglamentar la publicidad en los núcleos urbanos y especialmente en lugares de alta conflictividad.
- 23.6. Regular el transporte de mercancías peligrosas y vehículos pesados (túneles, urbes), tanto en términos de creación de vías accesorias como horarios específicos.
- 23.7. Mejorar la iluminación en pasos de peatones.
- 23.8. El sistema de comunicación y alerta sobre obstáculos en la carretera, se canalizará vía teléfono 112
- 23.9. Para mejorar la seguridad de los peatones y ciclistas en carretera, se fomentará la creación de senderos peatonales y “carriles bicis” en los laterales de las carreteras.

Obj. 24

Reducción de los riesgos propios del vehículo

Actividades

- 24.1. Enfatizar la importancia de los mecanismos de seguridad y neumáticos a través de campañas informativas y de manera oportunista en las Inspecciones Técnicas de Vehículos.
- 24.2. Mejorar la coordinación entre la Dirección General de Industria y los Ayuntamientos para revisar los vehículos que han sufrido accidentes, en cumplimiento del decreto 2042/94 que regula la ITV.



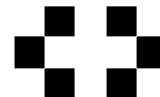
- 24.3. Para reducir el riesgo asociado a los vehículos de gran volumen y/o peso se llevarán a cabo inspecciones técnicas en carretera de los vehículos industriales y de transporte colectivo.

Obj. 25

Reducción de los riesgos propios del conductor y del peatón

Actividades

- 25.1. El Servicio Canario de Salud deberá informar, a través de la actuación profesional (médicos y de enfermería) sobre las situaciones que comportan riesgo para la seguridad vial: enfermedades, tratamientos, etc.
- 25.2. El Servicio Canario de Salud promoverá la inclusión, en los informes de alta médica hospitalaria, el consejo sobre restricción de conducción y otras actividades potencialmente peligrosas, vinculadas al padecimiento o convalecencia por determinadas enfermedades y realización de tratamientos farmacológicos.
- 25.3. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud informará a la sociedad sobre el riesgo de accidentes asociados a patologías concretas: Síndrome de Apnea del Sueño
- 25.4. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud promoverá la utilización de alcoholímetros voluntariamente.
- 25.5. La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud campañas informativas permanentes, difundidas a través de los diferentes medios de comunicación, sobre: grupos de edad (jóvenes, mayores); utilización de elementos de protección (casco, cinturón); riesgos asociados al consumo de sustancias como el alcohol y las drogas; utilización del teléfono móvil durante la conducción; estado de conservación de neumáticos; precauciones y riesgos de la conducción en bicicleta en carretera; entre otros. Habría



que destacar entre todas las posibles, las correspondientes al uso del casco por parte de motoristas y ciclistas, los sistemas de sujeción de niños en el coche, y la mayor presencia del soporte humano (guardias o voluntarios) para ayudar a cruzar las calles a niños en áreas escolares.

25.6. Para reducir los atropellos en carretera se promoverá el uso, por parte de los peatones, del chaleco de alta visibilidad con cintas reflectantes.

Obj. 26

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

Actividades

26.1. A partir de la aprobación de éste plan se intensificará la vigilancia del cumplimiento de los límites de velocidad en la conducción en carretera y en área urbana, por medio de un incremento de la presencia policial en la carretera y/o mediante el uso complementario de otros tipos de señales de alerta.

26.2. Las instituciones relacionadas con la seguridad vial deberán llevar a cabo actuaciones para sensibilizar al sector judicial en la intensificación de las penas asociadas a la siniestralidad vial.

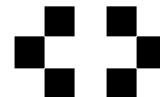
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 27

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

Actividades

Mejorar el acceso al sistema de emergencias, mediante:



- 27.1 Actividades de difusión pública del teléfono único de urgencias 112.
- 27.2 Mejorar la identificación de los teléfonos SOS con una correcta señalización.
- 27.3 Mejorar la cobertura telefónica móvil en toda la red de carreteras, especialmente en las rutas más desfavorecidas y en todos los túneles de la red viaria.

Facilitar el acceso de los recursos de emergencias al lugar del incidente:

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

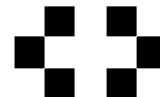
Obj. 28

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

Actividades

Incrementando la oferta de servicios mediante la:

- 28.1 Realización de determinaciones sanguíneas para detectar presencia de alcohol u otras drogas, por parte del Servicio Canario de la Salud.



28.2 Prestación de soporte a las familias en las crisis, por parte del Servicio Canario de la Salud.

28.3 Incorporación de desfibriladores semiautomáticos en los dispositivos de transporte del servicio de Urgencias canario.

OBJETIVOS GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

- Reducción de la siniestralidad asociada a la actividad laboral en Canarias.
- Difusión de una cultura preventiva en el seno de la sociedad canaria.
- Consolidación de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias sobre seguridad y salud en el trabajo.

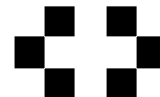
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 29

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

Actividades

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



29.2. Elaboración y edición de guías preventivas adaptadas a las actividades laborales de mayor siniestralidad.

Obj. 30

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

Actividades

30.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las empresas para contribuir a la sustitución de maquinaria y sistemas de trabajo obsoletos e inseguros presentes en Canarias. Se concederá prioridad al sector de la construcción. Esta actividad se iniciará desde el 2004.

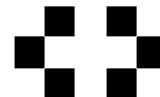
30.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral desarrollará una línea de subvenciones a las confederaciones empresariales y organizaciones sindicales para el desarrollo de proyectos y actuaciones de mejora de la seguridad laboral para reducir la siniestralidad de los trabajadores. Esta actividad se iniciará desde el 2004 y se prolongará anualmente hasta el 2008.

Obj. 31

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

Actividades

31.1. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará, durante el período 2004-2008, un plan específico de actuación en el sector de la construcción. Para ello, constituirá la mesa de trabajo de la



construcción, al objeto de garantizar el seguimiento de la implantación de los planes de seguridad en las obras de construcción.

31.2. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará un plan específico de actuación en el sector agrario, durante el periodo 2004-2008. Para ello llevará a cabo, previamente, el análisis y estudio de las condiciones de trabajo en el sector agrícola. Se concederá especial importancia a la detección de la exposición, aguda y crónica relacionada con el uso de productos fitosanitarios. A tal fin la administración sanitaria llevará a cabo el seguimiento y tratamiento de los casos.

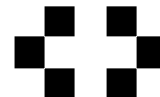
31.3. El Instituto Canario de Seguridad Laboral ejecutará entre 2004-2008 un plan de actuación en los establecimientos turísticos alojativos al amparo del Decreto 20/2003 de 10 de Febrero sobre seguridad y protección contra incendios en estos establecimientos. Tiene por objeto la verificación del cumplimiento de las condiciones de seguridad y protección contra incendios establecidos en las disposiciones vigentes sobre la materia.

Obj. 32

Mejora de la coordinación entre las administraciones públicas con competencias en seguridad y salud en el trabajo

Actividades

Para afrontar con las mejores garantías de éxito la ejecución de las actuaciones requeridas para una más eficaz protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, se requiere una coordinación efectiva y eficiente entre diferentes departamentos del Gobierno de Canarias con competencias sobre la materia, fundamentalmente de las administraciones públicas canarias competentes en materia de trabajo, de sanidad y de industria. En el marco de dicha coordinación, la administración competente

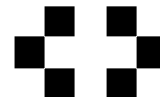


en materia de trabajo velará, en particular, para que la información obtenida por la Inspección del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en el ejercicio de sus competencias, sea puesta en conocimiento de las administraciones sanitaria y de industria, a los fines previstos en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Industria.

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

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

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



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

Obj. 33

Mejorar la efectividad de los servicios de Vigilancia de la salud

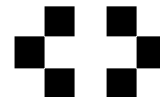
Actividades

- 33.1. A lo largo del periodo de vigencia de este plan, la autoridad laboral en el Gobierno de Canarias, potenciará la incorporación de la especialidad de Vigilancia de la salud a través de los servicios de Prevención propios, mancomunados y ajenos. En cada caso, la autoridad competente deberá exigir la calidad de las actuaciones de los servicios de Prevención mediante un riguroso seguimiento de sus actuaciones y sobre la calidad con la que las desarrolla. La autoridad sanitaria deberá comprobar que los recursos para la vigilancia de la salud estén correctamente dimensionados y estructurados en función de objetivos de prevención evaluables.
- 33.2. Durante el periodo 2004-2005 el Servicio Canario de la Salud elaborará la relación de variables de mayor importancia para mejorar el grado de conocimiento sobre la salud laboral, al objeto de su incorporación y registro en la historia clínica, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Posteriormente este set mínimo de datos se incorporará al proceso de informatización de la historia clínica.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Reducir alcoholismo	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a no hacer nada ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	418/AVG
	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte mínimo ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	792/AVG
	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte máximo ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.213/AVG
Educación vial	Programa de educación de seguridad en carretera frente a no programa en población general ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	489/AVAC
Unidades para politraumatizados	Un sistema ideal de 8 centros de trauma para heridos severos frente a los cuidados actuales ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.756/AVAC
Evacuación urgente	Helicóptero para servicios médicos de emergencia para pacientes traumáticos frente a no hacer nada ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.067/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



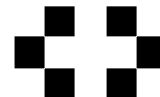
7. Envejecimiento

Introducción

La sociedad canaria es una sociedad que ha comenzado a envejecer bruscamente, fundamentalmente en relación a la intensa reducción de la natalidad que se inició en Canarias hace ya, aproximadamente, diez años. A este estrechamiento “por la base” de la pirámide poblacional clásica, se une un continuo crecimiento de la esperanza de vida en la población. Este incremento de la población de más de 65 años y, en especial, el crecimiento más acentuado del sector de población de más de 80 años, se produce tanto en términos absolutos como relativos. Este sector poblacional en crecimiento concentra, además, las tasas más altas de comorbilidad, por lo que demanda servicios sanitarios (preventivos y asistenciales) y sociosanitarios que aún están insuficientemente desarrollados en Canarias, tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa.

Además, el compromiso del Sistema Nacional de Salud con la mejora de la equidad, junto con la necesidad que tiene el Servicio Canario de la Salud de mejorar su propia eficiencia; ha llevado al Gobierno de Canarias, a través de este Plan de Salud, a establecer una selección de nuevas actuaciones, efectivas y costo-efectivas, dirigidas a mejorar la oferta de servicios sanitarios, así como los niveles de salud, autonomía y de calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores. Es importante señalar que el conjunto de actuaciones que se incluyen en este apartado, si bien se concentran en el impulso a los servicios sanitarios para los mayores, se garantiza la adecuada conexión con la planificación del espacio sociosanitario.

El objeto del Plan de Salud y del Plan Sociosanitario de Canarias es la ampliación y la diversificación de la oferta de servicios para las personas mayores, para adaptar la oferta a los diferentes niveles de necesidades.



OBJETIVOS GENERALES

- Aumentar la expectativa de vida de las personas mayores, libre de enfermedad e incapacidad.
- Favorecer la permanencia de las personas mayores en su domicilio y/o entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.
- Mejorar la oferta y la calidad en la provisión de servicios sanitarios a las personas mayores.
- Mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios ofertados a la población; adecuando necesidad y oferta.

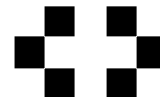
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Obj. 34

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

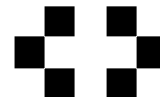
Actividades

34.1. A partir de la aprobación del Plan de Salud y con carácter periódico, el Servicio Canario de la Salud promoverá la práctica de actividad física por parte de las personas mayores, mediante mensajes informativos y promocionales a través de los medios de comunicación de masas, programas de actuación municipales y, de modo sistemático, desde los centros de servicios sociales y la consulta de enfermería en Atención Primaria de Salud. Esta actividad contribuye tanto a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud como a la supervivencia. La práctica de actividad física se ha constituido en un factor de protección de incapacidad y mortalidad en este grupo de población (nivel 1 de evidencia científica). Esta



actuación, que será coordinada desde la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, requiere, para mejorar su impacto, además de la colaboración entre las administraciones insulares y municipales y el Servicio Canario de la Salud. Para ello, se establecerán recomendaciones, científicamente contrastadas, para cada grupo de edad.

- 34.2. Mejora del grado de ejecución de las medidas de promoción y prevención de la salud (alimentación saludable y abandono del consumo de tabaco, entre otras), incluidas en el Programa Marco de Atención de las Personas Mayores de Atención Primaria, dirigidas a las personas mayores. Los equipos de Atención Primaria, y de manera especial, los profesionales de enfermería, intensificarán los esfuerzos destinados a identificar precozmente la incapacidad en las actividades instrumentales de la vida diaria, para intervenir sobre sus causas y evitar, de esta forma, el progreso de la incapacidad hacia la dependencia (nivel de evidencia 1).
- 34.3. Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico (guías de práctica clínica) en las personas mayores, al objeto de mejorar la selección y uso apropiado de estos medicamentos, tanto en Atención Primaria de Salud como en Atención Especializada. Se hará especial énfasis en los fármacos asociados más intensamente a reacciones adversas graves en este grupo de edad (analgésico-antiinflamatorios, hipnóticos, sedantes, y antipsicóticos, entre otros) (nivel de evidencia 1). Esta actividad será impulsada, a partir de 2005, desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.



OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA OFERTA ASISTENCIAL

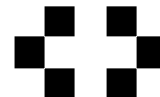
Obj. 35

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

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

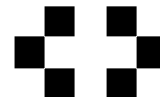
Actividades

- 35.1. Antes de finalizar el 2004, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud finalizará la implantación del Programa Marco de Atención a las Personas Mayores en el 100% de los equipos de Atención Primaria de Salud (nivel de evidencia 1).
- 35.2. Antes de finalizar el año 2005 la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud deberá haber coordinado la elaboración de un catálogo de pruebas complementarias, en Atención Primaria, en el que se establezcan los criterios de uso apropiado de aquellos tests requeridos para dar continuidad a los programas asistenciales de mayor prioridad. El objeto de esta medida es múltiple: reducir las esperas y la incertidumbre de los pacientes, anticipando el diagnóstico y posible tratamiento; ampliar el grado de autonomía de los profesionales en Atención Primaria; y liberar las agendas de los profesionales en



Atención Especializada. Especial prioridad deberá prestarse a los problemas de salud incluidos en este Plan de Salud: deterioro cognitivo y depresión, cáncer, cardiopatía isquémica y Diabetes Mellitus.

- 35.3. Al objeto de facilitar el acceso de los mayores a aquellas ayudas técnicas de efectividad demostrada, la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud adecuará el catálogo de prestaciones de material ortoprotésico y reorganizará el proceso de prescripción, para que en todos los casos, estas ayudas sean prescritas por el médico de Atención Primaria antes del 2005. En la actualidad, estas prescripciones requieren de interconsultas con la Atención Especializada, teniendo inconvenientes tanto para el paciente como para sus cuidadores (desplazamientos, esperas, pérdidas laborales); a la vez que se crea otra lista de espera y se contribuye a incrementar las que corresponden a los propios especialistas. Para promover la adecuada indicación de estas ayudas técnicas se podrían establecer guías de práctica o de recomendaciones clínicas, que redujeran las variaciones inapropiadas de las decisiones clínicas, enfatizando aquellas medidas terapéuticas efectivas, y, entre ellas, las de mejor relación coste-efectividad. En particular se promoverá la prescripción de los protectores de cadera en las mujeres de mayor riesgo de padecer caídas y fractura de cadera (nivel de evidencia 1).
- 35.4. El Servicio Canario de Salud en el marco asistencial de Atención Primaria, a partir del año 2004, potenciará y garantizará la calidad y eficiencia en la coordinación de los servicios sociales y sanitarios (nivel 1 de evidencia).
- 35.5. Antes de que finalice el año 2006, la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud ofertará un servicio telefónico de apoyo orientado a la resolución de problemas que pudieran ser suscitados por parte de los cuidadores de las personas mayores y/o discapacitadas.

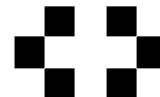


Obj. 36

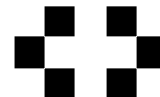
Mejorar la calidad asistencial a los mayores y el uso apropiado de los recursos hospitalarios destinados a este grupo de población, mediante la intensificación y la especialización de la oferta de servicios sanitarios.

Actividades

36.1. Se crearán equipos multidisciplinares de valoración geriátrica en los hospitales del Servicio Canario de la Salud, integrados al menos por: dos médicos y una trabajadora social. Estos integrantes deberán ser expertos en la gestión clínica de los problemas de salud de la persona mayor. La actividad de esta unidad debe estar funcionalmente integrada en la del conjunto de la plantilla del hospital. Las funciones de estos equipos se orientarán a la gestión de los pacientes geriátricos hospitalizados, con pluripatología y polifarmacia, tendencia a la dependencia, y con condicionantes psíquicos y sociales que pueden complicar la situación de enfermedad aguda que motivó el ingreso. Estos equipos actuarán como consultores del resto de los servicios hospitalarios y de apoyo a los equipos de Atención Primaria de Salud y de los servicios sociales comunitarios; al objeto de favorecer el alta, la continuidad de los cuidados y la permanencia en la comunidad (nivel de evidencia 1). Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a partir de 2005. En 2005-2006 se crearán estas unidades en cada uno de los hospitales de referencia (salvo el H. Gral. de Gran Canaria Dr. Negrín), con la siguiente composición: 2 FEA y 1 trabajador social. En el Dr. Negrín se incorporará a formar parte de la unidad 1 trabajador social. En el área de Tenerife se prolongará hasta 2008, al tener que crearse 2 unidades. Estas unidades se extenderán a La Palma y a Fuerteventura en 2007, con sólo un FEA y 1 trabajador social, incorporándose el segundo FEA en el 2008.

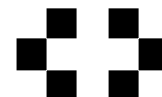


- 36.2. Los equipos multidisciplinares de valoración geriátrica utilizarán un programa o vía clínica de integración y coordinación asistencial como instrumento base para la coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria (nivel de evidencia 1). Esta actividad será coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, a partir de 2004.
- 36.3. A partir de 2005 se crearán, en los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud, unidades de ictus integradas por personal de enfermería especializado bajo la dirección del neurólogo y ejecutando las directrices contenidas en vías clínicas previamente elaboradas por los servicios implicados en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes (nivel de evidencia 1). Estas unidades se establecerán inicialmente en los servicios de los hospitales de referencia. Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. La ejecución de esta acción requiere, en Tenerife, la incorporación de dos neurólogos, al objeto de garantizar la Atención Especializada continuada, en el Hospital Universitario de Canarias; además de 3 enfermeras y un auxiliar de enfermería. En Gran Canaria, se incorporará un solo neurólogo (Hospital Universitario Insular-Maternoinfantil de Gran Canaria), 6 enfermeras (a distribuir 3/3 entre los hospitales de referencia), y un auxiliar de enfermería en cada centro. Esta actividad se ejecutará entre 2006-2007.
- 36.4. A partir del año 2004 el Servicio Canario de Salud dispondrá de una Guía de Práctica Clínica sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer, de forma que los pacientes que presenten deterioro cognitivo, serán estudiados en Atención Primaria de acuerdo a las recomendaciones de dicha Guía de Práctica Clínica, con la confirmación diagnóstica posterior en el nivel de Atención Especializada.
- Además todos los hospitales de referencia del Servicio Canario de la Salud reforzarán los recursos especializados destinados a la



confirmación precoz del diagnóstico y establecimiento de las pautas terapéuticas de aquellas demencias que planteen dificultad diagnóstica o complejidad en el abordaje terapéutico. Estos pacientes serán monitorizados posteriormente por parte de los profesionales de Atención Primaria en base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica actualizada por la Comisión Asesora sobre Demencias y Enfermedad de Alzheimer (nivel de evidencia 1). Esta actividad será desarrollada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

- 36.5. A partir de la aprobación del Plan de Salud, cada hospital de la red del Servicio Canario de la Salud, deberá elaborar un protocolo con el objetivo de disminuir la duración del tiempo de estancia de los pacientes geriátricos en los servicios de Urgencias. Existen evidencias que relacionan la duración de la estancia de las personas mayores en los servicios de Urgencias hospitalarios, con resultados negativos por el riesgo de delirium, deshidratación, úlceras por presión, inmovilidad, rabdomiolisis. Del mismo modo existen pruebas científicas que confirman que la aplicación de este tipo de protocolos, favorecidos por la presencia de equipos de valoración geriátrica, consiguen acortar las estancias en estos servicios y reducir la institucionalización (nivel de evidencia 2). Esta actividad será coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.
- 36.6. Antes de que finalice el año 2005, el 100% de las unidades administrativas de los equipos de Atención Primaria dispondrán de un protocolo que permita ofertar un trato más personalizado a las personas mayores con dependencia y a sus familiares. Entre las medidas prioritarias a desarrollar se encuentra la emisión de la “tarjeta identificativa” que garantice el acompañamiento familiar de las personas mayores afectadas de algún proceso incapacitante, como el deterioro cognitivo o demencias. Además, se facilitará la elección de horario para consultas sanitarias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Esta actividad será



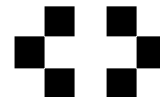
coordinada por parte de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Obj. 37

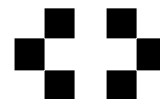
El Gobierno de Canarias incrementará y diversificará su oferta asistencial de infraestructuras para las personas mayores, al objeto de adaptarla a las necesidades reales de los pacientes y mejorar el uso apropiado de las camas de hospitales de agudos; completando la oferta con la creación de camas de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

Actividades

- 37.1. El Gobierno de Canarias finalizará el proceso de elaboración del Plan Sociosanitario de Canarias, a lo largo del año 2004, que incluirá a los programas de infraestructuras sanitarias “área de mayores y área de discapacitados”, aprobados por el Gobierno. En este proceso de elaboración habrán de participar las Consejerías de Empleo y Asuntos Sociales, la de Sanidad, por parte del Gobierno de Canarias, además de los cabildos insulares y representantes de los municipios.
- 37.2. El Servicio Canario de la Salud desarrollará una oferta de camas de media estancia o convalecencia, destinadas a favorecer la recuperación de los niveles previos de autonomía de las personas, sin limitación de edad. Este recurso se caracterizará por el límite máximo de ocupación, que se situará en 3 meses. La oferta de este tipo de recurso será equivalente al 5% de las camas de agudos disponibles. Esta oferta comenzará a ejecutarse a partir de 2005. Esta nueva oferta de servicios sanitarios es independiente de la oferta de servicios contemplada en el Plan Sociosanitario de Canarias (Área de Mayores).



- 37.3. Antes de que finalice el año 2007, cada Area de Salud deberá haber iniciado el desarrollo de un sistema de hospitalización diurna para la población geriátrica como complemento a la red sanitaria de hospitalización de agudos y media estancia o convalecencia; que deberá estar coordinada con los recursos sociosanitarios en el área de salud.
- 37.4. El Servicio Canario de la Salud creará nuevos equipos multidisciplinares, adscritos al Area de Salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas institucionalizadas en centros sociosanitarios de bajo requerimiento asistencial. Estos equipos estarán compuestos por médicos de familia, enfermería, fisioterapeuta y farmacéutico. El dimensionamiento de estos equipos dependerá del número de plazas residenciales. La ejecución de esta acción requiere que en el 2004 se consoliden, con la incorporación adicional de una enfermera, cada uno de los equipos existentes en Gran Canaria y Tenerife. En el 2005 se creará otro equipo básico (médico de familia y dos enfermeras) en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife. Posteriormente, a partir de 2006 se crearían las unidades en La Palma, Lanzarote y La Gomera (médico de familia, enfermera, fisioterapeuta). En el año 2007, se reforzarán, con la incorporación de cuatro trabajadores sociales, las unidades existentes en las áreas de salud de Gran Canaria (1 trabajador social) y Tenerife (3 trabajadores sociales). En el mismo año (2007), se ampliará la red, con la creación de una unidad en Gran Canaria, Tenerife y Fuerteventura; integradas por un médico de familia, enfermera, fisioterapeuta y trabajador social. Finalmente en 2008 se incorporarán 3 unidades adicionales en Gran Canaria y otras tres en Tenerife, integradas, cada una, por 1 médico de familia, dos enfermeras y un fisioterapeuta. En este mismo año se incorporarán dos auxiliares administrativos en Gran Canaria y otros dos en Tenerife, para dar apoyo organizativo a las seis unidades que estarán en funcionamiento en cada una de estas áreas de salud. En 2008 el Area de Salud de La Palma verá incrementada su dotación con otro equipo (médico, dos enfermeras y fisioterapeuta); en

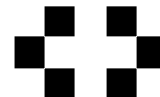


Lanzarote un médico y una enfermera, en La Gomera se incorporará una enfermera y un fisioterapeuta; y, en El Hierro, una enfermera.

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

PROGRAMAS	DESCRIPCION DE LA INTERVENCION	AIC-E/AVG /AVAC/2001*
Vacunación contra la gripe	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con alto riesgo frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.410/AVG
	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con bajo riesgo frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.344/AVG
Promoción de la salud	Implantar un programa de ejercicios físicos para personas mayores de 65 años frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.097/AVG
Atención Geriátrica	Evaluación de un programa integral geriátrico en consultas externas frente al cuidado estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.981/AVAC
Prevención de fracturas	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en mujeres con más de 65 años de edad, frente a no intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Ahorro/AVAC
	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en varones con más de 85 años de edad, frente a no intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.339/AVAC

* Análisis incremental coste-efectividad por año de vida ganado (AVG) y año de vida ajustado por calidad (AVAC) en euros a diciembre de 2001



8. Condiciones necesarias para la consolidación del Plan de Salud de Canarias 2004-2008

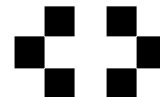
El Plan de Salud identificó desde la fase inicial de su primera experiencia de formulación para el periodo 1997-2001, una serie de factores clave necesarios para que el desarrollo y la consolidación de las políticas de salud propuestas por el propio Plan, alcancen los objetivos generales de mejora de la salud, de la equidad y de la eficiencia. Estos factores se describen, a continuación, bajo el epígrafe de “condiciones necesarias” o de “acompañamiento”, para la consolidación del Plan de Salud de Canarias.

21.1.- Participación de la comunidad

La mayor parte de la sociedad tiende a proteger su salud y a evitar los factores que implican riesgo de enfermar, hasta el alcance de sus posibilidades. Esta reflexión ha inspirado el lema de la estrategia de comunicación desarrollada por el Plan de Salud de Canarias: "La salud está en tus manos"

En los inicios del siglo XX fueron las mejoras del saneamiento público, vivienda y alimentación, las que, canalizadas a través de las administraciones públicas, consiguieron incrementar substancialmente la esperanza de vida de la población de los países desarrollados. Posteriormente, a mediados de siglo XX, la irrupción de la tecnología médica (asepsia, antibioterapia, cirugía, entre otras), produjo otro incremento importante de la esperanza de vida en estos mismos países. A partir de entonces las ganancias en salud se han producido, fundamentalmente, a partir de la mejora de los hábitos de vida. En el futuro se prevé que las terapias genéticas contribuyan, de una manera sensible, a mejorar la esperanza y la calidad de vida; pero mientras no se alcance dicha etapa, seguirán siendo los cambios de los hábitos o estilos de vida, que se sitúan fundamentalmente en el ámbito de la responsabilidad individual, las iniciativas que van a contribuir de una manera más sensible a la mejora de la salud de la población.

En el conjunto de la sociedad canaria, la mujer ocupa y desempeña un papel preeminente con relación a la salud, y, en especial en lo relativo a la adopción de hábitos de vida saludables; dado que en el reparto de responsabilidades familiares



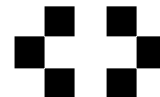
tradicionalmente ha llevado a cabo la selección de los alimentos y la preparación de las comidas, el control de la salud de los hijos (vacunas, peso, crecimiento, enfermedades, etc.). La perspectiva de género es igualmente importante, en el caso de la mujer, debido a que presenta un riesgo específico para el padecimiento de algunos problemas de salud: cánceres de mama, endometrio y cérvix uterino, enfermedad cerebrovascular, Diabetes Mellitus, enfermedad de Alzheimer, etc. Además, en la mujer se están produciendo ahora los cambios más intensos en los hábitos de vida, adoptando conductas de riesgo anteriormente ejercidas con mayor intensidad por el hombre. Así, el consumo de tabaco y alcohol aumenta en la mujer, con lo que se reducen las diferencias en la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica y cáncer de pulmón, entre ambos géneros. Esta tendencia, claramente expresada en otros países más desarrollados, se está iniciando ahora en Canarias.

Además de la perspectiva de sensibilización y participación individual, el Plan de Salud contempla la participación comunitaria desde otra perspectiva.

La Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su Salud, la entendemos como una contribución de los ciudadanos en determinados proyectos y programas establecidos desde los servicios sanitarios o desde sus propias organizaciones. También la consideramos como el proceso de organización y dinamización de las estructuras adecuadas y necesarias para que se produzca y se articule dicha participación en, y con los servicios municipales, insulares y autonómicos de salud. Pero además, la participación implica contribuir a fomentar aptitudes y capacidades que permitan a los ciudadanos y a los trabajadores sanitarios, opinar y/o decidir responsablemente y de modo informado, sobre los problemas de salud que les afectan. Entendemos también que contribuye a una gestión más eficiente, eficaz, equitativa y autosuficiente de los planes y servicios de salud de su ámbito territorial.

La Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA), reconoce "... el derecho de los ciudadanos a participar a través de las instituciones comunitarias en las actividades sanitarias" (artículo 6, apartado d), y en particular "... en la orientación, evaluación y el control del Sistema Canario de la Salud" (artículo 4, apartado g).

La Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSCA) propone además, el Plan de Salud de Canarias como eje central alrededor del cual todas las organizaciones e instituciones que tienen algo que ver con la salud, se deben poner



de acuerdo: "Es el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a la evaluación".

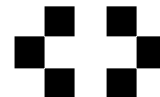
Reconoce también la Ley 11/1994, la necesidad de dar efectividad al ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos canarios en los asuntos relacionados con la salud para lo que indica (artículo 12, apartado 5) "El Gobierno de Canarias favorecerá las condiciones materiales y organizativas necesarias para el ejercicio del derecho a la participación de la población en el Servicio Canario de la Salud, impulsando la creación y desarrollo de los órganos de participación que se establezcan"; "el "Consejo Canario de la Salud" a nivel de toda la Comunidad Autónoma, los "Consejos de Salud del Area" en cada isla, los "Consejos de Salud de Zona", para cada zona básica de salud, y los "Consejos Municipales de Salud", aún no reglamentados, para aquellos municipios con dos o más zonas básicas de Salud.

La creación de los órganos de participación del Servicio Canario de Salud es una expresión de la concepción de que la Salud es algo que trasciende a la mera organización de los servicios y que la participación comunitaria es un requisito necesario y condición de eficacia para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios y para el desarrollo de los Planes de Salud.

El impulso de la participación a través de los Consejos de Salud se plantea como un proceso pedagógico y también de control social de las acciones de salud. Posibilitar la participación en las tareas, en el sistema de información, y en los órganos de participación constituyen pasos que favorecerán el desarrollo de una mayor capacidad de los ciudadanos, para participar de modo más informado, comprometido y responsable en las decisiones que les afecten.

En relación a la promoción de la participación de la comunidad en el desarrollo de su Salud, la Consejería de Sanidad se ha establecido los siguientes objetivos:

Impulsar una dinámica de participación efectiva de los ciudadanos en los Organos de Dirección y Participación que la Ley de Ordenación Sanitaria de



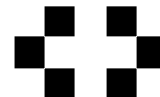
Canarias establece. Constituye un proceso a largo plazo que genera, y a la vez requiere cambios considerables en la cultura, proceso y estructura del Servicio Canario de Salud, Corporaciones Locales y demás instituciones y organizaciones implicadas.

También pretende la potenciación del papel de los Ayuntamientos y Cabildos, como instituciones de la Comunidad Autónoma de Canarias con competencias en Salud Pública, junto a las estructuras territoriales del Servicio Canario de Salud: Areas de Salud y Zonas Básicas de Salud. Aquellas presentan hoy, en general, una amplia variabilidad en cuanto a su capacidad de gestión de los asuntos de Salud Pública pero con déficits históricos importantes. Por otro lado, las nuevas estructuras de las Direcciones de Area y el nuevo modelo de Atención Primaria presentan un desarrollo pujante pero no exento de dificultades, asociadas a las limitaciones derivadas de su carácter innovador y al incipiente desarrollo del necesario proceso descentralizador en el Servicio Canario de Salud.

En el momento actual de Canarias el desarrollo de las prácticas de autocuidado y la generalización de la adopción de las conductas de vida saludables, por parte de la población, constituyen las estrategias más eficientes para el logro de los objetivos del Plan de Salud.

Por otro lado, en nuestra Comunidad Autónoma no existe tradición en cuanto al papel que han de jugar los representantes sociales en el sistema sanitario público. Sin embargo, tanto a nivel estatal como en la Comunidad Autónoma existe legislación que pretende impulsar la presencia de los órganos de participación comunitaria en la gestión de los recursos del propio Sistema Sanitario. El Plan de Salud pretende incorporar a los representantes sociales como Ayuntamientos, Cabildos, Sindicatos, Asociaciones de vecinos y consumidores, entre otras, a la vez que impulsar la creación de los Consejos de Salud de zona y área, como elementos de participación.

Esta reducida experiencia de organización social para la acción en nuestra Comunidad Autónoma repercute así mismo sobre la escasez del movimiento de voluntariado, lo que traduce un rol social predominantemente pasivo; siendo necesario estimular la adopción de una actividad más activa desde la sociedad y para la sociedad; complementando de este modo la, hasta ahora, relación unidireccional desde las administraciones públicas a la sociedad.



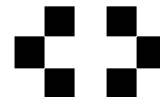
Al objeto de impulsar la actividad de los órganos de participación de la comunidad en los procesos de planificación sanitaria, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias dedicará 100.000 euros, en el año 2005, para llevar a cabo la constitución de dichos órganos. Posteriormente, en el 2006, se destinará una cantidad similar (100.000 euros), para la celebración de la Conferencia de Salud en cada área de salud; que tendrá por objeto llevar a cabo actividades relacionadas con la territorialización del Plan de Salud en cada área.

21.2.- Cooperación intersectorial

La constatación de que tanto dentro del Gobierno de Canarias, como en las administraciones locales y estatales, son numerosos los organismos que poseen claras competencias sobre aspectos relacionados, directa o indirectamente, con la conservación de la salud, obliga al Plan de Salud a la búsqueda de sinergias y alianzas intersectoriales. La importancia de los factores ambientales sobre la salud, el impacto de los accidentes de tráfico y de trabajo, las implicaciones de las políticas sociosanitarias, exigen la necesidad de este enfoque.

Es preciso enfatizar la necesidad de la coordinación entre los distintos departamentos del Gobierno de Canarias, y de este con los ayuntamientos, cabildos y administración del Estado, al objeto de asegurar la adecuada utilización de los recursos existentes en la Comunidad Autónoma, y el cumplimiento de los objetivos del Plan de Salud. Relacionando esta necesidad de mejora de la coordinación intersectorial con la expuesta en el epígrafe anterior de responsabilización y participación de la sociedad, se obtiene el escenario adecuado para la aplicación del Plan de Salud. Esto, sin embargo, nos obliga a reconocer el cambio que es preciso promover desde todos los sectores implicados.

Este es uno de los desafíos que el proceso planificador iniciado con el Plan de Salud desde el Servicio Canario de la Salud ha de afrontar. Los acuerdos con Ayuntamientos y Cabildos pueden contribuir, si se formulan de modo coherente, a incrementar el dinamismo, el interés, la presencia y efectividad de la acción interinstitucional e intersectorial y la participación de la comunidad, y por tanto, determinará la viabilidad y eficacia del Plan de Salud.

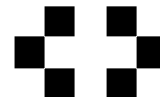


Para el Plan de Salud 2004-2008, los requerimientos de alianzas más relevantes deberán establecerse, dentro del Gobierno de Canarias, entre los departamentos de Sanidad y Consumo, y el de Empleo y Asuntos Sociales; en lo referente al desarrollo de las políticas sociosanitarias para mayores, discapacitados y enfermos mentales crónicos. En el diseño y ejecución de estas políticas, es imprescindible, así mismo, la participación de cabildos y municipios. La Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias tiene un protagonismo intenso en cuanto a las actividades de educación para la salud desde las más tempranas etapas educativas; dado que los hábitos de vida saludables o conductas de riesgo para la salud de alto impacto (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo, experiencia con drogas ilegales, alimentación saludable) comienzan a establecerse muy precozmente; actuando como factores condicionantes para los problemas de salud como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la Diabetes Mellitus. Sin embargo, más importante aún que lo anterior es el conseguir crear en los escolares, especialmente adolescentes, una cultura preventiva que pueda ser aplicada a cualquier actividad en la vida posterior, desde la nutrición y la práctica regular de ejercicio físico, a la búsqueda de la seguridad en el trabajo y al volante de un automóvil. En nuestro ámbito, salvo casos aislados, prácticamente no se ha explorado el papel de las corporaciones locales (municipios) en la contribución a la educación para la salud de los jóvenes.

Por último, algunas de las políticas de salud, relacionadas con la siniestralidad laboral o por accidentes de tráfico, contempladas en el actual Plan de Salud afectan a la administración del Estado. Por esta razón, las alianzas habrán de proyectarse hacia las administraciones estatales (Ministerios de Trabajo e Interior).

21.3.- Participación de los profesionales

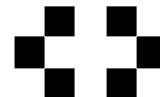
Los cambios organizativos que se han producido en el Sistema Sanitario Público de Canarias, tras recibirse las transferencias de las competencias de autogestión sanitaria, han estado orientados hacia la mejora de la oferta de servicios sanitarios a la población, tanto en términos de mejora de la accesibilidad, como en relación a la mejora de la calidad asistencial. Las mejoras de las infraestructuras y el incremento de los programas y prestaciones asistenciales, son canalizados a la población a través de los profesionales sanitarios; que son, en realidad, la pieza clave del Sistema Sanitario.



En este proceso de desarrollo el Plan de Salud ha ocupado una posición estratégica, impregnando los contenidos de los contratos de gestión convenida con las áreas de salud y las gerencias de servicios sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada). A partir de los contratos de gestión convenida, los objetivos del Plan de Salud necesitan de instrumentos específicos (contratos internos, vías clínicas, guías de práctica clínica, entre otros), para garantizar la ejecución operativa y homogénea de las políticas de salud frente a cada paciente. El reto aquí, reside en la mejora continua de la calidad científico-técnica de las decisiones de los profesionales y de los resultados de salud de los pacientes. Aspectos intermedios que han de ir conociéndose y resolviéndose, son, la existencia de variaciones en las decisiones y en las prácticas médicas, de enfermería, e incluso de trabajo social. Estas variaciones son producto de desviaciones de la práctica científica, que reducen el uso apropiado y eficiente de los recursos disponibles, a la vez que empeoran los resultados de salud de los pacientes. La medicina basada en la evidencia, por medio de la aplicación de guías y vías de práctica clínica basadas en el conocimiento científico, constituyen herramientas para la mejora de la calidad asistencial. Por esta razón la edición actual del Plan de Salud contempla la elaboración de instrumentos para guiar científicamente la toma de decisiones clínicas; así como vías clínicas que tratarán de coordinar las actuaciones sanitarias a problemas de salud concretos entre los diferentes servicios hospitalarios implicados y con Atención Primaria de Salud.

El Plan pretende, además, promover, entre los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales, el desempeño del papel de "agente de salud", al objeto de forzar el proceso de cambio de conductas de riesgo hacia hábitos de vida más saludables.

Para consolidar el proceso de cambio anteriormente esbozado, y avanzar en la consecución de los objetivos generales del Plan de Salud; que son coherentes con el lema de "Mas Salud y Mejores Servicios", es necesario adecuar las plantillas de los equipos de Atención Primaria, y de los servicios especializados implicados en la ejecución de las actuaciones contempladas en este Plan de Salud; atendiendo a los estándares aceptados para garantizar la calidad de las prestaciones. Especial atención habrá que dedicar, tal como se ha expuesto en el apartado correspondiente, al desarrollo de los recursos humanos para la atención a la salud mental; al objeto de dotarla de estructuras asistenciales propias.

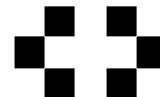


En relación con la Atención Primaria de Salud (APS), el Servicio Canario de la Salud definirá a lo largo de 2004 nuevos criterios para la asignación de recursos a las zonas básicas de salud y a las áreas; teniendo en cuenta las características demográficas y la actualización del mapa sanitario de Canarias, el nivel socioeconómico y de instrucción, la carga mórbida y tiempo requerido para la ejecución de la cartera de servicios ofertada en cada equipo de Atención Primaria. No obstante, hasta que se establezcan los nuevos criterios de asignación de recursos para APS, los incrementos mínimos requeridos para garantizar la calidad asistencial y el mantenimiento de los servicios ofertados, son: 123 médicos de familia, 4 médicos pediatras, 133 enfermeras, 21 trabajadores sociales de perfil sanitario para asegurar la adecuada coordinación de actividades en el ámbito sociosanitario, 80 auxiliares administrativos, 35 fisioterapeutas, 5 odontólogos, 40 higienistas dentales y 37 matronas. Estos recursos se distribuirán entre las diferentes áreas de salud, a lo largo del periodo de ejecución del Plan de Salud.

21.4.- Formación

El proceso continuo de incorporación de nuevos conocimientos y técnicas sanitarias, la creciente sensibilización sobre aspectos de protección de la salud unidos a los cambios organizativos y de gestión inherentes al proceso de ordenación iniciado tras las transferencias sanitarias, demandan el diseño de líneas de formación-actualización coherentes con estas tendencias. Para ello habrán de conjugarse las necesidades sentidas por los profesionales, con aquellas previstas por la Administración Sanitaria.

Complementariamente la consecución de los objetivos del Plan de Salud aparece como un evento formación-dependiente vinculado a tres sectores diferentes pero relacionados. En primer término se encuentra la población escolar, la cual se caracteriza por su accesibilidad y por estar sujeta al proceso de aprendizaje. Los otros dos grupos son la población general y el colectivo de profesionales sanitarios. En cada uno de estos escenarios, las actividades de formación-actualización en relación a los objetivos del Plan de Salud han de perseguir la mejora del nivel de educación sanitaria de la población de modo que, conociendo ésta los riesgos de las distintas opciones, se optimice la elección individual sobre los estilos de vida a adoptar.



Para los profesionales del sector sanitario y educativo las actividades de formación irán orientadas a garantizar la homogeneidad y máxima efectividad de las intervenciones como agentes educadores y provocadores del cambio en los hábitos de vida hacia conductas favorecedoras para la conservación de la salud.

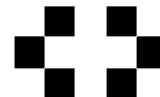
El Plan de Salud habrá de establecer, a estos efectos, los canales adecuados a través de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, para involucrar al profesorado de E.G.B. en el proceso de educación sanitaria a la población escolar dada su especial susceptibilidad para incorporar procedimientos de prevención primordial.

Del mismo modo se potenciarán los canales de comunicación y participación con las Universidades Canarias para conseguir un mayor nivel de colaboración en los niveles superiores de educación al objeto de adaptar la formación de los futuros profesionales a las necesidades reales del Sistema Canario de Salud.

El Plan de Salud deberá invitar a las Organizaciones no Gubernamentales relacionadas con aspectos sanitarios, a intervenir en el proceso de educación y sensibilización sanitaria de la población general; complementando de éste modo las actividades informativas desarrolladas, a modo de campañas, desde las administraciones públicas (Ayuntamientos, Cabildos, Gobierno Autónomo).

El Plan de Salud ha identificado las áreas de conocimiento en las que se hace preciso incidir desde los niveles profesionales sanitarios, educadores, y de los servicios sociales; al objeto de aproximar y consolidar los objetivos del Plan para la mejora de la salud de la población. Esta relación de áreas de conocimiento en las que existen necesidades de formación será utilizada por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) para desarrollar los diferentes programas de formación continuada. Además de las actuaciones docentes canalizadas a través de la ESSSCAN, se requiere la difusión de actividades educativas y docentes provistas desde los siguientes sectores que a continuación se detallan:

- 1.- A partir de la aprobación del Plan de Salud, las consejerías del Gobierno de Canarias de Educación, Cultura y Deportes y la de Sanidad, desarrollarán, conjuntamente, actividades de sensibilización, asesoramiento e información dirigidas al profesorado de todos los niveles educativos, para que éste actualice sus conocimientos sobre cada uno de los siguientes problemas de salud:



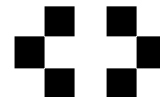
- Desarrollo de cultura preventiva
- Tabaco, alcohol y drogas ilegales
- Alimentación y nutrición saludable
- Ejercicio físico
- Seguridad vial

2.- El Gobierno de Canarias promoverá ante las Universidades Canarias la inclusión en el currículo de pregrado de Ciencias de la Salud, los contenidos y las metodologías docentes adecuadas para la intervención sobre los siguientes aspectos:

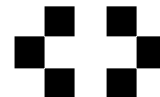
- Educación para la salud
- Medicina basada en la evidencia: uso apropiado de recursos y variaciones en la práctica médica
- Atención sanitaria al anciano
- Cuidados paliativos

3.- La Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias desarrollará una oferta formativa dirigida a los profesionales sanitarios, en todos los niveles asistenciales, con una cobertura anual de entre el 10 y el 15%, al objeto de actualizar y optimizar la formación en la detección y el manejo de los aspectos relacionados con los problemas de salud abordados por los programas de salud priorizados por el Plan de Salud; contemplando en cada uno de ellos la perspectiva de género. Además, todas las líneas y actividades docentes incorporarán un componente de formación en educación para la salud. La oferta formativa dirigida a los profesionales sanitarios deberá incorporar los siguientes contenidos:

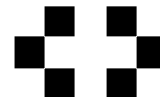
- Formación del personal sanitario de los equipos de Atención Primaria para fomentar el abandono del tabaco a través de la provisión de una intervención estructurada. Formación a los docentes en el manejo del consejo antitabáquico en los escolares. El Servicio Canario de Salud asegurará este proceso de formación al menos a un facultativo y un enfermero por centro de salud, durante el período 2004-2008.



- Formación del personal sanitario (profesionales de medicina y enfermería) para detectar e intervenir en las personas con problemas derivados de una alimentación inadecuada o con sedentarismo.
- Formación en técnicas de resucitación cardiopulmonar, fibrinolisis y en el uso del desfibrilador semiautomático a profesionales sanitarios; y en técnicas de resucitación cardiopulmonar y en el uso del desfibrilador semiautomático a cuerpos profesionales que puedan actuar como primeros intervinientes (policía, bomberos, etc.).
- Formación de profesionales de Atención Primaria en la identificación precoz de cánceres y su manejo mediante las guías de prácticas clínica.
- Formación de profesionales de Atención Primaria en el manejo bio-psico-social del paciente terminal y de su familia.
- Formación en control de calidad en los programas de cribado del cáncer. Esta actividad debe ir específicamente dirigida a los profesionales implicados en todos los programas de diagnóstico precoz del cáncer existentes en Canarias.
- Educación para la salud en la Diabetes Mellitus y en cardiopatía isquémica.
- Formación en el manejo terapéutico del paciente diabético.
- Formación continuada en salud mental para el personal sanitario de la Red de Salud Mental, que priorice las técnicas más eficientes de aplicación en los grupos de mayor riesgo o severidad de patología.
- Formación continuada dirigida al personal de Atención Primaria (pediatras, médicos de familia), cuyo objetivo sea capacitar a este personal para el diagnóstico precoz de patologías de salud mental, así como el manejo y seguimiento de los casos menos severos.
- Formación continuada para los profesionales de la Red de Salud Mental, que garantice que a lo largo de la vigencia del Plan, en todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Canarias se haya impartido formación en técnicas psicoeducativas y rehabilitadoras.



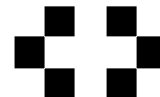
- Formación continuada dirigida al personal de Atención Primaria, cuyo objetivo sea capacitar a este personal para la intervención precoz en personas con patologías mentales de larga evolución.
 - Formación continuada en Geriátrica para los equipos de Atención Primaria, que contemple, además, la rotación por centros asistenciales en régimen de internamiento, consultas externas, manejo de medicamentos, etc. El Servicio Canario de Salud asegurará este proceso de formación al menos a un facultativo, un enfermero y un trabajador social por centro de salud, durante el período 2004-2008.
 - Formación específica sobre los aspectos éticos relacionados con las personas mayores.
 - Formación para elevar el nivel de autonomía y de resolución por parte de los cuidadores informales.
 - Programas de entrenamiento para los profesionales de los servicios de Urgencias y para los equipos asistenciales al politraumatizado.
- 4.-** Para la consolidación de los objetivos del Plan de Salud se requiere, complementariamente, la incorporación, en la formación de postgrado, de las siguientes actividades y contenidos formativos:
- Durante la vigencia del presente plan, se seguirá apoyando la formación de postgrado en salud mental; que incluirá la formación anual de 3 MIR en Psiquiatría, 2 PIR en Psicología y 5 Enfermeros Especialistas en Salud Mental en Gran Canaria, y en Tenerife. Esto implica la acreditación docente para Psiquiatría MIR y Psicología PIR del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife y su correspondiente dotación para formar 1 MIR y 1 PIR anual.
 - Formación continuada para los Profesionales de la Red de Salud Mental, que garantice que a lo largo de la vigencia del Plan, en todas las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Canarias exista, al menos, una persona con formación específica en psicopatología infantil.



- Se consolidará la formación de Médicos Internos Residentes de Geriatría en aquellos centros sanitarios de Canarias acreditados.
- Se promoverá que la formación de los médicos residentes de Anatomía Patológica en los hospitales docentes potencien la realización de necropsias a las víctimas mortales de los accidentes de tráfico. Esta acción va orientada a mejorar la validez de la información sobre la presencia de tóxicos en sangre y para mejorar la certidumbre sobre la causa del fallecimiento.

5.- La Academia Canaria de Seguridad impulsará programas formativos dirigidos a primeros intervinientes y a población general, para mejorar los resultados asistenciales en los accidentes de tráfico:

- Formación de los primeros intervinientes en los accidentes de tráfico, mediante:
 - Formación multisectorial del personal de ambulancias (SUC) en la Academia Canaria de Seguridad.
 - Formación sanitaria específica para personal de ambulancias.
 - Mejora de la formación policial en cumplimentación e investigación de atestados
- Formación de la población, por medio de :
 - Difusión de programas formativos en medios de televisión.
 - Creación de una página web interactiva.
 - Creación de juegos en CD interactivos.
 - Concursos dirigidos a una amplia población diana.
 - Potenciar la educación vial: formar a formadores (magisterio), contenidos en la escuela, promover dinámicas en otras licenciaturas, medios de comunicación, entre otros

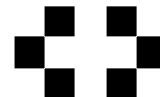


21.5.- La mejora de la calidad asistencial

La mejora de la calidad de la atención sanitaria es, en la actualidad, un objetivo primordial de los sistemas sanitarios. Así, la Ley General de Sanidad y la más reciente Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, dedican contenidos específicos relacionados con el desarrollo de instrumentos para la evaluación y mejora de la calidad asistencial en el entorno sanitario, como es la Agencia Nacional de Calidad. Para desarrollar estas actividades en nuestra Comunidad se propiciará la participación de las sociedades científicas tanto médicas como de enfermería. Recientemente, han sido diferentes, los servicios autonómicos de salud del Estado Español que comenzaron a desarrollar diferentes planes o estrategias de calidad.

En la misma línea, la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, incluye, entre las funciones de la estructura sanitaria pública, la evaluación, control y mejora de la calidad de los servicios sanitarios (art.23); asignándole esta competencia al Servicio Canario de Salud. Posteriormente, en nuestra Comunidad Autónoma, se desarrolla el Decreto 220/2000, de 4 de diciembre, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la calidad del servicio público y a las mejores prácticas en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias. En este Decreto se establece que, para la elaboración y gestión de las Cartas de Servicios y de los sistemas de evaluación de la calidad, se designarán unidades administrativas con rango de jefaturas de servicio o similar, y, propone como modelo de referencia para la evaluación el modelo de “calidad total” de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad “EFQM”.

Hasta la fecha, las actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en el seno del Servicio Canario de Salud se han desarrollado de forma incipiente, y fundamentalmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. En este nivel asistencial, la evaluación de la cartera de servicios mide la calidad científico-técnica de la provisión asistencial, mediante auditorías de las historias de salud y encuestas de valoración de la satisfacción de los usuarios. En el nivel asistencial de Atención Especializada, las comisiones de calidad hospitalarias tienen un desarrollo desigual y su penetración en el tejido asistencial es aún incipiente. En este nivel asistencial se aplican regularmente encuestas de



satisfacción al alta hospitalaria, que debieran complementarse, tal como debiera ocurrir en Atención Primaria de Salud, con la evaluación de resultados.

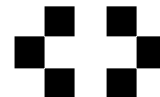
Por estas razones, se identifica como una condición necesaria para la consolidación del Plan de Salud, el desarrollo específico de un Plan de Calidad Total, que contribuya a incorporar mejoras en los resultados de salud, a la vez que en la equidad y en la eficiencia del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Este proceso de planificación deberá integrar a todos los servicios sanitarios y podría utilizar el modelo EFQM como herramienta de referencia. Para ello, a partir de dicho instrumento de planificación deberá promoverse la homogeneización de los mecanismos ya existentes en el Sistema Sanitario Público para la evaluación periódica del trabajo profesional; definiendo para ello los criterios y estándares generales que puedan ser aceptados por el colectivo sanitario.

El Plan de Salud promoverá, así mismo, el establecimiento de criterios de acreditación de Centros, Servicios Sociales y Sanitarios; al objeto de garantizar que el proceso de prestación de servicios alcance un nivel de calidad óptimo.

21.6.- Investigación

El Plan de Salud ha de constituir una referencia adicional para la definición de los problemas sociosanitarios prioritarios de ser investigados en nuestra Comunidad Autónoma. Al igual que ha ocurrido en otras Instituciones nacionales e internacionales, se pretende instituir una política de investigación coherente con nuestras necesidades, potenciando la investigación de calidad en las áreas clínicas, epidemiológicas, tecnológicas y de gestión, relacionadas con los problemas de salud más importantes identificados por el Plan de Salud. Esta estrategia ha sido desarrollada conjuntamente con la Dirección General de Universidades, en la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

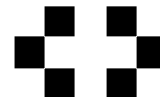
Desde la visión del Plan de Salud la investigación habrá de satisfacer necesidades de información para evaluar el grado de consecución de los objetivos cuya situación de partida era previamente conocida; debiendo servir en otros casos para definir por primera vez la situación basal de un determinado problema de salud. Esto nos permitirá establecer nuevos objetivos durante las revisiones que se realicen sobre el Plan de Salud.



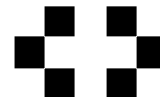
A continuación se exponen las áreas prioritarias de investigación que han sido detectadas desde el Plan de Salud y que precisan, para su ejecución, la puesta en marcha de proyectos de investigación específicos. Esta agenda de investigación será ejecutada por parte de la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”, a través de las convocatorias que anualmente lleve a cabo.

Agenda de investigación 2004-2008:

- Conocer la distribución epidemiológica de la población canaria con respecto al riesgo cardiovascular, en base a tablas de predicción del riesgo vascular.
- Viabilidad y pertinencia de la elaboración de tablas de predicción propias aprovechando el estudio de investigación ya en marcha denominado CDC en Canarias; que se ocupa de analizar prospectivamente las características epidemiológicas del cáncer, diabetes y las enfermedades cardiovasculares.
- Estudios evaluativos sobre la forma en que son atendidos los pacientes con síndrome coronario agudo, en cada Area de Salud y en los distintos niveles asistenciales del Servicio Canario de Salud (Atención Primaria, ambulancias medicalizadas, servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios). Estos estudios deberían incluir información sobre tiempos medios de demora desde la derivación por el médico general hasta la visita por el especialista; así como el tiempo medio transcurrido para la realización de las distintas pruebas diagnósticas (angiografía).
- Valoración de los requisitos necesarios para el establecimiento de servicios de revascularización.
- Evaluación de tecnologías sobre las diferentes modalidades de cribado sobre el cáncer colo-rectal y el carcinoma de cérvix uterino, incluyendo efectividad diagnóstica (sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo), grado de adherencia y evaluación económica.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la intervención familiar en enfermos esquizofrénicos.



- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la intervención domiciliaria.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los programas de rehabilitación psicosocial en los centros de día.
- Efectividad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los programas de intervención en salud mental desde Atención Primaria.
- Estudios de utilización de psicofármacos
- Estudio epidemiológico sobre la ludopatía.
- Estudio epidemiológico sobre los trastornos de la conducta alimentaria
- Situación funcional de las personas mayores en la Comunidad Canaria.
- Efectividad, seguridad, coste-efectividad e impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud de las nuevas tecnologías para las personas mayores.
- Utilización de recursos sanitarios para las personas mayores por parte de los profesionales sanitarios.
- Aspectos básicos, clínicos y genéticos sobre el envejecimiento.
- Impacto sobre la salud de las condiciones de trabajo.
- Mapas de Incapacidades Temporales por Sectores de Actividad.
- Mapas de Riesgos Laborales por Zonas Básicas de Salud y por Sectores.
- Incidencia e impacto del cáncer ocupacional .
- Incidencia e impacto sanitario del uso de productos fitosanitarios en Canarias (organoclorados, organofosforados, y carbamatos) y organoclorados industriales (bifenilos policlorados y otros).
- Incidencia e impacto de los riesgos psicosociales emergentes (depresión, ansiedad, intimidación/acoso, fatiga crónica., etc.)

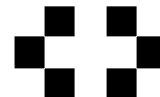


- Investigación sobre los condicionantes locales relacionados con la siniestralidad vial, en cada área de salud.
- Explotación de estadísticas de infracciones, para el diseño de campañas de actuación y de evaluación del impacto de las mismas.
- El Plan de Salud tiene otras necesidades de información que pueden verse satisfechas a través de la información generada por medio de procedimientos habituales, desde los propios servicios sanitarios, sociales y educativos, entre otros de nuestra Comunidad Autónoma.

21.7.- Sistemas de información

La información constituye hoy en día el elemento básico imprescindible para las actividades de planificación, gestión, evaluación e investigación, tanto en sanidad como en cualquier otra materia. El desarrollo de sistemas de información sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma ha estado caracterizado por su escasez y falta de homogeneidad. La necesidad por parte del Plan de Salud de captar los aspectos diferenciales de cada área sanitaria, nos obliga a homogeneizar e integrar en un sistema común la recogida, almacenamiento y explotación de la información, así como a garantizar la calidad de la misma. Sin embargo en la actualidad se hace preciso manejar, además de datos cuantitativos, información sobre aspectos cualitativos relacionados con la satisfacción de usuarios, entre otros. El reto consiste en organizar un sistema de información homogéneo e integrador que permita la planificación, evaluación e investigación con distintos niveles de desagregación (Comunidad Autónoma, área sanitaria, servicios especializados y de Atención Primaria de salud).

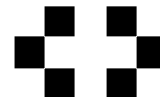
Es prioritario impulsar el desarrollo y el grado de implantación de la historia clínica informatizada, en todas las áreas de salud, durante el periodo de vigencia de este Plan. Esto permitirá sistematizar el control y seguimiento del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular, y la evaluación de resultados en cada uno de los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud (cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes, envejecimiento, salud mental, seguridad vial y seguridad y salud laboral). En cualquier caso, es imprescindible destacar la



necesidad de que se garanticen la disponibilidad y respuesta de las redes de comunicaciones dependientes del Gobierno de Canarias.

En la medida en la que este instrumento se consolide, perderá importancia la necesidad de crear y/o mantener algún registro específico de enfermedad. No es este el caso de los registros hospitalarios de tumores; dado que estos han llegado a ser una herramienta fundamental para el control de la calidad de la asistencia oncológica del centro. Estos registros deben entenderse, no sólo como una base de datos exhaustiva que incluya los aspectos más importantes de todas las neoplasias diagnosticadas y/o tratadas en un centro hospitalario; sino también como un sistema dinámico actualizado continuamente, que permita a los clínicos y gestores conocer los resultados de su actuación profesional a corto, medio y largo plazo. Además, estos registros pueden contribuir a simplificar los procesos de recogida de datos para la actualización del Registro Poblacional de Cáncer de Canarias. Para que el registro sea útil debe permitir el acceso a datos demográficos, número y tipo de tumores, estadios, tratamientos y resultados del mismo de forma inmediata; a la vez que supervivencia global y libre de enfermedad a medio y largo plazo, manteniendo todas las garantías de confidencialidad. Para ello, los cuatro hospitales de referencia de Canarias deberán disponer de un registro hospitalario de estas características. Los cuatro registros harán uso de la misma herramienta informática (software) para garantizar su interconectividad y la de estos con el Registro Poblacional del Cáncer de Canarias. Este registro tiene como objetivo adicional proveer de información sobre incidencia con un retraso máximo de 2 años. Además, habrá que ir incorporando, progresivamente, estudios poblacionales de supervivencia. Una ubicación estratégica para este registro requeriría la creación de una unidad de epidemiología, inicialmente dotada por un médico epidemiólogo; que podría generar valor añadido para otras actividades de análisis hospitalario. Esta hipótesis exigiría la dotación de un epidemiólogo en cada hospital de referencia, a lo largo del periodo 2005-2007.

Para mejorar la toma de decisiones en política sobre siniestralidad vial, se hace igualmente necesario mejorar el conocimiento de todos aquellos aspectos que intervienen en la misma. Por esta razón, la Dirección General de Seguridad de la Consejería de Presidencia del Gobierno de Canarias, deberá coordinar la elaboración de un conjunto mínimo básico de datos necesarios para el análisis de la



accidentalidad desde la perspectiva de las diferentes administraciones implicadas; a través de una base de datos de acceso múltiple, con las siguientes características:

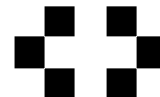
- Centralización de la comunicación de incidencias por medio del teléfono único de urgencias 1-1-2.
- Crear la figura de un técnico de explotación de datos para seguimiento de la casuística.
- Interconectar las bases de datos mediante un código único para cada incidente.

En el mismo sentido será necesario mejorar los sistemas de información relacionados con los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:

- El Instituto Canario de Seguridad Laboral implantará el sistema de notificación de accidentes de trabajo DELTA (Declaración Electrónica de Trabajadores Accidentados). La fase de implantación de este sistema se llevará a cabo desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2004.
- Ligada al punto anterior, el Instituto Canario de Seguridad Laboral pondrá en marcha de forma inmediata el sistema de información sobre daños profesionales, mediante notificación telemática de los partes de accidentes de trabajo desde las entidades gestoras o colaboradoras de la Seguridad Social, de acuerdo a criterios de calidad en la recogida y transmisión de la información a la autoridad competente.
- El Servicio Canario de la Salud, en la línea establecida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pondrá en marcha el registro sanitario de enfermedades profesionales ya existente en Canarias, a través del Sistema de Información en Salud Laboral "SISAL".

21.8.- Evaluación de las tecnologías sanitarias

El continuo y rápido incremento del conocimiento médico, la diversidad de medios de diagnóstico y de alternativas terapéuticas, el coste económico de las mismas y por último los inconvenientes y los riesgos potenciales para los usuarios, han de ser valorados de modo integral y dentro del contexto de la planificación

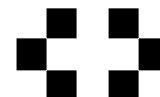


sanitaria de la Comunidad Autónoma, a la hora de seleccionar las innovaciones tecnológicas en términos de efectividad y eficiencia.

La propia Organización Mundial de la Salud propone, en su estrategia de salud para todos, la evaluación sistemática de los procedimientos tecnológicos en sanidad. Esta propuesta incluye la valoración previa de la necesidad y del rendimiento teórico de la incorporación tecnológica, así como del uso apropiado de la misma una vez efectuada la adquisición.

El conjugar los criterios de eficiencia y equidad resulta especialmente difícil cuando se trata de analizar aspectos relacionados con la ubicación, accesibilidad y utilización de la alta tecnología. Por esta misma razón es especialmente importante evaluar la introducción y el uso apropiado de la tecnología sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, desde una perspectiva sanitaria, social, económica y ética.

Al objeto de garantizar que el Sistema Canario de Salud lleve a cabo sus actuaciones acorde a los puntos señalados anteriormente, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias exigirá, previamente a la incorporación tecnológica, informes de evaluación de las tecnologías sanitarias, al objeto de identificar precozmente las tecnologías prometedoras y llevar a cabo la evaluación de la efectividad, seguridad, costo-efectividad de las diferentes alternativas disponibles. A la vez, efectuará propuestas sobre el modo más eficiente y equitativo de su ubicación en el territorio de la Comunidad Canaria (nivel 1 de evidencia).



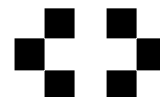
9. Ficha financiera

Presupuesto global

cifras en euros

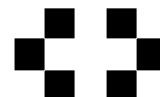
Área de actuación	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Cardiopatía isquémica	198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18	7.375.572,47
Cáncer	30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04	2.456.566,67
Diabetes	30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39	1.720.610,42
Salud Mental	557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54	3.643.511,14
Envejecimiento	62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28	6.407.058,65
Condiciones de consolidación						
Programas educativos y consejos de salud	60.071,00	181.474,00	152.650,00	63.748,00	65.023,00	522.966,00
Plantillas	0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59	19.724.681,50
Total nuevas acciones por año (*)	938.609,49	10.070.936,75	9.622.927,38	10.407.176,21	10.811.317,02	41.850.966,85
Total acumulado	938.609,49	11.009.546,24	20.632.473,62	31.039.649,83	41.850.966,85	

(*) Incluye únicamente aquellas acciones que requieren de nueva financiación por parte del SCS



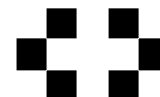
Presupuesto para el área de Cardiopatía Isquémica

CATEGORIA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 1						
<i>Impulsar las reformas en la normativa vigente para las competencias en materia de inspecciones y sanciones en materia de tabaco</i>						
Gran Canaria						
Técnicos para inspección	1			47.347,38		
Tenerife						
Técnicos para inspección	1				48.294,33	
<i>Aumentar la intensidad de las campañas antitabaco</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
<i>Desarrollar actividades formativas para profesores padres y alumnos sobre los problemas del tabaquismo</i>						
Comunidad autónoma						
Técnico de formación	1			47.347,38		
<i>Promover los grupos de autoayuda para dejar de fumar e cada zona básica de salud</i>						
Comunidad autónoma						
Sustituciones para asistir a formación			40.705,34	41.519,45	42.349,84	43.196,83
<i>Aumentar la intensidad de las campañas dirigidas a promover una alimentación más saludables</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
<i>Proveer material formativo sobre alimentación saludable</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		60.101,21	61.303,23	62.529,30	63.779,88	65.055,48
<i>Aumentar la intensidad de las campañas para mejorar la realización de ejercicio físico</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,90	191.339,65
<i>Proveer material divulgativo sobre ejercicio físico</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto de material formativo		30.050,61	30.651,62	31.264,65	31.889,95	32.527,75
TOTAL OBJETIVO 1		90.151,82	673.571,09	781.737,27	749.077,69	714.799,03
OBJETIVO 3						
<i>Garantizar en el ámbito extrahospitalario administración de oxígeno, alivio del dolor etc,</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para medidas de seguridad	147	80.134,95	81.737,65	83.372,40		
<i>Mejorar la accesibilidad a la desfibrilación</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para desfibriladores	178		200.000,00	261.682,00	368.915,00	250.000,00
TOTAL OBJETIVO 3		80.134,95	281.737,65	345.054,40	368.915,00	250.000,00
OBJETIVO 4						
<i>Garantizar la atención diagnóstica y terapéutica en todas las áreas de salud</i>						
Gran Canaria						
cardiólogos	4		51.053,37	104.148,88		54.178,25
Tenerife						
cardiólogos	5		51.053,37	104.148,88	53.115,93	54.178,25
La Palma						
cardiólogos	2			56.368,33		58.645,61
Fuerteventura						
cardiólogos	1			56.368,33		
Lanzarote						
cardiólogos	1			56.368,33		
<i>Favorecer la continua descentralización del control de los pacientes anticoagulados</i>						
Comunidad autónoma						
Presupuesto para formación y edición		28.200,00				
Presupuesto equipamiento			113.904,00	407.160,00	813.600,00	
TOTAL OBJETIVO 4		28.200,00	216.010,74	784.562,75	866.715,93	167.002,11
OBJETIVO 5						
<i>Crear las unidades de rehabilitación cardiaca</i>						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2					108.356,50
Fisioterapeuta	2					72.617,12
Enfer. ATS Unidades Hospit v Ss Cent	2					73.396,42
Dietista	2					73.396,42
Tenerife						
Psicólogo clínico	2					108.356,50
Fisioterapeuta	2					72.617,12
Enfer. ATS Unidades Hospit v Ss Cent	2					73.396,42
Dietista	2					73.396,42
<i>Crear las unidades antitabaco</i>						
La Palma						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Fuerteventura						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Lanzarote						
Psicólogo clínico	1					58.645,61
Auxiliares de enfermería	1					22.018,77
Gomera						
Enfermera	1					40.187,99
El Hierro						
Enfermera	1					40.187,99
TOTAL OBJETIVO 5		0,00	0,00	0,00	0,00	977.902,04
TOTAL		198.486,77	1.171.319,48	1.911.354,42	1.984.708,62	2.109.703,18



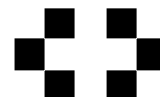
Presupuesto para el área de Cáncer

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 7						
Ampliar el grupo de edad a incluir en el programa de cáncer de mama hasta los 69 años						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado				300.506,05		
Elaborar la vía clínica para el Programa de Cribado de Cáncer de Mama						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado						
Campaña de promoción			96.161,94	98.085,18	100.046,88	102.047,82
Garantizar los tiempos máximos de demora						
Gran Canaria						
Patólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Cirujanos	2		51.053,37	52.074,43		
Ginecólogos	1		51.053,37			
Radiólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Tenerife						
Patólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Cirujanos	2		51.053,37	52.074,43		
Ginecólogos	2		51.053,37	52.074,43		
Radiólogos	2		51.053,37	52.074,43		
La Palma						
Oncólogo	1					58.645,61
Fuerteventura						
Oncólogo	1					58.645,61
Crear el servicio de Planificación, evaluación, y seguimiento de procesos oncológicos						
Comunidad autónoma						
Técnicos grupo A	3		46.419,00	47.347,38	48.294,32	
Auxiliares administrativo	2		16.675,86	17.009,37		
TOTAL OBJETIVO 7		0,00	567.683,73	827.469,02	148.341,20	219.339,04
OBJETIVO 8						
Iniciar la experiencia piloto del programa de cribado del Cáncer colo-rectal						
Tenerife						
Endoscopista	1				53.115,92	
TOTAL OBJETIVO 8		0,00	0,00	0,00	53.115,92	0,00
OBJETIVO 12						
Unidades de apoyo psicosocial para enfermos con cáncer						
Gran Canaria						
Psicólogo clínico	2			104.148,87		
Tenerife						
Psicólogo clínico	2			104.148,87		
Campaña de sensibilización a los profesionales						
Comunidad autónoma						
Presupuesto estimado		30.651,62				
Ampliar la obertura de los cuidados paliativos						
Gran Canaria						
FEA	1		51.053,37			
Tenerife						
FEA	2		51.053,37	52.074,43		
La Palma						
FEA	1			56.368,33		
Enfermera	1			38.627,44		
Fuerteventura						
FEA	1			56.368,33		
Enfermera	1			38.627,44		
Gomera						
FEA (ubicado en el área)	1				57.495,70	
TOTAL OBJETIVO 12		30.651,62	102.106,73	450.363,71	57.495,70	0,00
TOTAL		30.651,62	669.790,46	1.277.832,73	258.952,82	219.339,04



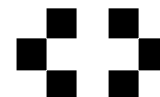
Presupuesto para el área de Diabetes Mellitus

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 13						
<i>Actuaciones de educación para la salud a través de Red Canaria de Municipios Saludables, etc</i>						
Comunidad Autónoma						
Técnico superior (Salud pública)	2			47.347,38	48.294,32	
Técnico medio (Salud Pública)	1			38.050,79		
<i>Intensificación de las acciones sobre alimentación saludable y detección precoz de la obesidad</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			25.000,00			
<i>Impulsar la difusión e implementación de la Red Canaria de Municipios Saludables</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			42.070,85	42.912,27	43.770,51	44.645,92
<i>Vigilancia de la calidad nutricional de los comedores de los centros educativos y empresas</i>						
Gran Canaria						
Técnico Dietista	1				35.294,54	
Tenerife						
Técnico Dietista	1			34.602,49		
TOTAL OBJETIVO 13		0,00	67.070,85	162.912,92	127.359,37	44.645,92
OBJETIVO 14						
<i>Campana de sensibilización dirigida a los profesionales</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto por estimar		30.051,00				
<i>Desarrollar programas adecuados y accesibles para promover el ejercicio físico</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto de formación (Radio ECCA)			84.142,00	85.824,84	87.541,34	89.292,16
TOTAL OBJETIVO 14		30.051,00	84.142,00	85.824,84	87.541,34	89.292,16
OBJETIVO 15						
<i>Garantizar la presencia de la figura del experto consultor en diabetes</i>						
Gran Canaria						
Experto consultor	2			52.074,43	53.115,92	
Tenerife						
Experto consultor	3			52.074,43	53.115,92	54.178,24
La Palma						
Experto consultor	1				57.495,70	
Fuerteventura						
Experto consultor	1					58.645,61
Lanzarote						
Experto consultor	1					58.645,61
<i>Incorporar progresivamente la figura del educador en atención primaria y especializada</i>						
Comunidad Autónoma						
Enfermeras en atención primaria	7		31.624,22	64.513,41	69.909,13	75.494,86
Enfermeras en atención especializada	7		34.581,55	70.546,36	75.378,63	80.375,98
TOTAL OBJETIVO 15		0,00	66.205,77	239.208,64	309.015,30	327.340,30
TOTAL		30.051,00	217.418,62	487.946,40	523.916,01	461.278,39



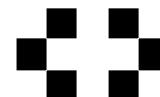
Presupuesto para el área de Salud Mental

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 17						
Implementar el registro acumulativo de casos psiquiátricos en las Áreas sanitarias de Canarias						
Gran Canaria						
Auxiliar Administrativo	2		33.351,72			
Tenerife						
Auxiliares Administrativos	3		50.027,58			
TOTAL OBJETIVO 17		0,00	83.379,30	0,00	0,00	0,00
OBJETIVO 20						
Aumentar el número de camas de agudos en hospitales generales						
La Palma						
Enfermera	1		37.870,04			
Auxiliar de enfermería	1		20.748,77			
Fuerteventura						
Enfermera	1			38.627,44		
Auxiliar de enfermería	1			21.163,75		
Lanzarote						
Enfermera	1				39.399,99	
Auxiliar de enfermería	1				21.587,03	
Mejorar la dotación de recursos humanos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)						
Gran Canaria						
Psiquiatras / Psicólogos	4	100.104,64				108.356,50
ATS/DUE	3	33.903,48		35.273,18		36.698,21
Auxiliar Administrativo	1					19.666,12
Auxiliar enfermería	1					19.963,44
Tenerife						
Psiquiatras / Psicólogos	4		51.053,37	52.074,44		108.356,50
ATS/DUE	1					36.698,21
Auxiliares de enfermería	8		18.812,00	57.564,72	58.716,00	19.963,44
Trabajadores sociales	6		68.202,76	69.566,82	70.958,16	
Auxiliar Administrativo	1					19.666,12
La Palma						
Psiquiatra / psicólogo	1		55.263,07			
Auxiliares Administrativos	2		20.468,57	20.877,94		
Trabajadores sociales	1				39.584,54	
Lanzarote						
Auxiliar de enfermería	1		20.748,77			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
Fuerteventura						
Psiquiatra /Psicólogo	1		55.263,07			
Auxiliares Administrativos	2		20.468,57	20.877,94		
Trabajadores sociales	1			38.808,37		
Gomera						
<i>Escenario 3: Recursos presenciales fijos</i>						
Psiquiatra / psicólogo	2		110.526,14			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
El Hierro						
<i>Escenario 3: Recursos presenciales fijos</i>						
Psiquiatra / Psicólogo	2		110.526,14			
Auxiliar Administrativo	1		20.468,57			
Garantizar una adecuada asistencia mediante interconsulta						
Gran Canaria						
ATS/DUE	1		31.624,22			
Tenerife						
ATS/DUE	1		31.624,22			
TOTAL OBJETIVO 20		134.008,12	714.605,42	354.834,60	230.245,72	369.368,54
OBJETIVO 21						
Poner en funcionamiento dos hospitales de día al objeto de atender a la población infanto juvenil						
Gran Canaria						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatrias	10	50.052,32	153.160,11	156.223,32	159.347,79	
ATS/DUE	1		31.624,22			
Auxiliares de enfermería	12	109.010,70	37.063,64	37.804,92	38.561,02	
Celador	1	18.520,43				
Auxiliares Administrativos	1		18.531,82			
Trabajador Social	1		34.101,38			
Terapeuta ocupacional	1	33.258,83				
Monitores ocupacionales	1			19.188,24		
Tenerife						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatrias	6	50.052,32	102.106,74	52.074,44	106.231,86	
ATS/DUE	1		31.624,22			
Auxiliares de enfermería	12	110.658,84	37.624,00	38.376,48	39.144,00	
Celador	1	18.520,43				
Auxiliares Administrativos	1		18.531,82			
Trabajador Social	1		34.101,38			
Terapeuta ocupacional	1	33.258,83				
Monitores ocupacionales	1			19.188,24		
La Palma						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatrias	1				57.495,70	
Fuerteventura						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatrias	1		55.263,07			
Lanzarote						
Psiquiatras / Psicólogos /Pediatrias	1			56.368,33		
TOTAL OBJETIVO 21		423.332,70	553.732,40	379.223,97	400.780,37	0,00
TOTAL		557.340,82	1.351.717,12	734.058,57	631.026,09	369.368,54



Presupuesto para el área de Envejecimiento

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
OBJETIVO 34						
<i>Promover la práctica del ejercicio físico por parte de las personas mayores</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto para campañas			180.303,63	183.909,70	187.587,89	191.339,65
Presupuesto para material			36.060,73	36.781,94	37.517,58	
<i>Implantación de criterios científicos de manejo terapéutico frente a los trastornos del sueño y del dolor crónico en las personas mayores</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto elaboración de la guía			36.060,73			
TOTAL OBJETIVO 34		0,00	252.425,09	220.691,64	225.105,47	191.339,65
OBJETIVO 35						
<i>Elaboración del catálogo de pruebas complementarias</i>						
Comunidad Autónoma						
Presupuesto estimado			60.101,21			
<i>Implementar la enfermería comunitaria de enlace</i>						
Enfermeras (Atención Primaria)	41		347.866,42	322.567,00	329.018,30	335.598,70
TOTAL OBJETIVO 35		0,00	407.967,63	322.567,00	329.018,30	335.598,70
OBJETIVO 36						
<i>Crear las unidades de valoración geriátrica</i>						
Gran Canaria						
Adjunto/Especialista de Área	2		51.053,37	52.074,44		
Trabajador Social	2		34.101,38	34.783,41		
Tenerife						
Adjunto/Especialista de Área	4		51.053,37	52.074,44	53.115,93	54.178,25
Trabajador Social	2		34.101,38	34.783,41		
La Palma						
Adjunto/Especialista de Área	2				57.495,70	58.645,61
Trabajador Social	1				39.584,54	
Fuerteventura						
Adjunto/Especialista de Área	2				57.495,70	58.645,61
Trabajador Social	1				39.584,54	
<i>Crear las unidades de ictus/demencia</i>						
Gran Canaria						
Neurólogo	1			52.074,44		
Enfer. ATS Unidades Hospit v Ss Cent	6			105.819,54	107.935,92	
Auxiliar de enfermería	2			19.188,24	19.572,00	
Tenerife						
Neurólogo	2			104.148,88		
Enfer. ATS Unidades Hospit v Ss Cent	3			105.819,54		
Auxiliar de enfermería	1			19.188,24		
TOTAL OBJETIVO 36		0,00	170.309,50	579.954,58	374.784,33	171.469,47
OBJETIVO 37						
<i>Equipos asistenciales adscritos al área de salud</i>						
Gran Canaria						
Médicos generales	5		50.641,25		43.696,00	133.708,00
Enfermeras	10	31.004,14	63.248,44		32.901,83	201.359,22
Fisioterapeutas	5		35.925,15		37.376,52	114.372,15
Trabajadores sociales	1				35.609,37	
Aux. Administrativos	2					39.800,02
Tenerife						
Médicos generales	5		50.641,25		52.687,16	161.222,70
Enfermeras	10	31.004,14	63.248,44		32.901,83	201.359,22
Fisioterapeutas	5		35.925,15		37.376,52	114.372,15
Trabajadores sociales	3				106.828,11	
Aux. Administrativos	2					39.800,02
La Palma						
Médicos generales	2			55.947,97		58.208,27
Enfermeras	3			36.281,66		75.494,88
Fisioterapeutas	2			40.668,61		42.311,62
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
Fuerteventura						
Médicos generales	1				57.066,93	
Enfermeras	1				37.007,29	
Fisioterapeutas	1				41.481,98	
Trabajadores sociales	1				39.714,82	
Lanzarote						
Médicos generales	2			55.947,97		58.208,27
Enfermeras	2			36.281,66		37.747,44
Fisioterapeutas	1			40.668,61		
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
Gomera						
Médicos generales	1			55.947,97		
Enfermeras	2			36.281,66		37.747,44
Fisioterapeutas	1					42.311,62
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
El Hierro						
Médicos generales						
Enfermeras	1					37.747,44
Fisioterapeutas						
Trabajadores sociales	1			38.936,10		
TOTAL OBJETIVO 37		62.008,28	299.629,68	513.770,51	554.648,36	1.395.770,46
TOTAL ENVEJECIMIENTO		62.008,28	1.130.331,90	1.636.983,73	1.483.556,46	2.094.178,28



Presupuesto para Plantillas

CATEGORÍA DE RECURSO	UNIDADES	2004	2005	2006	2007	2008
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: Presupuesto						
Comunidad Autónoma						
Médicos generales	127,00		1.860.847,36	1.138.838,59	1.991.340,61	1.974.746,11
Odontólogos	5,00		106.334,14	108.460,82	55.315,02	0,00
Enfermeras	133,00		1.681.513,61	596.571,79	1.369.132,25	1.357.722,81
Trabajadores sociales	21,00		255.283,03	185.991,92	341.481,17	0,00
Fisioterapeutas	35,00		329.237,91	261.195,41	380.599,02	349.389,90
Matronas	37,00		338.003,34	229.842,27	390.731,86	478.255,80
Higienistas dentales	40,00		257.372,95	236.268,37	348.102,06	218.500,99
Auxiliares administrativos	80,00		338.542,66	243.750,71	227.906,92	845.327,47
Auxiliares de enfermería	35,00		181.750,17	226.581,88	105.051,60	214.305,27
INCREMENTOS DE PLANTILLAS: atención especializada						
Gran Canaria						
Epidemiólogos	2,00			52.074,43	53.115,92	
Auxiliares enfermería	2,00			19.188,24	19.572,01	
Tenerife						
Epidemiólogos	2,00			52.074,43	53.115,92	
Rehabilitadores (FEA)	4,00			52.074,43	106.231,84	54.178,24
Auxiliares enfermería	2,00			19.188,24	19.572,01	
TOTAL		0,00	5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59

Recursos necesarios para la consolidación del Plan

CATEGORÍA DE RECURSO	2004	2005	2006	2007	2008
Plantillas		5.348.885,17	3.422.101,53	5.461.268,21	5.492.426,59
Programas con Medios de comunicación (radio ECCA)	42.071,00	42.912,00	43.771,00	44.646,00	45.539,00
Programa de sexualidad	18.000,00	18.360,00	18.727,00	19.102,00	19.484,00
Constitución de los consejos de salud		120.202,00			
Conferencia de salud			90.152,00		
TOTAL	60.071,00	5.530.359,17	3.574.751,53	5.525.016,21	5.557.449,59

ANEXO

Ranking de Intervenciones de efectividad demostrada ordenadas según su coste-efectividad

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Chang R (1996)	EEUU	1	Artroplastia total de cadera frente a no artroplastia total de cadera en mujeres de 60 años con osteoartritis de cadera en al ACR (limitación funcional significativa pero no dependiente) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro
Clark W (2000)	Canadá	2	Tratamiento con inhibidor ECA para retrasar el progreso de la nefropatía frente a no tratamiento en pacientes diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	3	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a cirugía a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro
DCCT (2002)	EEUU	4	Control intensivo de hipertensión para diabéticos tipo 2 con inhibidor ECA frente a un control más moderado de la hipertensión (tratamiento con dieta y medicación pero sin inhibidor ECA) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro
Gottlieb R (1996)	EEUU	5	Biopsia frente a no biopsia en varones de 50 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro
Hatzian dreu E (1988)	EEUU	6	Programa con régimen regular de ejercicios para prevenir enfermedades cardiovasculares y circulatorias frente a no programa en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Ahorro

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Hendry B (1997)	Reino Unido	7	Se comparan dos escenarios para reducir la progresión de la insuficiencia renal en pacientes diabéticos tipo 1, uno con 25 mg de captopril tres veces al día frente a otro escenario sin tratamiento profiláctico. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	
Lieu TA (1997)	EEUU	8	Angioplastia con un volumen alto de pacientes frente a trombolisis para pacientes con infarto agudo de miocardio. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>		Ahorro
Loeve F (2000)	Holanda	9	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia cada 5 años frente a no cribado. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	
Postma MJ (1999)	Holanda	10	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad con alto riesgo frente a no programa. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	
Segal L (1998)	EEUU	11	Programa para modificar el comportamiento de los varones con sobrepeso y obesidad en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependiente frente a no programa de intervención. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	
Segal L (1998)	EEUU	12	Consejo del medico generalista al grupo de adultos de alto riesgo como grupo diana en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependiente frente a no programa de intervención. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	
Segui-Gomez M (2002)	EEUU	13	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en personas mayores (mujeres con más de 65 años de edad) frente a no intervención. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>		Ahorro
Sonnenberg A (2000)	EEUU	14	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con sigmoidoscopia flexible cada 5 años. <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	Ahorro	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Phillips C (1993)	Reino Unido	15	Programa para dejar de fumar frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	15	
Smith B (1999)	EEUU	16	Cribado del cáncer de cérvix uterino cada 4 años con Autopap frente a cribado cervical con citología manual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	92	
Krumholz HM (1993)	EEUU	17	Programa para dejar de fumar gestionado por enfermería frente al consejo estándar para supervivientes con infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	204	
Waugh N (1996)	Reino Unido	18	Captación de mujeres no cribadas previamente de cáncer de cervix uterino en el programa de cribado de mujeres con edades entre los 20-59 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	222	
Wutzke SE (2001)	Australia	19	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a no hacer nada ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	418	
Comas A (1998)	España	20	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente “atención ordinaria” en hombres entre 45 y 49 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	475	
Shiell A (1993)	Australia	21	Programa de educación de seguridad en carretera frente a no programa en población general ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		489
Comas A (1998)	España	22	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente “atención ordinaria” en varones entre 60 y 64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	629	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Segal L (1998)	EEUU	23	Campañas en los medios con apoyo de la comunidad dirigido a la población en general (adultos con sobrepeso) en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependientes frente a no programa de intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	642	
Haigh R (1991)	Reino Unido	24	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes mayores de 65 años de edad frente a no tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	774	
Wutzke SE (2001)	Australia	25	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte mínimo ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	792	
Comas A (1998)	España	26	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente “atención ordinaria” en mujeres entre 50 y 54 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	804	
Field K (1995)	Reino Unido	27	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	850	
UK PDSG (1998)	Reino Unido	28	Programa de control estricto de la presión arterial con inhibidor ECA frente a un control menos estricto en hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	938	
Comas A (1998)	España	29	Consejo sanitario antitabaco en Atención Primaria frente “atención ordinaria” en mujeres entre 35 y 39 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	984	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
López J (2001)	España	30	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		1.027
Munro J (1997)	Reino Unido	31	Implantar un programa de ejercicios físicos para personas mayores de 65 años frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.097	
Fenn P (1991)	Reino Unido	32	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en mujeres ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.199	
Wutzke SE (2001)	Australia	33	Programa en Atención Primaria para reducir el consumo de alcohol frente a la estrategia control con un soporte máximo ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.213	
Fenn P (1991)	Reino Unido	34	Tratamiento trombolítico (Eminase) después de un infarto agudo de miocardio frente a placebo en varones ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.224	
Haigh R (1991)	Reino Unido	35	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo de 3 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de un infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años edad frente a no tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.311	
Postma MJ (1999)	Holanda	36	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.410	
Segal L (1998)	EEUU	37	Dieta intensiva y modificación de comportamiento a las mujeres con gestación diabética en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependiente frente a no programa de intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	1.440	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Levin L (1992)	Suecia	38	Tratamiento trombolítico intravenoso utilizando alteplase (rt-PA) frente a tratamiento usual sin terapia trombolítica intravenosa en pacientes entre los 18 y 75 años de edad con sospecha clínica de IAM y síntomas mayores en 5 horas <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>		1.518
Gray A (2000)	Reino Unido	39	Política de control intensivo (insulina) de glucosa frente a una política de control convencional de glucosa (principalmente dieta) <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.520	
Nice (2002)	Reino Unido	40	Tratamiento de sustitución de nicotina y bupropion para dejar de fumar frente a no hacer nada <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.549	
Segal L (1998)	EEUU	41	Dieta intensiva y cambio de conducta a todas las personas seriamente obesas y con mala tolerancia a la glucosa, en la prevención primaria de diabetes no-insulinodependientes frente a no programa de intervención <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.610	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	42	Programa de cribado de cáncer colorectal (Hemoccult test-II) (cada dos años para 65-74 años de edad) frente a no cribado <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.666	
Haigh R (1991)	Reino Unido	43	Tratamiento trombolítico administrado dentro de un periodo entre 4 y 6 horas tras la aparición de síntomas sugestivos de infarto agudo de miocardio en pacientes entre 55 y 64 años de edad frente a no tratamiento <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>	1.748	
O'Kelly T (1990)	Reino Unido	44	Un sistema ideal de 8 centros de trauma para heridos severos frente a los cuidados actuales <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>		1.756

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Wasley MA (1997)	EEUU	45	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.022	
Gearhart PA (1997)	EEUU	46	Helicóptero para servicios médicos de emergencia para pacientes traumáticos frente a no hacer nada ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.067	
Gyrd- Hansen D (1997)	Dinamarca	47	Programa de cribado de cáncer cervix uterina (Pap smear test) (cada 3 años para mujeres entre los 20-69 años de edad) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.091	
Javitt J (1996)	EEUU	48	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes insulino dependientes ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		2.108
Fenn P (1991)	Reino Unido	49	Tratamiento trombolítico frente a placebo para mujeres de entre 35-39 años y 60-64 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.142	
Gyrd- Hansen D (1995)	Dinamarca	50	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix de útero (mujeres entre 25-59 años de edad e intervalo de cribado cada 4 o 5 años) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.253	
Smith G (1990)	EEUU	51	Programa de control de hipertensión para sujetos de edad entre 45-64 años de edad para reducir infartos frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		2.294

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Sonnenberg A (2002)	EEUU	52	Programa de cribado del cáncer colorectal con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.392	
Fenn P (1991)	Reino Unido	53	Tratamiento trombolítico frente a placebo para varones de entre 35-39 años y 55-59 años de edad después de un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.535	
Simoons M (1991)	Holanda	54	Tratamiento trombolítico con estreptoquinasa intracoronaria frente a tratamiento convencional ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.579	
Williams A (1985)	Reino Unido	55	Prótesis de cadera para el tratamiento de artrosis de cadera frente no prótesis ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		2.727
Plans P (1995)	España	56	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones entre 45 y 49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.777	
Gyrd-Hansend (1995)	Dinamarca	57	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix de utero (mujeres entre 20-69 años de edad e intervalo de cribado cada 4 años) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.915	
Javitt J (1996)	EEUU	58	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes diabéticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		2.963

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Gyrd-Hansen D (1998)	Dinamarca	59	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar para personas entre los 45 y 75 años de edad cada 2 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	2.970	
Field K (1995)	Reino Unido	60	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado en mujeres con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.126	
Lowin A (1996)	Reino Unido	61	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 35-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.149	
Wasley MA (1997)	EEUU	62	Parche intradérmico de nicotina más consejo médico frente a corto consejo médico en varones ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.166	
Tsevat J (1995)	EEUU	63	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 80 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		3.213
Javitt J (1996)	EEUU	64	Programa de cribado y tratamiento para la retinopatía diabética frente a no cribado y tratamiento en pacientes no insulino dependientes ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		3.279
Plans P (1995)	España	65	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones entre 45 y 49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.283	
Lowin A (1996)	Reino Unido	66	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en varones entre 60-64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.308	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
de Koning H (1991)	Holanda	67	Cribado del cáncer de mama cada tres años para mujeres entre 50-65 años de edad frente a no programa de cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		3.541
Phillips KA (2000)	EEUU	68	Estrategia del aumento de la utilización de los Beta—Bloqueantes (atenolol y metoprolol) después de un infarto de miocardio frente al tratamiento habitual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		3.751
Williams A (1985)	Reino Unido	69	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad principal del vaso izquierdo frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		3.782
Plans P (1995)	España	70	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 45 y 49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.790	
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	71	Programa de cribado de cáncer colorectal (Hemoccult test-II) (cada año para 50-74 años de edad) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.164	
Fiscella K (1996)	EEUU	72	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 45-49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		4.216
Van Ineveld B (1993)	Holanda	73	Programa de cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 50 y 70 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.370	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Fiscella K (1996)	EEUU	74	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 25-29 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		4.384
Fiscella K (1996)	EEUU	75	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 45-49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		4.469
Palmer A (2000)	Suiza	76	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de la microalbuminuria más inhibidor ECA frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.472	
Field K (1995)	Reino Unido	77	Cribado para prevenir enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria frente a no cribado, en varones con presión arterial elevada o historia de enfermedad cardiovascular y con historia de fumador ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.594	
Plans P (1995)	España	78	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en varones entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.628	
Plans P (1995)	España	79	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.699	
Palmer A (2000)	Suiza	80	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía y de la microalbuminuria más inhibidor ECA frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.727	
Gyrd-Hansen D (1995)	Dinamarca	81	Comparar diferentes programas de cribado de cáncer de cervix uterino (mujeres entre 15-69 años de edad e intervalo de cribado cada 3 o 2 años) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.850	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Lowin A (1996)	Reino Unido	82	Consejo antitabaco y parche de nicotina para dejar de fumar frente a no parche y no consejo en mujeres entre 35-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.857	
Marshall D (2001)	EEUU	83	Cribado del cáncer pulmonar con una tomografía computarizada en una cohorte de alto riesgo (60-74 años de edad) una sola vez frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	4.952	
Ragnar son Tennval I G (2001)	Suecia	84	Prevención intensiva (educación de los pacientes, cuidados del pie y calzado) en pacientes con riesgo o alto riesgo de ulcera del pie y amputación frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		5.004
Boer R (1998)	Reino Unido	85	Programa de cribado del cáncer de mama cada 2 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.227	
Postma MJ (1999)	Holanda	86	Programa de vacunación contra la gripe para personas mayores de 65 años de edad (con bajo riesgo) frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.344	
Plans P (1995)	España	87	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en varones entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.472	
Palmer A (2000)	Suiza	88	Tratamiento intensivo solo con insulina frente a tratamiento convencional en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.481	
Plans P (1995)	España	89	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.557	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Fiscella K (1996)	EEUU	90	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 25-29 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		5.649
van Os N (2000)	Holanda	91	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, inhibidor ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		5.663
Plans P (1996)	España	92	Programa de cribado del cáncer de mama (bianual durante 10 años) frente a no intervención en mujeres entre 50 y 64 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.680	
Oldridge N (1997)	EEUU	93	Programa de prevención secundaria para la enfermedad coronaria con extensa rehabilitación cardiaca frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		5.727
de Koning H (1991)	Holanda	94	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa de cribado de cáncer de mama cada tres años entre los 50-65 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		5.818
Palmer A (2000)	Suiza	95	Tratamiento intensivo con insulina y cribado de retinopatía frente a tratamiento convencional de insulina en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	5.841	
Smith B (1999)	EEUU	96	Cribado del cáncer de cervix uterino anualmente con Autopap frente a cribado con citología manual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.053	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Johannesson M (1997)	Suecia	97	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a no tratamiento en enfermedades coronarias ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.177	
Boer R (1998)	Reino Unido	98	Programa de cribado del cáncer de mama cada 3 años para mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.197	
Plans P (1995)	España	99	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en varones entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.317	
Fiscella K (1996)	EEUU	100	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en mujeres fumadoras entre los 65-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		6.324
Golan L (1999)	EEUU	101	Tratar a todos los diabéticos a partir de 50 años de edad con nuevo diagnóstico de diabetes tipo 2 con el inhibidor ECA frente a pacientes cribados con microalbuminuria y tratamiento si son positivos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		6.324
Plans P (1995)	España	102	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres entre 50 y 54 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.414	
Plans P (1995)	España	103	Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	6.787	
Oldridge N (1993)	EEUU	104	Programa de rehabilitación cardiaca (ejercicio y consejo) frente cuidado comunitario usual en pacientes diagnosticados de IAM que se sentían ansiosos y deprimidos en el hospital ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		6.829

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Norum J (1999)	Noruega	105	Programa de cribado con mamografía en mujeres entre los 50 y 69 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	7.253	
Laupacis A (1994)	Canadá	106	Prótesis de cadera frente a no prótesis en pacientes a los que se les va a realizar cirugía electiva ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		7.588
Tsevat J (1995)	EEUU	107	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes de 80 años de edad (en el peor de los casos) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		7.765
Whynes DK (1998)	Reino Unido	108	Cribado con la prueba de sangre oculta en heces para el cáncer colorectal frente a no cribado en varones y mujeres entre 50-74 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		7.865
Segal L (1998)	Australia	109	Cirugía para obesidad severa en la prevención primaria de diabéticos no-insulinodependientes frente a no programa de intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	7.895	
Plans P (1995)	España	110	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico en mujeres entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.026	
Sonnenberg A (2000)	EEUU	111	Cribado de cáncer colorectal con la prueba de sangre oculta en heces anual en población general de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.183
Oldridge N (1993)	EEUU	112	Rehabilitación cardíaca iniciada después de un infarto agudo de miocardio para pacientes con ansiedad o depresión leve o moderada frente al cuidado normal en Atención Primaria ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.211

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Williams A (1985)	Reino Unido	113	Pontaje arterial coronario para pacientes con angina severa y enfermedad de doble vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.291
Ashraf T (1996)	EEUU	114	Pravastatina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a placebo en varones con factores de riesgo adicionales ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.430	
Ness RN (2000)	EEUU	115	Cribado del cáncer colorectal con colonoscopia una sola vez para ambos sexos entre los 50 y 54 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.431
Williams A (1985)	Reino Unido	116	Angioplastia coronaria transluminal percutánea para pacientes con angina severa y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.727
Gaspoz JM (2002)	EEUU	117	Aspirina en la prevención secundaria de enfermedades coronarias frente a no aspirina ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	8.827	
Keeler EB (1999)	EEUU	118	Evaluación de un programa integral geriátrico en consultas externas frente al cuidado estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		8.981
Sonnenberg A (2000)	EEUU	119	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.260	
Plans P (1995)	España	120	Consejo médico y parches de nicotina frente a consejo médico y chicles de nicotina en mujeres entre 65 y 69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.265	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Le Floch J (1994)	Francia	121	Doble tira reactiva pre-cribado de una muestra de orina con la inmunoturbidimetría para resultados positivos frente al cribado tradicional de la microalbuminuria utilizando la prueba de laboratorio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		9.275
Wagner J (1996)	EEUU	122	Cribado del cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.595	
Sonnenberg A (2000)	EEUU	123	Cribado de cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años en personas de 50 años de edad frente a cribado con la prueba fecal de sangre oculta anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.597	
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	124	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		9.703
Wagner J (1996)	EEUU	125	Cribado del cáncer colorectal con enema de bario con doble contraste cada 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	9.801	
Castillo PA (1997)	EEUU	126	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio dentro de las 6 horas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.044	
Johannesson M (1995)	Suecia	127	Programa de intervención multifactorial (consejo individual y colectivo basado en consejo nutricional y cambio de conducta, además si es necesario de medicación) para varones con hipertensión frente a tratamiento conservador con tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.091	
Fiscella K (1996)	EEUU	128	Parche de nicotina frente a no parche de nicotina en varones fumadores entre los 65-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		10.118

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Littenberg B (1990)	EEUU	129	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 60 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		10.118
Wagner J (1996)	EEUU	130	Cribado del cáncer colorectal con la prueba de sangre oculta en heces anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.290	
Lieu TA (1997)	EEUU	131	Angioplastia (volumen alto de pacientes) frente a no intervención (cuidado estándar) para pacientes con infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		10.531
Parmley WW (1999)	EEUU	132	Angioplastia (volumen alto) frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		10.531
Wagner J (1996)	EEUU	133	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.949	
Waugh N (1996)	Reino Unido	134	Programa de cribado para cáncer de cervix de utero cada 3 años frente a un programa de cribado cada 5 años para mujeres entre 20-59 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	10.991	
Khandker RK (2000)	EEUU	135	Cribado cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.073	
Martinez-Bengoechea M (1995)	España	136	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (GUSTO) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.164	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Gyrd-Hansen D (1997)	Dinamarca	137	Programa de cribado de cáncer de cervix uterino (Pap smear test) cada 5 años para mujeres entre 30-59 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.333	
Glick S (1998)	EEUU	138	Cribado del cáncer colorectal a partir de los 50 años de edad con enema de bario con doble contraste cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.365	
DCCT (1998)	EEUU	139	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez para personas entre 25-34 años de edad frente a no cribado y tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		11.397
Sonnenberg A (2002)	EEUU	140	Programa de cribado del cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años frente a cribado con colonoscopia una sola vez a los 65 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.938	
Siegel J (1992)	EEUU	141	Programa de cribado y rapido tratamiento con inhibidor ECA para la nefropatia en pacientes insulino dependientes ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	11.944	
Forrest P (1986)	Reino Unido	142	Cribado para el cáncer de mama para mujeres entre 50-70 años de edad frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		12.033
Wagner J (1996)	EEUU	143	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre ocultas en heces y sigmoidoscopia flexible cada 5 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.103	
Tsevat J (1995)	EEUU	144	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 70 años de edad (en el peor de los casos) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		12.227

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Castillo PA (1997)	EEUU	145	Tratamiento trombolítico (estreptokinasa o alteplase) frente a tratamiento estándar no trombolítico en pacientes con un infarto agudo de miocardio ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.301	
Williams A (1985)	Reino Unido	146	Angioplastia coronaria transluminal coronaria para pacientes con angina moderada y enfermedad de un vaso frente a tratamiento médico ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		12.364
Khandker RK (2000)	EEUU	147	Cribado cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces cada año frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	12.614	
Gottlieb R (1996)	EEUU	148	Biopsia frente a no biopsia en varones de 60 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/mL) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		12.647
van Os N (2000)	Holanda	149	Guías de recomendaciones (tratamiento de insulina intensivo y cuidados de las complicaciones específicas, adicionalmente cribado anual de la microalbuminuria, ECA, tratamiento de la hipertensión y estilos de vida saludables) para la prevención primaria y secundaria de la nefropatía diabética frente a la estrategia actual de tratamiento en diabéticos tipo 2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		13.004
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	150	Solo tratamiento quirúrgico (revascularización) para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica para aquellos con angina severa a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		13.142

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	151	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		13.142
Parmley WW (1999)	EEUU	152	Trombolisis frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		13.164
Johann esson M (1997)	Suecia	153	Tratamiento de simvastatina para bajar los niveles de colesterol frente a placebo en enfermedades coronarias (solo costes directos) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	13.291	
Segui- Gomez M (2002)	EEUU	154	La utilización del protector de cadera como prevención de la fractura de cadera en personas mayores (varones con más de 85 años de edad) frente a no intervención ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		13.339
Vijan S (2000)	EEUU	155	Intervalo de cribado cada 5 años para la retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		14.139
Frazier AL (2000)	EEUU	156	Cribado del cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 o 10 años a los 55 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.334	
Hatzian dreu E (1988)	EEUU	157	Régimen regular de ejercicios frente a no régimen regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		14.334

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Littenberg B (1990)	EEUU	158	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 60 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		14.334
Castillo PA (1997)	EEUU	159	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio entre 7 y 12 horas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	14.865	
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	160	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-76 años de edad (intervalo entre los exámenes de 7 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	15.060	
Hall J (1992)	Australia	161	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 45-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		15.177
Eastman R (1997)	EEUU	162	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 2 frente al tratamiento estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		15.480
Khandker RK (2000)	EEUU	163	Cribado cáncer colorectal con colonoscopia cada 10 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	15.507	
Boer R (1995)	Reino Unido	164	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre 70-75 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		16.020
Leivo T (1999)	Finlandia	165	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre 50-59 años de edad cada 2 años frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.150	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Kaplan R (1988)	EEUU	166	Comparar tratamiento de obeso en diabéticos no insulino dependientes con un programa de ejercicio y dieta frente no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		16.169
Vijan S (2001)	EEUU	167	Cribado del cáncer colorectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	16.673	
de Koning H (1991)	Holanda	168	Cribado para el cáncer de mama cada 1.3 años para mujeres entre 50-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		16.863
Frazier AL (2000)	EEUU	169	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratación más sigmoidoscopia cada 10 años frente a sigmoidoscopia cada 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	17.875	
Salzman P (1997)	EEUU	170	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 50-69 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		18.489
Littenberg B (1990)	EEUU	171	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 40 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		18.549
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	172	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-75 años (intervalo entre los exámenes de 6 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	18.646	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	173	Tratamiento médico más aspirina y simvastatina para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		19.056
DCCT (1996)	EEUU	174	Tratamiento intensivo del control de glucemia para pacientes diabéticos tipo 1 frente al tratamiento estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		19.336
Krumholz HM (1992)	EEUU	175	Tratamiento trombolítico ante la sospecha del infarto agudo de miocardio en pacientes mayores (a partir de los 80 años de edad) frente a no tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	19.692	
Salkeld G (1997)	Australia	176	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		20.236
Nichol G (1998)	EEUU	177	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por un policía frente a servicio de emergencia estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		22.906
van den Akker- van Marle M (2002)	Holanda	178	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-72 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	23.576	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Kalish SC (1995)	EEUU	179	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 1 año ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		24.562
Vijan S (2000)	EEUU	180	Intervalos de cribado cada 3 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		25.399
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	181	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico aspirina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		25.637
Tsevat J (1995)	EEUU	182	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 60 años de edad (en el peor escenario) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		26.061
Littenbe rg B (1990)	EEUU	183	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 40 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		26.981
Kalish SC (1995)	EEUU	184	Tratamiento trombolítico utilizando activador tisular del plasminógeno (tPA) frente a estreptokinasa (SK) en el tratamiento del infarto agudo de miocardio basado sobre datos de una mortalidad a 30 días ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		27.162
Jonsson B (1996)	Suecia	185	Tratamiento para reducir la incidencia de la osteoporosis de la fractura de la cadera frente al tratamiento no preventivo en mujeres de 62 años de edad con osteoporosis establecida (una densidad mineral del hueso de 1 desviación estándar por debajo de la media) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		28.667

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Kiberd B (1995)	Canadá	186	Cribado de la microalbuminuria y tratamiento con un inhibidor ECA si es positivo frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		28.667
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	187	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 27-82 años (intervalo entre los exámenes de 5 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	28.955	
Groeneveld PW (2001)	EEUU	188	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad de más de 200 pasajeros frente a no desfibrilador ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		29.428
Kuntz KM (1999)	EEUU	189	Angiografía coronaria de rutina frente a ecocardiograma de estrés para un varón de 55 años de edad con angina típica ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		30.654
Sonnenberg A (2000)	EEUU	190	Cribado de cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		30.782
Mandelblatt JS (2002)	EEUU	191	Cribado cada 3 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolaou (Pap) frente a la prueba de Papanicolaou (Pap) sola cada 2 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		31.053
Desch CE (1993)	EEUU	192	Quimioterapia frente a no quimioterapia en mujeres de 60 años de edad con cáncer de mama ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		31.196

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	193	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-78 años de edad (intervalo entre los exámenes de 4 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	31.375	
Littenberg B (1990)	EEUU	194	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en varones de 20 años de edad asintomáticos ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		33.726
Groeneveld PW (2001)	EEUU	195	Instalación de un desfibrilador automático externo en aviones con una capacidad entre 100 y 200 pasajeros frente a sólo poner el desfibrilador en aviones de gran capacidad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		34.013
Brown AD (1999)	EEUU/Reino Unido	196	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 4 años frente a Pap smear ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	34.612	
Cleland JGF (1998)	Reino Unido	197	Cirugía para el tratamiento de la enfermedad de la cardiopatía isquémica frente a tratamiento médico más aspirina y simvastatina a los 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		34.898
DCCT (2002)	EEUU	198	Control intensivo de glucemia en diabéticos tipo 2 con terapia de insulina frente a tratamiento convencional ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		35.062
Kuntz KM (1999)	EEUU	199	Ecocardiograma de estrés para un varón de 55 años de edad con angina atípica frente a electrocardiograma de esfuerzo ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		35.286

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Nichol G (1998)	EEUU	200	Desfibrilador de acceso público fuera del hospital manipulado por personal no sanitario frente a servicio de emergencia estándar ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		37.054
Vijan S (2000)	EEUU	201	Intervalo de cribado cada 2 años para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		41.905
Frazier AL (2000)	EEUU	202	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre ocultas en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 10 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	43.169	
DCCT (2002)	EEUU	203	Reducción del nivel de colesterol en sangre para diabéticos tipo 2 con pravastatin frente a no medicación para personas con un alto nivel de colesterol pero sin historia de enfermedad cardiovascular ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		43.963
DCCT (1998)	EEUU	204	Detención precoz y tratamiento de los diabéticos tipo 2 con un cribado oportunista de una sola vez frente a no cribado y tratamiento ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		48.266
Kuntz KM (1999)	EEUU	205	Electrocardiograma de esfuerzo para hombres de 55 años de edad con dolor de pecho no específico frente a ninguna prueba ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		48.591

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
van den Akker-van Marle M (2002)	Holanda	206	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-79 años de edad (intervalo entre los exámenes de 3 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	49.932	
Littenberg B (1990)	EEUU	207	Cribado y tratamiento de la hipertensión frente a no cribado en mujeres de 20 años de edad asintomáticas ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		51.432
Tsevat J (1995)	EEUU	208	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo en pacientes con 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		54.264
Sonnenberg A (2000)	EEUU	209	Cribado de cáncer colorectal con sigmoidoscopia flexible cada 5 años en población general de 50 años de edad frente a la prueba fecal de sangre oculta anual ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		55.398
Kerlikowski K (1999)	EEUU	210	Cribado con mamografía del cáncer de mama en mujeres entre 70-79 años de edad con alta densidad mineral del hueso (BDM) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	56.300	
Mandelblatt JS (2002)	EEUU	211	Cribado cada 2 años hasta los 75 años de edad con la prueba de detección papilomavirus humana y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		56.447
de Koning H (1991)	Holanda	212	Cribado para el cáncer de mama cada dos años para mujeres entre 40-70 años de edad frente a programa cada dos años entre los 50-70 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		59.020

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Sanders GD (2001)	EEUU	213	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficacia moderada en pacientes con eyección menor o igual a 0,3 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		59.857
Mandel blatt JS (2002)	EEUU	214	Cribado cada 2 años sin limite de edad con la prueba de detección del papilomavirus humano y la prueba de Papanicolau (Pap) frente a la prueba de Papanicolau (Pap) sola cada 2 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		61.130
Hatzian dreu E (1988)	EEUU	215	Régimen no voluntario regular de ejercicios frente a régimen voluntario regular de ejercicios en varones de 35 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		62.393
Brown AD (1999)	EEUU/R eino Unido	216	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 3 años frente a Pap smear ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	65.593	
Boer R (1995)	Reino Unido	217	Cribado de cáncer de mama cada 2 años frente a no cribado de cáncer de mama en mujeres entre los 75-79 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		67.452
van den Akker- van Marle M (2002)	Holanda	218	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 20 y 80 años de edad (intervalo entre los exámenes de 2 años y medio) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	71.267	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Martinez-Bengoechea M (1995)	España	219	Alteplasa frente a estreptoquinasa en el infarto de miocardio (ISIS) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	74.428	
Frazier AL (2000)	EEUU	220	Cribado del cáncer colorectal con prueba de sangre oculta en heces rehidratada más sigmoidoscopia cada 5 años comparado con prueba de sangre ocultas en heces sin rehidratar más sigmoidoscopia cada 5 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	78.328	
Groeneveld PW (2001)	EEUU	221	Instalación de un desfibrilador automático externo en todos los aviones frente a colocar un desfibrilador en aparatos con una capacidad de más de 200 pasajeros ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		78.948
Parmley WW (1999)	EEUU	222	Angioplastia (volumen bajo) frente a no intervención en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		87.757
Vijan S (2000)	EEUU	223	Intervalo de cribado anual para retinopatía diabética proliferante y edema macular en pacientes con diabetes tipo 2 estratificados por la edad y el control del nivel de la glucemia frente al cribado cada 3 años ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		90.538
Salkeld G (1997)	Australia	224	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida (incluyendo dejar de fumar, comida saludable y un subprograma de actividades físicas) y material escrito por los propios pacientes con instrucciones frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		101.178

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Salzman P (1997)	EEUU	225	Cribado con mamografía frente no cribado en mujeres entre 40-49 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		101.220
van den Akker- van Marle M (2002)	Holanda	226	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 22-80 años de edad (intervalo entre los exámenes de 2 años) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	106.676	
de Koning H (1991)	Holanda	227	Cribado para el cáncer de mama cada 1.3 años para mujeres entre 40-70 años de edad frente a programa cada dos años entre 50-70 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		118.041
Troche CJ (1998)	Alemania	228	Programa de prevención con pravastatina frente a programa con aspirina para enfermedad coronaria ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	139.191	
Brown AD (1999)	EEUU/R eino Unido	229	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) cada 2 años frente a Pap smear ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	150.228	
van den Akker- van Marle M (2002)	Holanda	230	Cribado del cáncer de cuello cervical con citología vaginal para mujeres entre 20-79 años de edad (intervalo entre los exámenes de 1 año y medio) frente a no cribado ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	155.712	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Sanders GD (2001)	EEUU	231	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficiencia moderada en pacientes con eyección entre 0.31-0,4 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		163.148
Tsevat J (1995)	EEUU	232	Tratamiento de captopril después del infarto de miocardio frente a placebo para pacientes con 50 años de edad (en el peor de los escenarios) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		194.209
Castillo PA (1997)	EEUU	233	Terapia trombolítica (estreptokinasa o alteplase) frente a terapia estándar no trombolítica en pacientes con un infarto agudo de miocardio y con una espera de más de 13 horas (13-24 horas) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	288.321	
Brown AD (1999)	EEUU/R eino Unido	234	Cribado con la prueba de Papanicolau con ThinPrep, AutoPap y Papnet (20-65 años de edad) anual frente a Pap smear ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	461.720	
Sanders GD (2001)	EEUU	235	Desfibrilador automático implantable frente a amiodarona con eficiencia moderada en pacientes con eyección mayor a 0,4 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		465.101
Hatzian dreu EJ (1995)	EEUU	236	Programa legislativo para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	838.085	
Hatzian dreu EJ (1995)	EEUU	237	Programa comunitario para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	862.337	
Hatzian dreu EJ (1995)	EEUU	238	Programa en la escuela para la utilización del casco con la bicicletas frente a no programa ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	3.063.628	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Salkeld G (1997)	Australia	239	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes mujeres con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		7.504.016
Gottlieb R (1996)	EEUU	240	Biopsia frente a no biopsia en varones de 70 años de edad con exceso de nivel de antígeno prostático específico (>0 ng/mL) para quien la probabilidad significativa de clínica de cáncer da una biopsia positiva=0,2 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	241	Cribado con examen digital rectal frente a no cribado para cáncer de próstata en varones de 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	242	Determinación antígeno prostático específico frente a examen digital rectal en varones de 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	243	Determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal frente a determinación antígeno prostático específico en varones de 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominada
Krahn M (1994)	EEUU/ Canadá	244	Determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal y cribado de ultrasonidos trasrectal para cáncer de próstata frente a determinación antígeno prostático específico y examen digital rectal en varones de 50 años de edad ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominada
Palmer A (2000)	Suiza	245	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional, cribado de retinopatía y tratamiento láser si se detecta en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Dominada	

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Palmer A (2000)	Suiza	246	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional y cribado de la microalbuminuria más inhibidor ECA en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Dominad a	
Palmer A (2000)	Suiza	247	Tratamiento convencional de insulina frente a tratamiento convencional, cribado de retinopatía y de la microalbuminuria más inhibidor ECA en diabéticos tipo 1 ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}	Dominad a	
Salkeld G (1997)	Australia	248	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en pacientes varones con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominad a
Salkeld G (1997)	Australia	249	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en mujeres con factor riesgo mayor o igual a 1 en enfermedades cardiovasculares ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominad a
Salkeld G (1997)	Australia	250	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida frente al cuidado rutinario (incluyendo tratamiento con medicamentos) en mujeres con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominad a
Salkeld G (1997)	Australia	251	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente a un programa de vídeo basado sólo en pacientes varones con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5 mmol/l) ^{iError!No se encuentra el origen de la referencia.}		Dominad a

Autor	País	Ranking	Descripción de la intervención	AIC-E/ AVG 2001/Eur os	AIC-E/ AVAC 2001/Eur os
Salkeld G (1997)	Australia	252	Un programa de vídeo aplicado en Atención Primaria basado en cambios de estilos de vida y de autosuficiencia frente a un programa de vídeo basado sólo en mujeres con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (DBP>95 mm Hg o colesterol total >6,5mmol/l) <small>¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.</small>		Dominad a

