

Plan de Salud de Canarias

2026-2031

*Salud en todas las políticas: mejorando
los resultados en salud*



Servicio
Canario de la Salud



**Gobierno
de Canarias**
islas iguales

Título:

Plan de Salud de Canarias 2026 – 2031

Edita:

Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

Servicio Canario de la Salud

Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud

Dirección:

Miguel A. Hernández Rodríguez

Coordinación:

José A. Henríquez Suárez, M. Eloísa Mendoza Alemán, F. Javier Pérez García

1ª Edición:

Marzo 2026

Publicado:

BOC N° 054. Jueves 19 de marzo de 2026.

Decreto 31/2026, de 9 de marzo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Presentación.....	4
2. Introducción	6
3. Misión, Visión y Valores de la Consejería de Sanidad	8
3.1. <i>Misión</i>	8
3.2. <i>Visión.....</i>	8
3.3. <i>Valores.....</i>	9
4. Metodología para la elaboración del Plan de Salud 2026 - 2031	10
4.1. <i>Aspectos generales</i>	10
4.1.1. Metodología de trabajo para la elaboración del modelo de Plan de Salud y sus objetivos específicos	11
4.1.2. Plan de Trabajo 2024-2026.....	15
4.2. <i>Principios rectores del Plan de Salud</i>	17
5. Análisis de situación de la comunidad autónoma de Canarias	20
5.1. <i>Determinantes demográficos</i>	20
5.1.1. Tamaño de la población	20
5.1.2. Distribución territorial.....	21
5.1.3. Envejecimiento de la población	22
5.1.4. Distribución por sexo y edad	23
5.1.5. Origen de la población y migraciones.....	24
5.2. <i>Situación socioeconómica</i>	26
5.2.1. Producto Interior Bruto.....	26
5.2.2. Tasa de ocupación.....	27
5.2.3. Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión	27
5.2.4. Situación económica de los hogares	28
5.2.5. Nivel de estudios	30
5.3. <i>Estado de salud.....</i>	31
5.3.1. Salud percibida	31
5.3.2. Estilos de vida	33
5.3.3. Actividades preventivas	38
5.3.4. Seguridad del paciente	40
5.3.5. Enfermedades más prevalentes o con mayor impacto	42
5.3.6. Mortalidad	46
5.4. <i>Seguridad alimentaria</i>	48
5.5. <i>Salud ambiental</i>	50
5.5.1. Calidad del aire	50
5.5.2. Calidad del agua de consumo humano	52
5.5.3. Aguas de baño	53
5.6. <i>Gasto sanitario público</i>	54
5.7. <i>Opinión de la ciudadanía</i>	56

5.8.	<i>Participación comunitaria</i>	58
6.	Definición del Plan de Salud 2026-2031	61
6.1.	<i>Estructura del Plan de Salud</i>	61
6.2.	<i>Objetivos específicos por bloque</i>	62
6.2.1.	Bloque I: Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad	62
6.2.2.	Bloque II: Mejora en servicios y resultados de salud	66
6.2.3.	Bloque III: Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad	71
6.2.4.	Bloque IV: Intersectorialidad	72
6.2.5.	Bloque V: Perspectiva transversal	74
6.3.	<i>Evaluación del cumplimiento de los objetivos</i>	77
6.4.	<i>Seguimiento del Plan de Salud de Canarias</i>	77
7.	Marco presupuestario	78
7.1.	<i>Entorno normativo</i>	78
7.2.	<i>PSC 2026-2031 como herramienta para orientar el presupuesto</i>	78
7.3.	<i>Evolución presupuestaria</i>	79
7.4.	<i>Dotación en infraestructura y equipamiento</i>	81
Anexos		83
	<i>Anexo I. Fichas Técnicas</i>	83
	<i>Anexo II. Indicadores</i>	84
	<i>Anexo III. Alineación de Actuaciones Contenidas en el Plan de Salud de Canarias 2026-2031 con los Objetivos Específicos establecidos en el Programa FEDER y FSE+ Canarias 2021-2027</i>	111
	<i>Anexo IV. Acrónimos</i>	120
	<i>Anexo V. Participantes</i>	123
	<i>Anexo VI. Índice de tablas, figuras y gráficos</i>	135
	Índice de tablas	135
	Índice de figuras	135
	Índice de gráficos	136
	<i>Anexo VII. Referencias</i>	137

1. Presentación

El **Plan de Salud de Canarias 2026-2031** se concibe como una **respuesta integral, prospectiva y estratégica a los principales retos** que condicionan el bienestar de la población canaria en un contexto de profundos cambios sociales, demográficos y tecnológicos. Junto al progresivo envejecimiento de la población —que incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas, la multimorbilidad y la demanda de cuidados de larga duración—, el Plan aborda la transformación de los modelos familiares y sociales, la creciente diversidad cultural y los movimientos poblacionales, factores que inciden de manera directa en las necesidades de salud y en la forma de prestar los servicios sanitarios.

A estos desafíos se suman las **desigualdades socioeconómicas y territoriales**, que continúan ejerciendo una influencia determinante sobre el estado de salud, el acceso a los servicios y las oportunidades para desarrollar estilos de vida saludables. La condición insular y la dispersión geográfica del archipiélago refuerzan la necesidad de garantizar la equidad en el acceso, la continuidad asistencial y la adecuación de las respuestas sanitarias a contextos locales diversos.

El **estado de salud de la población canaria refleja una realidad compleja y dinámica**, caracterizada por la coexistencia de problemas persistentes y emergentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos de salud mental, el impacto de los estilos de vida poco saludables y los efectos del cambio climático sobre la salud conviven con nuevos retos, como la resistencia a los antimicrobianos, la salud digital, la protección de la salud pública frente a amenazas globales y la creciente demanda de atención centrada en la persona. Este escenario exige un **enfoque integral** que refuerce la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la acción sobre los determinantes sociales, ambientales y comerciales de la salud. Todo ello, garantizando el derecho a la autonomía recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

En este contexto, el Plan de Salud de Canarias 2026-2031 se erige como el instrumento vertebrador de la política sanitaria y de salud pública de la Comunidad Autónoma, incorporando una visión sistémica, transversal y participativa. El Plan integra el análisis de los determinantes demográficos, sociales, ambientales y sanitarios, al tiempo que reconoce el papel activo de la ciudadanía, de las comunidades y de los distintos agentes sociales e institucionales como corresponsables en la mejora de la salud colectiva y en la definición de prioridades.

Para materializar este enfoque, el Plan se estructura en **cinco bloques estratégicos** que orientan las políticas y actuaciones necesarias para afrontar los retos

identificados. Estos bloques impulsan aspectos como la promoción y protección de la salud, la mejora de los servicios y de los resultados en salud, el abordaje del envejecimiento y la cronicidad, la acción intersectorial sobre los determinantes de la salud y la incorporación de ámbitos como la atención centrada en la persona, la modernización tecnológica y de infraestructuras, la gestión eficiente de la demanda asistencial y la salud laboral.

Desde una visión integradora y orientada a la acción, este Plan aspira a movilizar a instituciones, profesionales, ciudadanía y comunidad para avanzar de forma conjunta hacia una Canarias más saludable, cohesionada y resiliente, donde la salud y el bienestar se consoliden como pilares esenciales del desarrollo social y de la calidad de vida de las personas.

**Consejera de Sanidad del Gobierno
de Canarias**

Excma. Sra. Dña. Esther María
Monzón Monzón

**Director del Servicio Canario de la
Salud**

Ilmo. Sr. D. Adasat Goya González

2. Introducción

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias establece que el Plan de Salud de Canarias 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 evaluación”*. Por lo tanto, constituye el principal instrumento de planificación sanitaria y la herramienta a través de la cual deben articularse las principales acciones de la Consejería de Sanidad y del Servicio Canario de la Salud (SCS), complementariamente a la cooperación con los recursos sanitarios privados allí donde sean necesarios, con el fin de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población en nuestra Comunidad Autónoma.

El Plan de Salud de Canarias 2026-2031 (PSC 2026-2031) tiene como propósito anticipar y dar respuesta de manera integral a los principales retos que afrontará la población canaria en los próximos seis años en el ámbito de la salud. En su diseño, se ha realizado un análisis de situación y se han identificado las líneas prioritarias y acciones que se han considerado más equitativas, coste-efectivas, centradas en las personas y con respaldo científico suficiente. Se ha tenido especial interés en considerar la equidad territorial (ubicación geográfica en islas capitalinas y no capitalinas) en el desarrollo de objetivos y metas, como característica singular de nuestra Comunidad Autónoma. Como condición adicional, se ha establecido que las acciones deben ser evaluadas y sometidas a un seguimiento continuo para detectar áreas de mejora y dar cuenta del grado de cumplimiento de las metas planteadas. Todo ello en un proceso participativo dentro y fuera de la Consejería de Sanidad, que permanecerá activo durante todo su periodo de vigencia; incluirá la difusión de la información a todo el personal de la Consejería de Sanidad y SCS, la presentación en los Consejos de Salud de Área de Salud y el Consejo Canario de la Salud, así como la exposición pública del proyecto para que cualquier persona o entidad pueda realizar aportaciones. Una vez aprobado el PSC 2026-2031, se organizará la participación en torno a grupos de trabajo que se centrarán en la implementación de acciones, teniendo en cuenta la situación de cada área de Salud, centro de trabajo (centros de salud, hospitales, etc.) y características de la población atendida.

El análisis realizado permite determinar que las principales causas de morbimortalidad tienden a permanecer constantes tras el periodo de pandemia por COVID-19, si bien se han intensificado algunos problemas de salud, destacando especialmente el impacto en la salud mental. Este escenario de estabilidad desde el

punto de vista epidemiológico, acentúa la necesidad de contar con una planificación sanitaria que permita orientar la inversión de los recursos disponibles hacia aquellas actividades que generen un mayor impacto en salud, garantizando su utilización de la forma más eficiente posible.

Esto justifica que los dos ejes fundamentales del PSC 2026-2031 sean los resultados en salud y la intersectorialidad (Salud en todas las Políticas), junto con los aspectos esenciales sobre la metodología utilizada que se exponen más adelante. En este sentido, a lo largo del periodo de despliegue del PSC 2026-2031 se van a potenciar dos elementos clave. Por un lado, el desarrollo del Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD), concebido como una herramienta para ofrecer a la ciudadanía información actualizada sobre las principales variables relacionadas con el estado de salud de la población, especialmente aquellas vinculadas a las acciones del PSC 2026-2031. Por otro lado, se potenciará un proceso permanente de trabajo y colaboración intersectorial (con sector educativo, municipios, cabildos insulares, otras Consejerías del Gobierno, etc.), con la finalidad de definir acciones que, desde las diferentes perspectivas de entidades sanitarias y no sanitarias, supondrán mejoras en el estado de salud de la población.

En definitiva, el PSC 2026-2031 constituye no solo el marco de planificación sanitaria de referencia, sino también un compromiso compartido de toda la sociedad canaria para avanzar hacia un sistema más equitativo, eficiente y centrado en las personas. Su éxito dependerá de la capacidad de las instituciones, profesionales, entidades sociales y ciudadanía para trabajar de manera coordinada en torno a objetivos comunes, garantizando que cada acción emprendida se traduzca en una mejora tangible en la salud y la calidad de vida de la población. Solo así podremos asegurar la sostenibilidad de los servicios públicos sanitarios, sociosanitarios y sociales, y con ello, la mejor garantía de bienestar para las generaciones presentes y futuras en Canarias.

3. Misión, Visión y Valores de la Consejería de Sanidad

El PSC 2026-2031 se encuentra alineado con el proceso de planificación estratégica de Dirección Por Objetivos (DPO) del Gobierno de Canarias, iniciado en el año 2020. Tomando como referencia el Plan Estratégico Departamental 2024-2027 de la Consejería de Sanidad (*ORDEN de 30 de diciembre de 2024, por la que se modifica el Plan Estratégico Departamental de la Consejería de Sanidad para el periodo 2024-2027*), la Misión, Visión y Valores de la Consejería de Sanidad son los siguientes:

3.1. Misión

Dirigir y supervisar la administración sanitaria canaria principalmente ejecutada por el Servicio Canario de la Salud en lo referente a las prestaciones sanitarias tanto de salud pública como de asistencia sanitaria, primaria y hospitalaria, así como el autoabastecimiento de sangre, hemoderivados y plasmaderivados, garantizando la seguridad transfusional; y por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias en lo referente a la formación sanitaria y social del personal sanitario.

De este modo, se busca promover la mejora de la salud de la población a través del desarrollo de las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de promoción y protección de salud, prevención de la enfermedad, asistencia, cuidado, rehabilitación, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos al mismo, así como la formación permanente de los profesionales del ámbito social y sanitario.

La misión última es proteger de manera integral y universal la salud de las personas usuarias del sistema sanitario canario.

3.2. Visión

La Consejería de Sanidad se dirige a **proporcionar y proteger de manera integral y universal la salud** de las personas usuarias del sistema sanitario canario, **prevenir enfermedades** en la sociedad canaria y **asistir sanitariamente** a las personas usuarias del sistema sanitario canario de una manera más ágil y de calidad.

Además, se orienta hacia la Salud en todas las Políticas, trabajando de manera coordinada con otras administraciones públicas para potenciar la salud y calidad de vida de la población de Canarias, como el ámbito sociosanitario, educativo, los Cabildos Insulares y los Municipios.

Se constituye así en una organización sanitaria pública, moderna y eficaz, que garantiza la competencia e implicación de sus profesionales y dispone de los recursos

necesarios para abordar los retos actuales y futuros, valorada por la ciudadanía por la equidad y calidad de sus servicios, encuadrada entre los referentes del Sistema Nacional de Salud, y cuyo centro de interés son las personas.

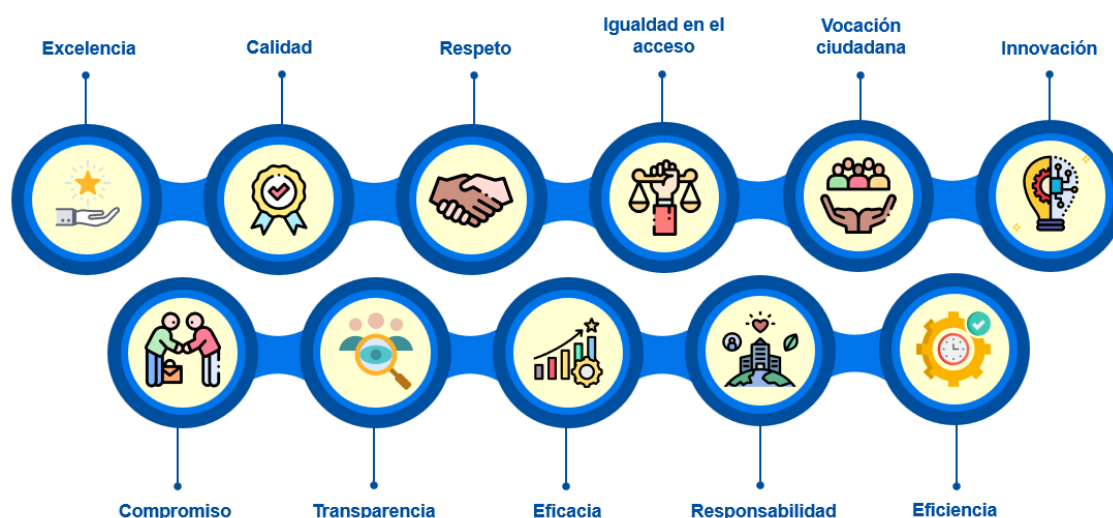
Asimismo, logrará el establecimiento de un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales propio, eficiente y responsable del personal adscrito a la Consejería de Sanidad y al Servicio Canario de la Salud. Garantizará la administración electrónica a los distintos servicios de la consejería, especialmente respecto de los servicios que se prestan desde el Registro de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad y desde la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, destacando que su acceso sea riguroso, sin costo alguno y de la forma más cercana al ciudadano, tanto físicamente como por cuestiones de conciliación de la vida familiar y laboral y con especial atención a las personas con dificultad de movilidad.

3.3. Valores

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias se rige por los valores de:

- **Excelencia y calidad**, garantizando servicios de salud que respondan a las necesidades de la ciudadanía.
- **Vocación ciudadana, compromiso, responsabilidad y respeto** hacia todas las personas, promoviendo la **igualdad** en el acceso a la atención sanitaria.
- **Innovación, transparencia, eficacia y eficiencia** como base fundamental para fortalecer un sistema de salud moderno y sostenible.

Figura 1. Valores de la Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias



Fuente: Elaboración propia

4. Metodología para la elaboración del Plan de Salud 2026 - 2031

4.1. Aspectos generales

La **Consejería de Sanidad**, a través de la **coordinación entre la Unidad de Apoyo a la Dirección del Servicio Canario de la Salud y el Comité Técnico Asesor del Plan de Salud de Canarias 2026-2031**, puso en marcha un **proceso de trabajo centrado en tres objetivos** principales:

- **Realizar un análisis de situación** de los principales problemas de salud que afectan a la población canaria, así como los principales determinantes de la salud.
- **Desarrollar el nuevo Plan de Salud**, en base a los resultados del análisis previo, aportaciones de los equipos directivos de servicios centrales, Direcciones de Área de Salud y Gerencias del Servicio Canario de la Salud.
- **Promover la participación de toda la estructura del SCS**, incluyendo profesionales asistenciales y no asistenciales, así como un **proceso de participación externa** para realizar aportaciones sobre los objetivos propuestos, abierto a cualquier entidad, colectivo o persona particular que quiera hacer aportaciones, durante todo el periodo de vigencia del PSC 2026-2031.

Las principales **fuentes de información** para la elaboración del PSC 2026-2031 han sido:

- Las directrices del Consejo de Dirección del SCS.
- Las propuestas del Comité Técnico Asesor del PSC 2026-2031 y de los equipos directivos de las Direcciones de Área de Salud y Gerencias del SCS.
- Sistemas de Información del SCS.
- Encuesta de Salud de Canarias 2021 (ESC-2021).
- Fuentes externas: Ministerio de Sanidad, Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto Canario de estadística (ISTAC), Banco de España, Instituto de Salud Carlos III, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social

(EAPN), Boletín Oficial del Estado (BOE) y referencias internacionales como la Directiva (UE) 2020/2184.

4.1.1. Metodología de trabajo para la elaboración del modelo de Plan de Salud y sus objetivos específicos

El **Plan de Salud de Canarias** se concibe como un proceso **dinámico y en permanente actualización** que se desarrolla de manera continua desde 2018. Su elaboración y seguimiento se sustenta en una estructura de gobernanza que garantiza tanto la solidez metodológica como la participación de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario. En este marco, intervienen tres niveles principales de apoyo y trabajo:

- Unidad de Apoyo a la Dirección del SCS.
- Comité Técnico Asesor, que presta apoyo metodológico (búsqueda de evidencia, revisión técnica de los objetivos, propuesta de indicadores, etc.) y organizativo o logístico (reuniones, soporte administrativo, etc.).
- Centros directivos y Grupos de Trabajo asociados a las diferentes líneas prioritarias.

En la siguiente tabla se recogen los centros directivos, servicios participantes y líneas prioritarias relacionadas. En el *Anexo V. Participantes* se muestran las personas participantes a lo largo del periodo 2018-2025.

Tabla 1. Centros directivos, servicios participantes y líneas prioritarias relacionadas con el PSC 2026-2031

Centro Directivo	Servicios participantes	Líneas Prioritarias relacionadas
DGPPAA	Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Programas Oncológicos, Evaluación de la Calidad y Sistemas de Información, Historia de Salud Electrónica	Sobrepeso y obesidad, Actividad física, Tabaquismo, Consumo de alcohol, Riesgo Cardiovascular, Hipertensión Arterial Cardiovascular y Enfermedad Renal Crónica, Diabetes, Cribado de cáncer, EPOC, Cuidados Paliativos, Prevención de la fragilidad, Seguridad del Paciente, Uso racional del medicamento, Apoyo y Empoderamiento, Intersectorialidad municipal, Violencia de Género y en infancia-adolescencia, Atención a personas inmigrantes, Gestión de la Demanda Asistencial
DGSP	Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Sanidad Ambiental, Seguridad Alimentaria	Sobrepeso y obesidad, Tabaquismo, Consumo de alcohol, Enfermedades prevenibles por vacunación, Infecciones de Transmisión Sexual, Enfermedades no transmisibles, Sanidad Ambiental, Seguridad Alimentaria, Prevención de la fragilidad, Apoyo y Empoderamiento, Intersectorialidad municipal

Centro Directivo	Servicios participantes	Líneas Prioritarias relacionadas
DGPC	Atención a la Cronicidad, Humanización	Cronicidad y Multimorbilidad, Apoyo y Empoderamiento, Coordinación Sociosanitaria, Atención Centrada en la Persona
DGSMA	Salud Mental, Adicciones	Trastorno Mental Grave, Salud Mental Infanto-juvenil, Personas vulnerables, Drogas y otras adicciones
DGREI	Salud Laboral y Coordinación	Salud Laboral
SG	Área de Sistemas Electromédicos y de Información (ASEI)	Tecnologías de la Información y la Comunicación
DGRREE	Financiación y Presupuestos, Infraestructuras	Marco presupuestario. Equipamiento, Infraestructura y Logística
DGHH	Hemodonación y Hemoterapia	Autoabastecimiento de sangre y hemoderivados

DGPPAA: Dirección General de programas Asistenciales, DGSP: Dirección General de Salud Pública, DGPC: Dirección General de Paciente y Cronicidad, DGSMA: Dirección General de Salud Mental y Adicciones, DGREI: Dirección General de Relaciones Externas e Inspección, SG: Secretaría General (Área de Sistemas Electromédicos e Información), DGRREE: Dirección General de Recursos Económicos, DGHH: Dirección General de Hemodonación y Hemoterapia.

Fuente: Elaboración propia

Sobre la base de la información recopilada y las aportaciones recibidas, el **Comité Técnico Asesor**, aplicando una **metodología de consenso** (técnicas de Grupo Delphi y grupos de discusión), definió el **modelo de PSC 2026-2031**: bloques temáticos y líneas prioritarias, que se detalla en el apartado **5.1 Estructura del Plan de Salud**.

Posteriormente, se abordó el diseño de objetivos específicos con la colaboración de los correspondientes grupos de trabajo, bajo un marco metodológico común basado en la cumplimentación de una **Ficha Técnica normalizada** que incluye, para cada Línea Prioritaria, los siguientes apartados:

- Objetivo general.
- Análisis de situación.
- Alineamiento con los **Valores Guía** establecidos, que son los siguientes:
 - **Equidad:** en cuanto a que la acción considere los resultados en función del sexo (mujeres, hombres), la ubicación geográfica (islas capitalinas y no capitalinas), así como otras variables que puedan generar situaciones de inequidad, entendiendo la salud como un proceso dinámico que evoluciona a lo largo de la vida (personas mayores vs jóvenes, etc.).

- **Eficiencia y compromiso con la evidencia científica:** en el momento de comprometer fondos públicos, resulta imprescindible que cada acción cuente con el debido respaldo científico que la sustente, garantizando su justificación en términos de coste-efectividad.
 - **Comunidades Saludables:** engloba fundamentalmente la atención centrada en la persona y sus múltiples dimensiones: alfabetización, empoderamiento, humanización, etc., en el contexto de la Salud en todas las Políticas y la intersectorialidad, con el propósito de promover la mejora del estado de salud de la población en su conjunto.
- Programas, estrategias o protocolos del SCS donde se enmarcan.
 - Centro Directivo responsable.
 - Recursos necesarios: por capítulos presupuestarios y/o fondos específicos.
 - Nivel de prioridad de los objetivos específicos (Normal/Alta).
 - Necesidad de coordinación con otros centros directivos.
 - Objetivos específicos: enunciado, justificación, referencias bibliográficas, responsable, indicadores de evaluación (definición y fórmula) y para cada uno el dato de situación actual y meta a conseguir durante el periodo 2026-2031 (permite metas intermedias), fuente de datos y periodicidad de evaluación (anual, por defecto).

Figura 2. Ejemplo de Ficha Técnica Normalizada del Plan de Salud 2026-2031

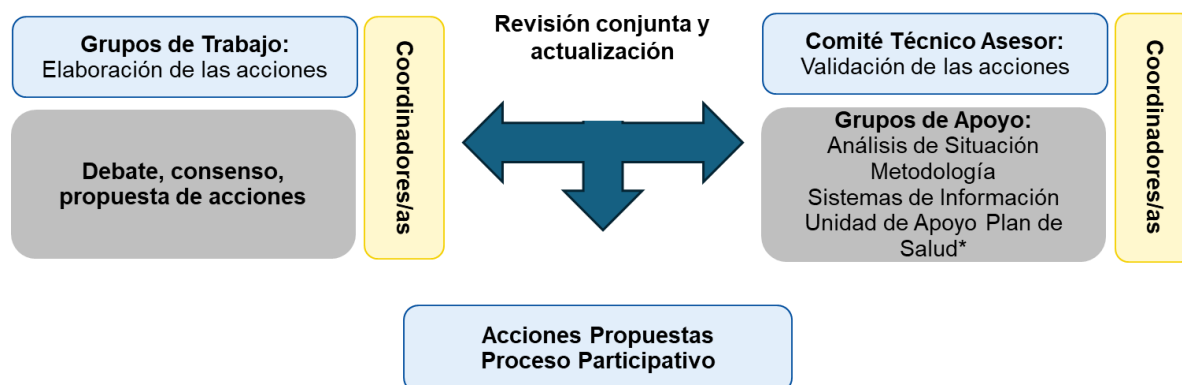
PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2026 – 2031		Gobierno de Canarias
FICHA - 22 - octubre - 2025 8:52		
FICHA DE TRABAJO 16 LÍNEA PRIORITARIA: DIABETES		
Contenido Bloque Temático II: Mejora en Servicios y Resultados de Salud 3 Objetivo específico 1: AUMENTAR EL PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 MENORES DE 70 AÑOS CON UN ADECUADO CONTROL GLUCÉMICO VALORADO POR LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5 Indicadores 6 1. Personas con diabetes tipo 2 <70 años con al menos una determinación anual de HbA1c 6 2. Personas con diabetes tipo 2 <70 años con buen control de HbA1c 6		
Objetivo específico 3: AUMENTAR EL PORCENTAJE DE RETINOGRAFÍAS BIENALES REALIZADAS A PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 INCLUIDAS EN EL PROGRAMA RETISALUD 6 Justificación: La retinopatía diabética (RD) es una complicación vascular de la diabetes, cuya prevalencia está íntimamente relacionada con la duración de la diabetes y el nivel de control de la glucemia. Las personas con diabetes tipo 2 deben tener un examen ocular completo en el momento del diagnóstico de la diabetes y al menos cada 2 años posteriormente, si no hay evidencia de RD. El instrumento más efectivo para el diagnóstico es la cámara no miótrica. La prevalencia a nivel mundial es un 23%, con ligera disminución a datos anteriores de la Federación Internacional de diabetes en torno al 27%¹². La prevalencia de RD en España es del 15,28% y del 1,92% para la RD que amenaza la vista (RD Proliferativa y/o Edema Macular		
Equidad: SI Las acciones planteadas de mejora de salud en diabetes son equitativas para todas las personas con diabetes independientemente de su sexo, ubicación geográfica y factores socioeconómicos.		Comunidades Saludables: SI Orientadas a mejorar aspectos clínicos y psicosociales como la calidad de vida, basadas en la atención centrada en la persona, en la educación terapéutica y empoderamiento de las personas con diabetes.
Eficiencia: Evaluada. Las actuaciones previstas siguen las recomendaciones de la evidencia científica para tener el mejor control sobre la Diabetes y sus complicaciones. Pretende, además, optimizar recursos y priorizar una atención personalizada con una promoción activa del autocuidado, mediante una educación terapéutica normalizada y un seguimiento individualizado. Todo ello contribuye tanto a la reducción de la morbilidad, como a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.		
2. Personas con diabetes tipo 2 con estimación anual del cociente albúmina/creatinina		
Definición: Número de personas con diabetes tipo 2 con cociente albúmina/creatinina anual x 100 / Número de personas con diabetes tipo 2 (Tasa en porcentaje) Ambos sexos.		
Situación actual: Total: 51,82% Hombres con diabetes tipo 2 con cociente albúmina / creatinina estimado anual: 53,81% Mujeres con diabetes tipo 2 con cociente albúmina/creatinina estimado anual: 49,82%		
Meta 2031: 80% en mujeres y hombres.		
Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales (DGPPAA).		
Periodicidad: Anual		

Fuente: Elaboración propia

El **procedimiento** para la definición de los objetivos ha sido el siguiente:

1. Propuesta de los objetivos por parte de los grupos de trabajo, mediante consenso y a través de las Fichas Técnicas.
2. Valoración y respuesta a las propuestas por parte de los Grupos de Apoyo del Comité Técnico Asesor (Sistemas de Información, Metodología y Análisis de situación).
3. Actualización por consenso con el grupo de trabajo y validación definitiva de las propuestas de acción por parte del Comité Técnico Asesor.
4. Revisión técnica previa a la redacción del borrador del Proyecto, para ajustar las metas a los datos de situación inicial más actualizados.
5. Proceso Participativo: exposición pública de los bloques temáticos, líneas prioritarias y objetivos específicos propuestos (fichas técnicas), para recogida de aportaciones.

Figura 3. Desarrollo de los objetivos específicos del Plan de Salud 2026-2031



*Coordinación general, compilación y gestión de la información, soporte administrativo a Coordinadores, reuniones, redacción de Plan de Salud, etc.

Fuente: Elaboración propia

Dada la heterogeneidad de las Líneas Prioritarias, que abarcan aspectos de diversa amplitud y alcance (prevención de la enfermedad, promoción de la salud, manejo clínico, intersectorialidad, etc.), en algunos casos se han identificado objetivos específicos claros y evaluables, mientras que en otros casos será necesario continuar su concreción con el apoyo de los grupos de trabajo del SCS y entidades colaboradoras durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

Si bien se citan algunas categorías profesionales a efectos de monitorizar los aspectos más clínicos o asistenciales de la actividad del SCS (indicadores), hay que hacer hincapié en el **trabajo en equipo** de múltiples profesionales (medicina, enfermería, auxiliares de enfermería, trabajo social, farmacia, odontología, psicología, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, técnicos/as de diferentes servicios, informática, servicios de apoyo, administrativos y de gestión, y un largo etcétera). Es la coordinación del trabajo de estos **equipos multidisciplinares** la que genera los resultados en salud en las personas y comunidades.

4.1.2. Plan de Trabajo 2024-2026

En el marco de la metodología descrita se exponen a continuación, ordenados cronológicamente, los diferentes hitos y etapas del **plan de trabajo** durante el proceso de elaboración del PSC 2026-2031:

1. Planteamiento técnico para la elaboración del PSC 2026-2031 (último trimestre de 2024).
2. Presentación de propuesta definitiva y aprobación por parte del Consejo de Dirección del SCS (5 de febrero de 2025).

3. Activación de comité técnico asesor y personas referentes técnicas en los centros directivos (febrero-marzo 2025).
4. Actualización del análisis de situación, consenso sobre modelo de Plan, definición de bloques temáticos y Líneas Prioritarias por parte del Comité Técnico Asesor. Aprobación por el Consejo de Dirección del SCS (abril 2025).
5. Activación del proceso de elaboración o actualización de las fichas técnicas, con propuestas de acción en cada caso; revisión por el Comité Técnico Asesor y actualización de los objetivos por consenso (mayo-octubre 2025).
6. Presentación del proyecto a los siete Consejos de Salud de Área de Salud según la siguiente tabla:

Tabla 2. Consejos de Salud de Área de Salud a los que se ha presentado el Proyecto PSC 2026-2031

Área de Salud	Fecha de presentación
Tenerife	25/09/2025
La Gomera	26/09/2025
Lanzarote	29/09/2025
Fuerteventura	01/10/2025
El Hierro	23/10/2025
La Palma	24/10/2025
Gran Canaria	27/10/2025

Fuente: Elaboración propia

7. Proceso participativo para la revisión del primer borrador de Proyecto del PSC 2026-2031 (noviembre 2025).

Información pública: Apertura de un periodo información pública, publicado en el Boletín Oficial Canarias del lunes 10 de noviembre de 2025.

Complementariamente y para reforzar la información sobre este proceso, desde la Unidad de Apoyo a la Dirección del SCS se creó una cuenta de correo electrónico genérica denominada plandesaludparticipa.scs@gobiernodecanarias.org. Las personas destinatarias fueron la lista de correo genérica del Gobierno de Canarias (todosgb@LISTAS.GOBIERNODECANARIAS.ORG) y el directorio de entidades con contacto electrónico disponible del SCS.

Este periodo finalizó el martes 9 de diciembre de 2025. Se recibieron aportaciones de 23 entidades (10 colegios o asociaciones profesionales, 5 asociaciones de pacientes y familiares, 3 sociedades científicas, 2 empresas farmacéuticas, 1 organización sindical, 1 cabildo insular y 1 consejería) y 10 personas particulares.

8. El proyecto del PSC 2026-2031 fue aprobado por el Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud con fecha 15 de diciembre de 2025.
9. El Consejo Canario de la Salud quedó informado del proyecto de PSC 2026-2031 en sesión ordinaria del órgano colegiado, celebrada el 18 de diciembre de 2025.
10. Se consideró el Dictamen del Consejo Económico y Social de Canarias (CES), emitido por el Pleno con fecha 11 de febrero de 2026.
11. Actualización del Proyecto del PSC 2026-2031 en base a las aportaciones recibidas (diciembre 2025 – febrero 2026).
12. Aprobación por el Gobierno de Canarias (marzo de 2026).

4.2. Principios rectores del Plan de Salud

Se detallan las características principales que definen el PSC 2026-2031:

1. Orientación a la Misión, Visión y Valores de la Consejería de Sanidad

La Misión, Visión y Valores dirigen a la Consejería de Sanidad y al SCS hacia una atención universal e integral de la salud de la población en colaboración con otras entidades, con profesionales implicados y en formación continua, y con unos valores orientados hacia la excelencia de servicios, de manera eficiente, humana y abierta a la ciudadanía.

2. Desarrollo del PSC 2026-2031 en torno a dos ejes principales

- **Mejora de los resultados en salud:** la orientación hacia resultados en salud se considera necesaria, especialmente en las actividades preventivas y en aquellos problemas más prevalentes como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los problemas de salud mental y, en términos generales, las patologías asociadas a la cronicidad, con el enorme impacto asistencial y socioeconómico que generan, tanto en la atención programada como en la asistencia urgente. Del mismo modo, debe potenciarse un entorno sanitario seguro y humanizado para las personas, favoreciendo un desarrollo

tecnológico orientado a mejorar los resultados de salud en la población, así como para aquellas personas que más lo necesitan, tanto en los centros sanitarios como en los domicilios o centros sociosanitarios. Solo si se marcan unos objetivos en términos de reducción de la morbilidad, mejora de la calidad de vida y de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida, se podrán alinear las metas definidas con la misión del SCS, contando con los profesionales asistenciales, gestores y ciudadanía.

- **Salud en Todas las Políticas:** perspectiva poblacional que conduce a desarrollar de manera activa y efectiva la intersectorialidad. Tiene especial relevancia para potenciar la salud comunitaria, en coordinación con el ámbito educativo, municipios y cabildos insulares, y afecta a aspectos relacionados con la promoción de la salud, la atención sociosanitaria o el cuidado de personas vulnerables (soledad no deseada, violencia de género o en la edad infantil y juvenil, personas inmigrantes), así como con la protección de la salud (sanidad ambiental, seguridad alimentaria y salud laboral).

3. Evaluación continua y participación

El PSC 2026-2031 será evaluado anualmente con el fin de:

- Valorar el grado de cumplimiento de sus objetivos específicos y metas e introducción de medidas correctoras en aquellos que tengan un grado de avance inadecuado.
- Potenciar la implementación del PSC 2026-2031 en los diferentes ámbitos de trabajo, con la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Revisar la implementación de las acciones en base a novedades sustanciales en la evidencia científica.
- Gestionar las partidas presupuestarias necesarias para el desarrollo de las acciones en cada anualidad.
- Potenciar la colaboración con diferentes entidades para acercar las acciones a las personas y colectivos de interés.
- Agilizar la transición entre la finalización del PSC 2026-2031 y la aprobación del siguiente Plan de Salud.

4. Coordinación con la Dirección Por Objetivos (DPO) del Gobierno de Canarias

La DPO establece un marco conjunto de planificación estratégica para todo el Gobierno a través del Plan Estratégico del Gobierno de Canarias (PEGobCan). El PSC 2026-2031 se integra con el Plan Estratégico Departamental 2024-2027 de la Consejería de Sanidad y con el siguiente ciclo de programación que se apruebe a partir de 2028, vinculándose a sus objetivos estratégicos. De esta manera será posible alinear los objetivos específicos del PSC 2026-2031 con el desarrollo de objetivos operativos, identificando los recursos (humanos y materiales) y las unidades, servicios y centros directivos responsables de cada proyecto en la DPO.

5. Coordinación con los Programas de Gestión Convenida (PGC)

Los PGC son una herramienta fundamental para la gestión de los centros asistenciales, orientan metas específicas para las Gerencias y concretan el presupuesto, así como los incentivos dirigidos a los/las profesionales asistenciales y centros directivos.

Resulta prioritaria la integración progresiva de aquellos indicadores y metas del Plan de Salud que sean adecuados a la estructura y gestión de los PGC con las Gerencias, para conseguir paulatinamente la coherencia de objetivos entre ambos instrumentos y para la adecuada planificación sanitaria.

6. Coordinación con la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN)

Las acciones y metas formativas relacionadas con los diferentes objetivos específicos del PSC 2026-2031 deberán coordinarse con los programas formativos anuales de la ESSSCAN, para alinearlos con las necesidades identificadas por los centros directivos del SCS.

7. Actualización del Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD)

Su objetivo principal es mostrar a la ciudadanía la evolución de los principales indicadores de salud en la población, de una manera sencilla y clara. En base a los objetivos específicos aprobados en el PSC 2026-2031, el OCSALUD ([Observatorio Canario de la Salud](#)), irá incorporando nuevos indicadores para informar a la ciudadanía de los resultados en salud de la población a medio y largo plazo (evolución demográfica, hábitos y estilos de vida, mortalidad, prevalencia de los principales problemas de salud, etc.).

5. Análisis de situación de la comunidad autónoma de Canarias

A partir de la información disponible, se ha realizado un análisis sintético de la situación actual y, cuando ha sido posible, de la evolución de los principales determinantes demográficos y sociales, los estilos de vida, el estado de salud y el autocuidado, así como de los factores ambientales y otros elementos con impacto significativo en la salud y el bienestar de la población canaria. Este análisis ha permitido identificar las áreas prioritarias sobre las que orientar y consolidar las intervenciones del sistema sanitario, en coordinación con otros sectores, durante el periodo de vigencia del nuevo Plan de Salud de Canarias 2026-2031, con el objetivo de generar mejoras tangibles en los resultados en salud de la población.

Figura 4. Aspectos analizados en la situación actual en Canarias



Fuente: Elaboración propia.

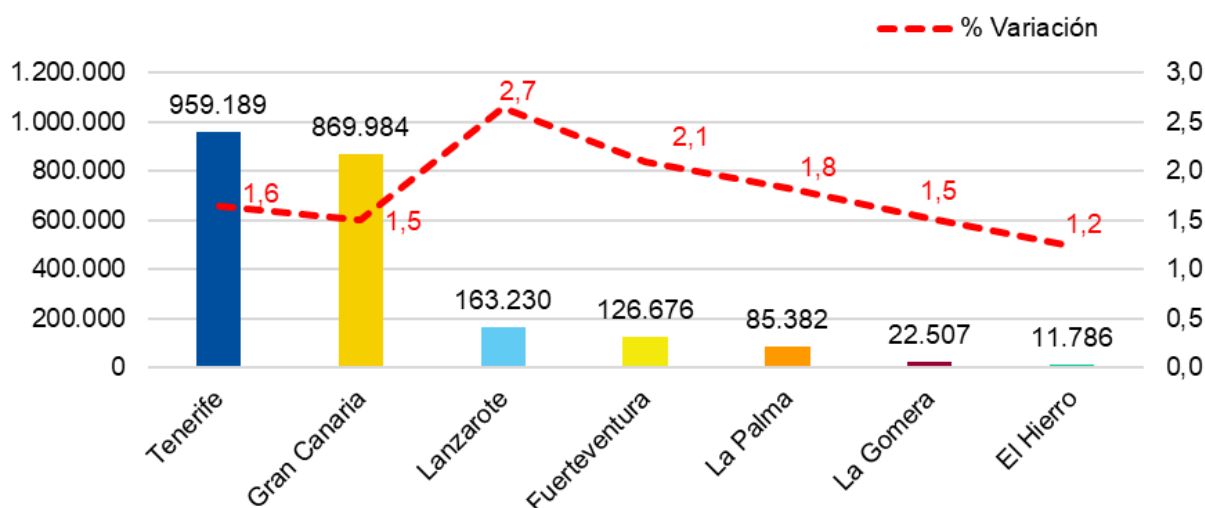
5.1. Determinantes demográficos

5.1.1. Tamaño de la población

En 2024, aproximadamente el 4,6 % de la población española residía en Canarias, con un total de 2.238.754 habitantes. Esta cifra representa un incremento interanual del 1,2 % respecto al año anterior. La distribución poblacional por isla muestra marcadas diferencias en cuanto a concentración demográfica. Tenerife reúne 959.189 habitantes, lo que representa el 42,8% de la población total del archipiélago, seguida de Gran Canaria con 869.984 habitantes (38,9%). El resto de las islas presentan una proporción considerablemente menor: Lanzarote cuenta con 163.230 habitantes (7,3%), Fuerteventura con 126.676 (5,7%), La Palma con 85.382 (3,8%), La Gomera con 22.507 (1,0%) y El Hierro con 11.786 (0,5%). En términos de crecimiento relativo, Lanzarote y Fuerteventura fueron las islas que experimentaron

los mayores incrementos respecto a 2023, del 2,7% y 2,1% respectivamente, mientras que El Hierro registró el menor crecimiento con un 1,2% ^(1,2).

Gráfico 1. Población en 2024 y porcentaje de variación desde 2023 - 2024 por islas



Fuente: ISTAC.

5.1.2. Distribución territorial

La estructura territorial del archipiélago condiciona fuertemente cómo se reparte la población entre las distintas islas. Tenerife y Gran Canaria registran las densidades demográficas¹ más elevadas del conjunto, situándose en torno a los 471,7 y 557,1 habitantes por km². En el resto de las islas, la densidad es inferior. Lanzarote registra 192,7 hab/km², La Palma alcanza 120,8 hab/km² y Fuerteventura se sitúa en 76,3

hab/km². Las islas de menor tamaño presentan los valores más reducidos: La Gomera alcanza 61,2 hab/km² y El Hierro queda en 44,0 hab/km² ^(2,3).

En conjunto, este patrón revela un archipiélago caracterizado por las disparidades territoriales, donde las islas centrales actúan como polos demográficos y económicos, mientras que las periféricas mantienen modelos poblacionales más dispersos.

¹ Las densidades poblacionales se obtienen aplicando la fórmula estándar $D = \text{Población} / \text{Superficie}$, tras convertir las superficies de hectáreas (ha) a kilómetros cuadrados (km²) mediante la relación 1 ha = 0,01 km².

Tabla 3. Densidad de población de las Islas Canarias por isla (2024)

Isla	Población (hab)	Superficie (km ²)	Densidad (hab/km ²)
Islas Canarias	2.238.754	7.445,7	300,7
Tenerife	959.189	2.033,5	471,7
Gran Canaria	869.984	1.561,5	557,1
Lanzarote	163.230	846,9	192,7
Fuerteventura	126.676	1.661,3	76,3
La Palma	85.382	707,00	120,8
La Gomera	22.507	367,7	61,2
El Hierro	11.786	267,7	44,0

Fuente: ISTAC.

5.1.3. Envejecimiento de la población

El envejecimiento demográfico se ha intensificado en las últimas décadas como consecuencia de varios factores interrelacionados, entre ellos el aumento de la esperanza de vida, la disminución de las tasas de natalidad y diversos determinantes socioeconómicos. Esta evolución ha provocado que sus efectos —especialmente en términos de demanda asistencial y desafíos para la sostenibilidad de los sistemas de salud— se manifiesten antes de lo previsto en muchos contextos nacionales y regionales.

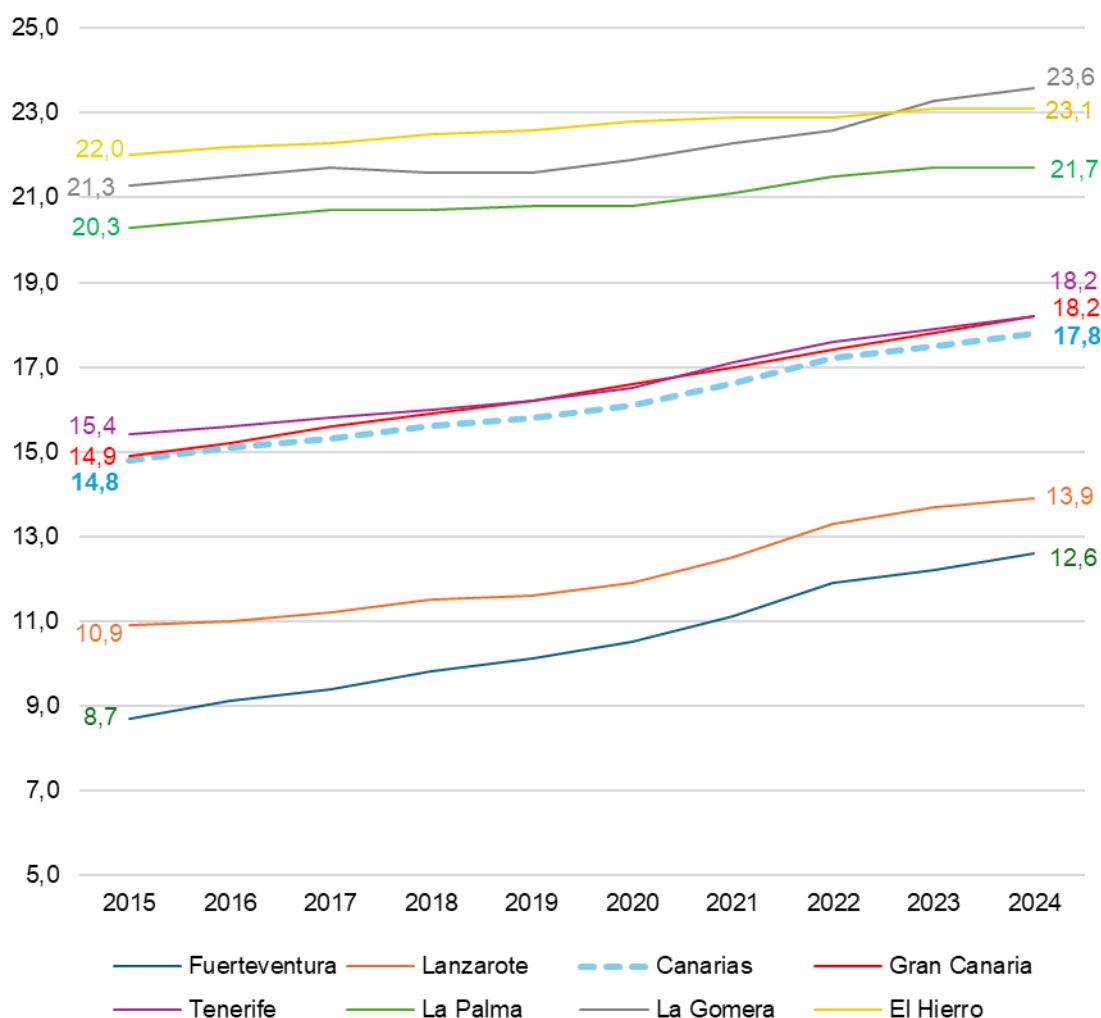
Canarias no es ajena a esta tendencia. En 2023 se registraron 11.998 nacimientos, la cifra más baja de las últimas cuatro décadas, lo que representa un descenso del 1,8% respecto a 2022. Por islas, los nacimientos disminuyeron en todo el archipiélago, excepto en Lanzarote, donde se registró un incremento del 5,2%, y en La Palma, con un ligero aumento del 0,2%. La mayor caída se produjo en El Hierro, con un descenso del 27,4%, al pasar de 73 nacimientos en 2022 a 53 en 2023. También se observaron reducciones en La Gomera (-7,5%), Gran Canaria (-3,0%), Fuerteventura (-2,8%) y Tenerife (-1,7%) ⁽⁴⁾.

Por otro lado, se contabilizaron 17.830 defunciones, un 4,7% menos que el año anterior, lo que equivale a 673 nacimientos por cada 1.000 defunciones. El crecimiento se traduce en un saldo vegetativo negativo de -5.832 habitantes. Además, el crecimiento vegetativo resultó negativo en todas las islas, excepto en Lanzarote y Fuerteventura, que registraron aumentos poblacionales de 230 y 295 personas, respectivamente. Por otro lado, Gran Canaria (-3.056), Tenerife (-2.698), La Gomera (-114), La Palma (-423) y El Hierro (-66) presentaron un saldo negativo, al contabilizarse más defunciones que nacimientos ⁽⁵⁾.

Adicionalmente, la esperanza de vida al nacimiento en 2023 alcanzó los 82,5 años, con una diferencia notable entre mujeres (85,0 años) y hombres (80,0 años) ⁽⁶⁾.

Como resultado de estos factores, el envejecimiento poblacional en Canarias se ha acentuado. En 2024, el 17,8% de la población tenía más de 64 años, siendo el grupo que más aumentó porcentualmente respecto al año anterior (3,1%) ⁽⁷⁾.

Gráfico 2. Porcentaje de personas > 64 años respecto a la población total en Canarias (2015-2024)



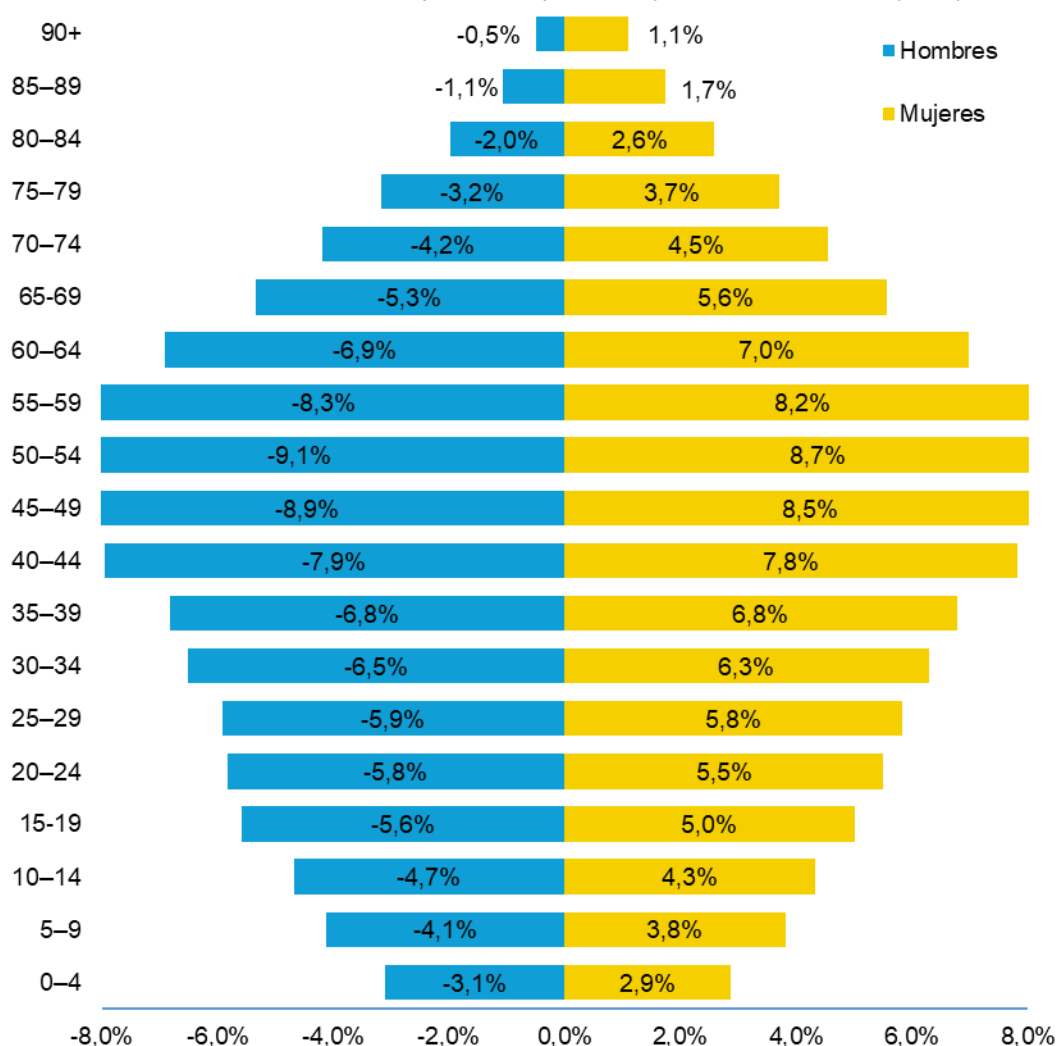
Fuente: ISTAC.

5.1.4. Distribución por sexo y edad

Del total de habitantes de Canarias, 1.133.717 son mujeres (50,5%) y 1.105.037 hombres (49,5%). La estructura por edad evidencia el proceso de envejecimiento demográfico al que se hacía referencia en el subapartado anterior, caracterizado por la disminución relativa de la población joven y el incremento del peso de la población

de mayor edad. En concreto, el 11,4% de la población tiene menos de 15 años, el 70,8% se encuentra en edad activa (15–64 años) y el 17,8% corresponde a personas mayores de 64 años. Hasta los 59 años predominan los hombres, pero a partir de esa edad se invierte la relación debido a la mayor esperanza de vida femenina ⁽⁸⁾.

Gráfico 3. Distribución de la población por sexo y edad en Canarias (2024)



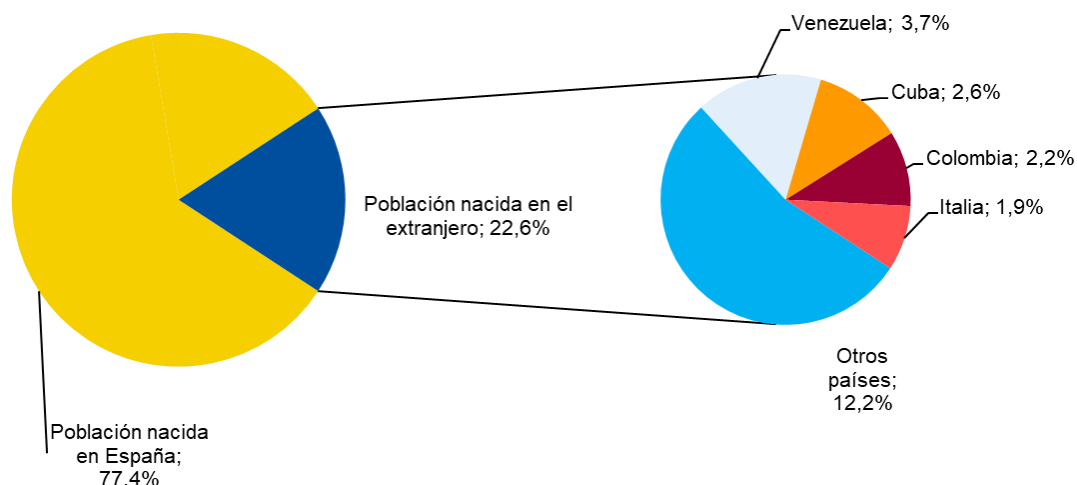
Fuente: ISTAC.

5.1.5. Origen de la población y migraciones

La estructura demográfica de Canarias está fuertemente influida por la diversidad de origen de sus residentes y por unos flujos migratorios que han contribuido de manera sostenida al crecimiento poblacional del archipiélago. En 2023, 505.075 habitantes nacidos fuera de España residían en las islas, cifra que representa el 22,6% de la población total y supone un incremento interanual del 5,8%. Este colectivo procede

principalmente de Venezuela (3,7%), Cuba (2,6%), Colombia (2,2%) e Italia (1,9%)
(9).

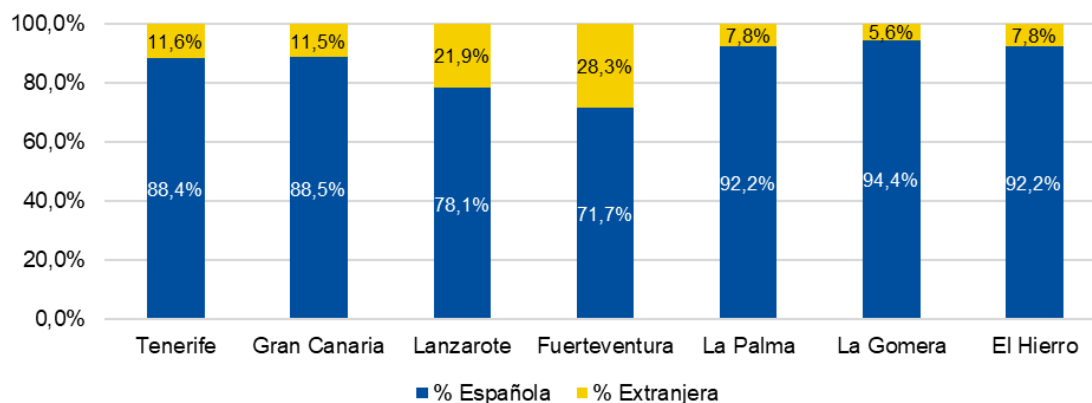
Gráfico 4. Población en Canarias según lugar de nacimiento (2023)



Fuente: INE.

Por islas, la presencia de población de nacionalidad extranjera varía de forma notable. Fuerteventura registra el porcentaje más elevado, con 28,3% de residentes extranjeros, seguida de Lanzarote (21,9%) y Tenerife (11,6%) (9).

Gráfico 5. Porcentaje residentes de población española y de nacionalidad extranjera por isla en Canarias (2023)



Fuente: INE.

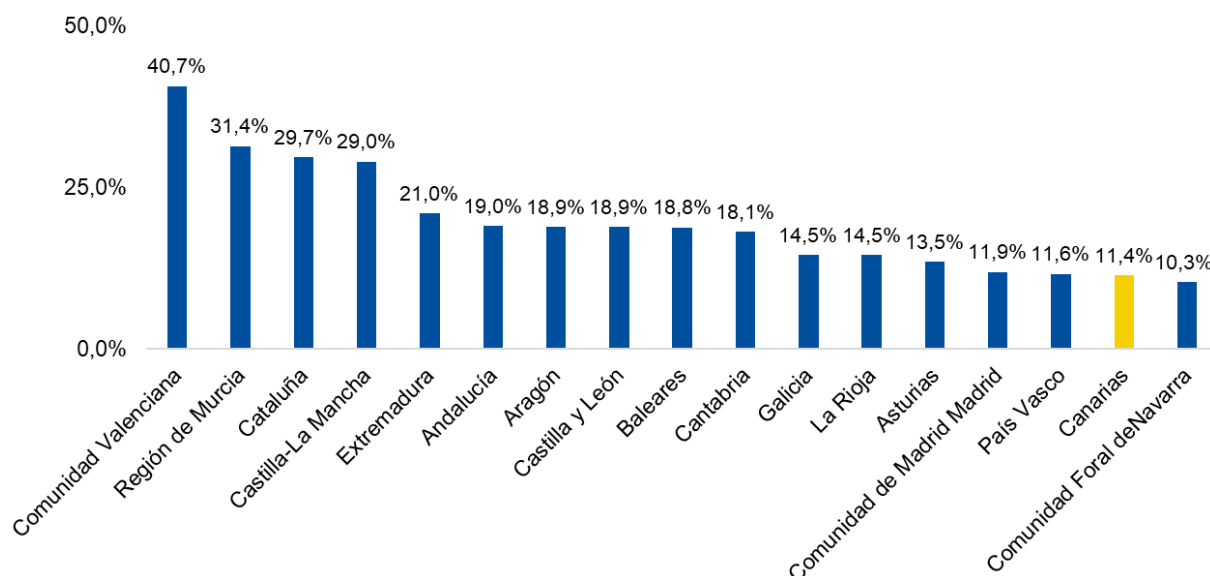
En este contexto, el saldo migratorio de Canarias en 2023 fue positivo, con un crecimiento neto de 31.598 personas. En términos relativos, Canarias se situó como la quinta comunidad autónoma con mayor incremento de población de origen extranjero, con una tasa de 11,6 por cada mil habitantes, por detrás de la Comunidad de Madrid (19,8), la Comunidad Valenciana (19,6), Baleares (17,9) y Cataluña (13,9) (10).

5.2. Situación socioeconómica

5.2.1. Producto Interior Bruto

En 2024, el Producto Interior Bruto (PIB) de Canarias alcanzó los 58.300 millones de euros, consolidándose como la octava economía de España por volumen de PIB ⁽¹¹⁾. La tasa de variación interanual del PIB fue del 4,4%, mostrando un crecimiento respecto al año anterior en términos de volumen. El PIB per cápita, indicador del nivel medio de renta, se situó en 25.925 euros, todavía por debajo de la media nacional, que fue de 32.633 euros ⁽¹²⁾. Por su parte, la deuda pública representó al cierre de 2024 el 11,4% del PIB, una de las más bajas del conjunto autonómico y manteniéndose por debajo del 13,0% establecido como referencia por la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera ^(13,14).

Gráfico 6. Deuda pública por Comunidad Autónoma en España (% del PIB, 2024)



Fuente: Banco de España.

El sector servicios constituye el componente principal del modelo productivo canario. Según el Informe Anual del Consejo Económico y Social de Canarias, el Valor Añadido Bruto (VAB) del sector servicios a precios básicos representó el 85,5% del VAB total regional en el tercer trimestre de 2024, frente al 85,4% registrado en 2023. En comparación con el conjunto de España, donde el sector servicios representó el 75,8% del VAB total en 2024, se observa una mayor concentración del sector terciario en la economía canaria ⁽¹⁵⁾.

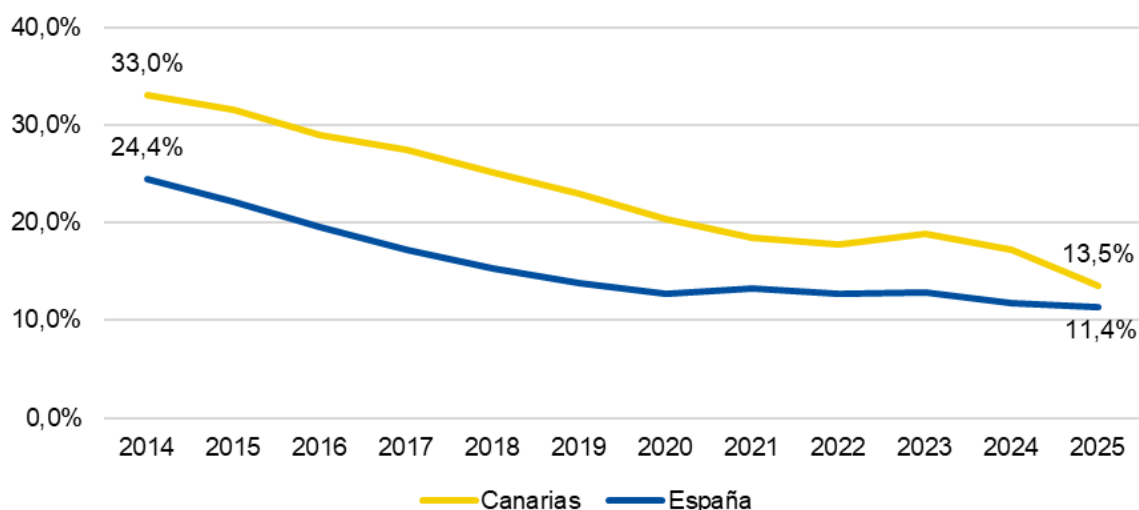
A su vez, dentro del sector servicios, el turismo supone el principal motor económico. Durante 2024, el número total de turistas que viajaron a Canarias fue de 17,6 millones,

de los cuales 15,7 millones (89,2%) procedían del extranjero y 1,9 millones (11,3%) del resto de España, estableciendo un nuevo registro máximo histórico en términos absolutos. El crecimiento del número de turistas respecto a 2023 fue del 9,6% ⁽¹⁵⁾.

5.2.2. Tasa de ocupación

En el primer trimestre de 2025, la población ocupada en Canarias ascendió a 1.024.110 personas, lo que representa un incremento interanual del 2,8%. En ese mismo período, la tasa de paro se situó en el 13,5%, lo que supone una reducción de 1,4 puntos porcentuales respecto al año anterior, con una mayor incidencia entre las mujeres (15,2%) que entre los hombres (12,0%). Entre la población joven menor de 25 años, el desempleo alcanzó el 32,1%, situándose entre los registros más elevados del país. En comparación con el resto de las comunidades autónomas, Canarias presentó la cuarta tasa de paro más alta, únicamente por detrás de Extremadura (16,6%), Andalucía (16,1%) e Islas Baleares (14,8%) ⁽¹⁶⁾.

Gráfico 7. Evolución de la tasa de paro en Canarias y España (2014-2024)



Fuente: INE.

5.2.3. Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión

De acuerdo con el indicador AROPE (*At Risk Of Poverty or Social Exclusion*) de riesgo de pobreza o exclusión social, que combina a la población en riesgo de pobreza, con carencia material y social severa o con baja intensidad en el empleo, aproximadamente el 31,2% de la población residente en Canarias se encontraba en al menos una de estas situaciones durante 2024, cifra inferior al 33,8% registrado en 2023, pero superior a la media nacional, que fue del 25,8%. La tasa fue más alta en mujeres (32,0%) que en hombres (30,3%), si bien la brecha de género se redujo

respecto al año anterior, por una mejora de la tasa más significativa entre las mujeres (-3,2 pp) que entre los hombres (-2,1 pp) ^(17,18).

Al analizar los componentes específicos del indicador AROPE, en 2023 el 26,1% de la población se encontraba en riesgo de pobreza, el 11,0% presentaba carencia material y social severa, y el 14,3% vivía en hogares con baja intensidad en el empleo. En 2024, estos valores descendieron al 24,6%, 10,8% y 10,4%, respectivamente, lo que indica una evolución positiva en los distintos factores que configuran la vulnerabilidad social ^(17,18).

Tabla 4. Indicador AROPE y desglose por componentes en Canarias y España (2023-2024)

Indicador	Canarias 2023	Canarias 2024	Variación (2023-2024)	España 2024	Diferencia Canarias-España 2024
AROPE (riesgo de pobreza o exclusión)	33,8%	31,2%	-2,6 pp	25,8%	+5,4 pp
Riesgo de pobreza	26,1%	24,6%	-1,5 pp	19,7%	+4,9 pp
Carencia material y social severa	11,0%	10,8%	-0,2 pp	8,3%	+2,5 pp
Baja intensidad en el empleo	14,3%	10,4%	-3,9 pp	8,0%	+2,4 pp

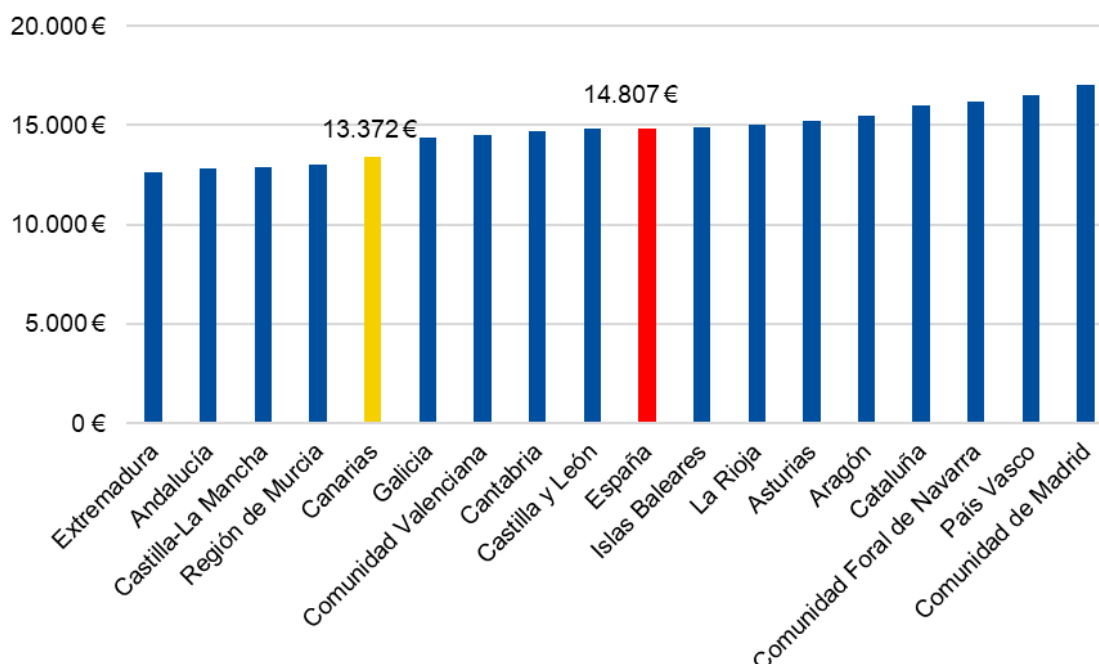
Fuente: INE, ISTAC.

5.2.4. Situación económica de los hogares

Según la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del año 2024, el 12,7 % de los hogares canarios manifestó afrontar mucha dificultad para llegar a fin de mes, frente al 9,1 % registrado en el conjunto de España, situando a Canarias como la segunda comunidad autónoma con mayor proporción de hogares en esta circunstancia. Asimismo, el 48,1 % de los hogares carece de capacidad para hacer frente a gastos imprevistos, una proporción 12,3 puntos porcentuales superior a la media nacional (35,8 %) ⁽¹⁸⁾.

La renta neta media por persona en Canarias alcanzó los 13.372 euros en 2024, una cifra 1.435 euros inferior a la media nacional (14.807 euros). Este nivel sitúa al archipiélago entre las comunidades con menor renta media del país, únicamente por encima de la Región de Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura ⁽¹⁸⁾.

Gráfico 8. Renta neta media por persona por Comunidades Autónomas (2023)



Fuente: INE.

En materia de desigualdad, el índice S80/S20² alcanzó en 2024 un valor de 5,7, frente al 5,4 nacional. La tendencia de este indicador fue ascendente hasta 2015 (10,1), reduciéndose progresivamente hasta 2019, repuntando en 2020-2021 y volviendo a mejorar desde 2022, acercándose actualmente al promedio nacional ⁽¹⁸⁾.

Tabla 5. Comparativa de indicadores socioeconómicos entre España y Canarias (2024)

Indicadores Socioeconómicos	España	Canarias	Diferencia
Hogares con “mucha dificultad” para llegar a fin de mes	9,1%	12,7%	+3,6 pp
Hogares que no tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos	35,8%	48,1%	+12,3 pp
Renta anual neta media por persona (datos de renta de 2023)	14.807 €	13.372 €	-1.435 €
Desigualdad en la distribución de ingresos (S80/S20)	5,4	5,7	+0,3

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2024, INE.

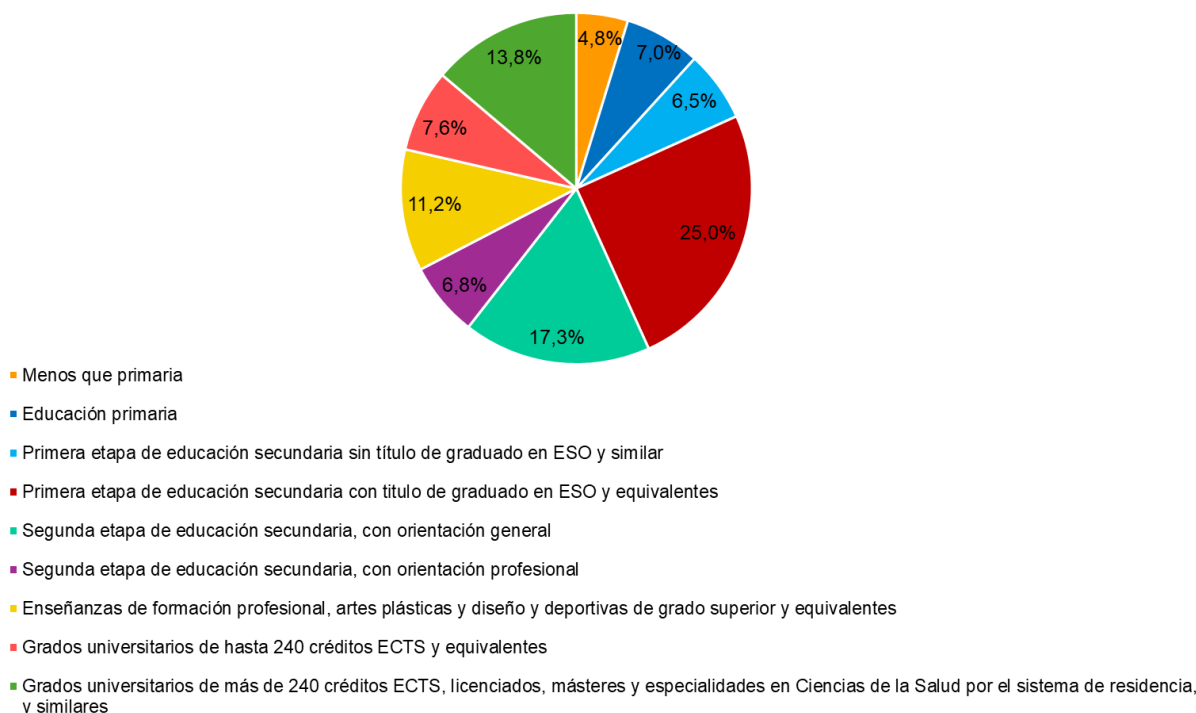
² El índice S80/S20 mide la desigualdad de renta, calculando la relación entre la renta disponible total del 20 % de la población con mayores ingresos (S80) y la del 20 % con menores ingresos (S20). Cuanto más elevado sea el valor, mayor es la desigualdad.

5.2.5. Nivel de estudios

La estructura educativa de la población de Canarias en 2022 muestra un peso significativo de los niveles formativos intermedios. El grupo mayoritario corresponde a la primera etapa de educación secundaria con título de graduado en ESO o equivalentes (25,0%), seguido por quienes han completado la segunda etapa de educación secundaria con orientación general (17,3%) y por las enseñanzas de formación profesional y otras enseñanzas de grado superior y equivalentes (11,2%) ⁽¹⁹⁾.

En los extremos de la distribución se sitúan, por un lado, los niveles bajos de formación — como menos que primaria (4,8%), educación primaria (7,0%) y la primera etapa de secundaria sin título de ESO (6,5%)—, que en conjunto representan una proporción relevante y ponen de manifiesto desafíos en términos de capacitación y empleabilidad. En el nivel superior, un 21,4% de la población cuenta con estudios universitarios: un 13,8% posee una titulación de grado de hasta 240 ECTS y un 7,6% estudios universitarios avanzados (más de 240 ECTS, másteres, licenciaturas y especialidades de Ciencias de la Salud) ⁽¹⁹⁾.

Gráfico 9. Proporción del nivel de estudios de la población canaria mayor o igual a 16 años (2022)



Fuente: ISTAC.

A medida que aumenta el nivel educativo, la incidencia de la pobreza se reduce de forma significativa. Mientras que entre las personas de 16 años o más sin estudios o que solo cuentan con estudios primarios la tasa alcanza aproximadamente el 30%, esta desciende hasta el 12% en quienes han completado estudios superiores ⁽²⁰⁾.

Atendiendo al nivel socioeconómico, las personas de 16 y más años que pertenecen a la Clase Social I tienen la tasa de pobreza más baja (6,5%), mientras que la Clase Social VI tiene el mayor valor (25,1%)³. Por otra parte, esta tasa presenta gran variabilidad dependiendo del tipo de hogar. En familias monoparentales con hijos dependientes el porcentaje alcanza el 43,7%, y para hogares formados por parejas con todos sus hijos independientes la tasa baja al 12,6% ⁽²¹⁾.

5.3. Estado de salud

5.3.1. Salud percibida

Salud percibida por la población canaria

Los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias 2021 sobre el estado de salud general autopercebido en los últimos 12 meses reflejan que el 69,8% de la población valoraba positivamente su salud (un 25,2% “muy buena” y un 44,6% “buena”). Esta percepción varió en función del sexo (74,3% de hombres frente al 65,5% de mujeres) y la edad (92,4% en menores de 16 años y 49,5% en mayores de 64 años), mostrando además una correlación positiva con el nivel de estudios y la clase social ⁽²²⁾.

La encuesta también exploró el estado de salud mental de la población canaria. El 27,0% de la población de 16 y más años estaba en riesgo de sufrir un problema de salud mental. Este resultado fue superior al de 2015 (23,7%) y 2009 (25,6%). La probabilidad de presentar un problema de salud mental fue más alta en mujeres (29,7% frente al 24,1% de hombres) así como en el grupo de edad de 45 a 64 años. Respecto a la ideación suicida, el 13,1% declaró haber tenido pensamientos suicidas alguna vez en su vida, siendo este porcentaje mayor en mujeres que en hombres independientemente del grupo de edad ^(23,24,22).

Tabla 6. Indicadores de salud percibida y salud mental (2021)

Indicador	Total	Hombres	Mujeres
Salud percibida positiva	69,8%	74,3%	65,5%
Riesgo de salud mental	27,0%	24,1%	29,7%
Ideación suicida (alguna vez en la vida)	13,1%	11,5%	14,6%

Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2021. ISTAC.

Finalmente, la Encuesta de Salud de Canarias 2021 también analizó la limitación de la actividad cotidiana en la población de 6 y más años. El 9,4% declaró algún grado

³ Clasificación socioeconómica basada en la ocupación de la persona de referencia del hogar, según la adaptación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones. La Clase I incluye directivos y profesionales cualificados; la Clase VI agrupa a personas desempleadas, sin ocupación reconocida o con empleos altamente precarios.

de limitación, con mayor prevalencia en mujeres (9,9%) que en hombres (8,9%), incrementándose hasta el 20,0% en las personas de 65 y más años. Las dificultades más frecuentes se relacionaron con tareas del hogar, movilidad y manejo de objetos. Entre quienes presentan limitaciones, el 37,6% las atribuyó a una enfermedad y casi un 60% manifestó necesitar ayuda externa para el desarrollo de actividades diarias, mayoritariamente proporcionada por familiares ⁽²²⁾.

Resultados de salud percibida en el marco nacional

Según los resultados de la Encuesta de Salud de España 2023, el 69,8% de la población adulta canaria valoró positivamente su estado de salud en los últimos 12 meses, un porcentaje inferior al observado a nivel nacional (74,0%). En el grupo de 45 a 64 años, el 14,7% calificó su salud como muy buena (17,7% en hombres y 11,7% en mujeres) y el 48,0% como buena (51,5% y 44,5%, respectivamente). Entre las personas de 65 años o más, sólo el 9,3% declaró una salud muy buena (12,0% hombres y 7,0% mujeres) y el 40,2% una salud buena (46,1% frente a 35,4%) ⁽²⁵⁾.

Por último, en relación con las limitaciones funcionales en personas mayores, el 37,2% de la población de 65 años o más presentaba limitaciones de movilidad, cifra inferior a la media nacional, que fue de un 41,6% ⁽²⁵⁾.

Tabla 7. Indicadores de bienestar en España y Canarias (2023)

Indicadores de bienestar	España	Canarias		
		Total	Hombres	Mujeres
Valoración positiva del estado de salud (“muy buena” o “buena”)	74,0%	69,8%	72,6%	67,0%
Valoración positiva del estado de salud (≥ 65 años)	49,5%	41,3%	51,4%	33,1%
Años de vida saludable al nacer	80,1	78,9	78,0	79,7
Años de vida saludable a los 65 años	19,4	18,2	17,9	18,3
Dificultad movilidad ≥ 65 años	41,6%	37,2%	22,9%	48,9%
Limitaciones en actividades del hogar ≥ 65 años	44,4%	29,9%	22,8%	35,7%
Deterioro cognitivo ≥ 65 años	28,8%	25,3%	19,9%	29,8%

Fuente: Ministerio de Sanidad. Extraído de INCLASNS.

5.3.2. Estilos de vida

Resultados sobre estilos de vida en la Encuesta de Salud de Canarias

Otro de los aspectos analizados en la Encuesta de Salud de Canarias es la frecuencia y distribución de aquellos hábitos de vida de la población canaria que pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud.

Tabaquismo

En relación con el hábito tabáquico, la proporción de fumadores mantuvo la tendencia descendente reflejada en las encuestas anteriores, situándose en 2021 en el 19,9% de la población de 16 y más años, frente al 26,2% registrado en 2015. La prevalencia por sexos fue del 16,8% en mujeres y del 23,2% en hombres. De forma paralela, se observó un incremento en el porcentaje de personas que nunca habían fumado, especialmente en los grupos etarios más jóvenes. En el grupo de edad de 15 a 29 años, el porcentaje de personas que nunca habían fumado aumentó del 68,5 % en 2015 al 77,7 % en 2021 ^(23,22).

Entre quienes declararon no fumar, el 58,4% afirmó que nunca había fumado y el 21,7% se identificó como exfumador, lo que confirmó la tendencia positiva observada en encuestas previas. La edad media de inicio en el consumo de tabaco se retrasó ligeramente, alcanzando los 18,7 años en mujeres y los 18,4 años en hombres. El tipo de consumo predominante fue el habitual, siendo mayoritaria la proporción de personas que fumaban a diario frente a las que lo hacían de forma ocasional, tanto en hombres como en mujeres. En 2021, el 17,3 % de la población de 16 y más años fumaba diariamente, mientras que solo el 2,7 % lo hacía de manera ocasional ^(23,22).

Tabla 8. Evolución del consumo de tabaco y características asociadas en Canarias (2009, 2015 y 2021)

Indicador	2009	2015	2021	Variación (2009-2021)
Prevalencia de fumadores	28,4%	26,2%	19,9%	-8,5 pp
Fumadores hombres	30,0%	28,7%	23,2%	-6,8 pp
Fumadores mujeres	26,8%	23,7%	16,8%	-10,0 pp
Nunca fumadores 15-29 años	65,2%	68,5%	77,7%	+12,5 pp
Edad media inicio hombres (años)	17,1	17,1	18,4	+1,3
Edad media inicio mujeres (años)	18,2	18,2	18,7	+0,5
Fumadores diarios	28,4%	26,2%	25,0%	-3,4 pp
Fumadores ocasionales	3,0%	3,5%	2,7%	-0,3 pp

Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2009, 2015, 2021.

Actividad física

Por otra parte, la encuesta también explora la realización de actividad física por parte de la población. Entre sus beneficios destacan la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y el incremento de la supervivencia, además de prevenir el sobrepeso, la diabetes y la cardiopatía isquémica. Si se considera la práctica de actividad física habitual (trabajo, estudio o labores del hogar) por parte de la población adulta obtenida en la última encuesta de 2021, un 25,2% declaraba *“andar bastante, pero sin realizar ningún esfuerzo vigoroso”*, un 11,0% *“anda y realiza esfuerzos vigorosos con frecuencia”* y sólo un 4,8% *“hace esfuerzos vigorosos y mucha actividad”*. Cabe destacar que un 31,2% de la población encuestada desempeña su trabajo, estudios o labores domésticas principalmente en posición sedentaria y realiza pocos desplazamientos a pie ⁽²²⁾.

Asimismo, entre la población menor de 16 años se observó una evolución favorable en los niveles de actividad física. En 2021, el 41,4 % de los menores realizaba ejercicio físico o entrenamiento deportivo varias veces por semana en su tiempo libre, frente al 30,3 % registrado en 2015. Paralelamente, la proporción de quienes no practicaban ninguna actividad física se redujo al 12,1 %, en comparación con el 23,6 % de 2015 y el 15,7 % de 2009 ⁽²³⁾.

Tabla 9. Evolución de la actividad física en población adulta e infantil en Canarias (2009, 2015 y 2021)

Indicador	2009	2015	2021	Variación (2009-2021)
Actividad física adultos: andar sin esfuerzo	44,8%	48,7%	25,2%	-19,6 pp
Actividad física adultos: esfuerzo frecuente	14,1%	13,4%	11,0%	-3,1 pp
Actividad física adultos: esfuerzo intenso	4,0%	3,7%	4,8%	+0,8 pp
Menores que hacen ejercicio varias veces/semana	24,1%	30,3%	41,4%	+17,3 pp
Menores que no hacen ejercicio físico	15,7%	23,6%	12,1%	-3,6 pp

Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2009, 2015, 2021.

Estado corporal

En relación con el estado nutricional de la población, el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado a partir de los datos autodeclarados de talla y peso, permite estimar la distribución de la población canaria adulta (18 y más años) según categorías de peso: insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad. Según los datos más recientes, el 35,4 % de la población adulta presentaba sobrepeso (37,9 % en hombres y 33,0 % en mujeres), lo que representa un descenso respecto a los valores registrados en las encuestas anteriores (37,1 % en 2015 y 36,8 % en 2009). Por otro lado, el 18,1 %

presentaba un IMC compatible con obesidad, con cifras similares entre sexos, manteniéndose estable en comparación con los datos de 2015 (17,1 %) y 2009 (18,6 %) ^(23,24).

En la población infantil y adolescente (2 a 17 años), la situación evoluciona de manera diferente. En 2021, el 22,9 % presentaba sobrepeso y el 9,6 % obesidad, lo que implica que un 32,5 % de los menores tenía un peso por encima del rango considerado normal, frente al 26,9 % registrado en 2015. Esta tendencia creciente de la proporción de personas con exceso de peso contrasta con la percepción extendida de que las nuevas generaciones practican más actividad física. Los datos de las encuestas revelan que, si bien ha aumentado la proporción de menores que realizan ejercicio físico regularmente (el 41,4 % de los menores de 16 años entrenaba varias veces por semana en 2021, frente al 30,3 % en 2015), aún persiste un 12,1 % que no realizaba ninguna actividad física. Esta inactividad era más frecuente en niñas (13,3 %) que en niños (10,9 %) ^(23,22).

Tabla 10. Evolución del sobrepeso y la obesidad en población adulta e infantil en Canarias (2009, 2015 y 2021)

Indicador	2009	2015	2021	Variación (2009-2021)
Sobrepeso población adulta	36,8%	37,1%	35,4%	-1,4 pp
Sobrepeso hombres	42,1%	42,7%	37,9%	-4,2 pp
Sobrepeso mujeres	31,7%	31,6%	33,0%	+1,3 pp
Obesidad población adulta	18,6%	17,1%	18,1%	-0,5 pp
Obesidad población menor de edad	11,8%	10,6%	9,6%	-2,2 pp
Sobrepeso población menor de edad	19,5%	16,3%	22,9%	+3,4 pp
Exceso de peso población menor de edad	31,3%	26,9%	32,5%	+1,2 pp

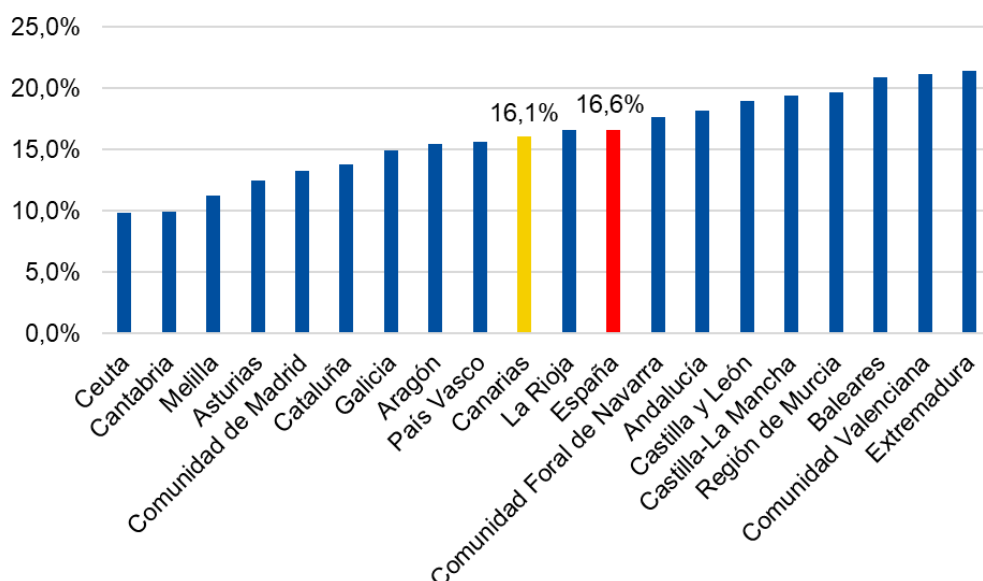
Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2009, 2015, 2021.

Resultados en la Encuesta de Salud de España

Tabaquismo

En 2023, Canarias se situaba al mismo nivel que la media nacional (16,6%) con relación al porcentaje de fumadores diarios, ocupando el décimo lugar por orden de menor a mayor frecuencia ⁽²⁶⁾.

Gráfico 10. Proporción de fumadores diarios por Comunidad Autónoma (2023)

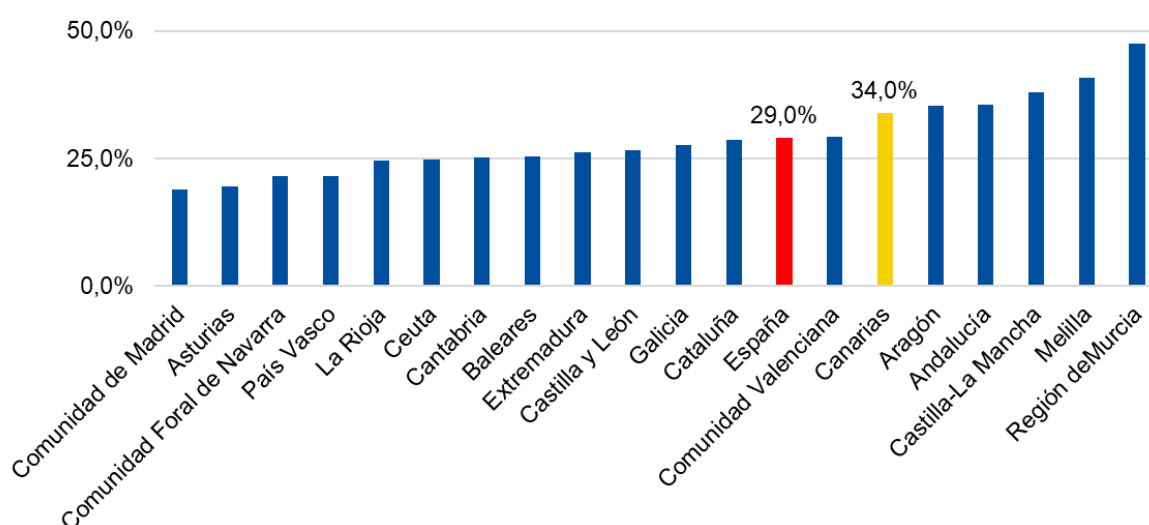


Fuente: ESdE 2023. Ministerio de Sanidad.

Actividad física

El porcentaje de población que declaró mantener un estilo de vida sedentario en Canarias (34,0%) fue superior al promedio nacional (29,0%), especialmente en el caso de las mujeres. En el archipiélago, el 39,6% de las mujeres y el 28,2% de los hombres manifestaron ser sedentarios, en comparación con el 32,6% y el 25,3%, respectivamente, observados en el conjunto de España ⁽²⁵⁾.

Gráfico 11. Proporción de personas con un estilo de vida sedentario por Comunidad Autónoma (2023)

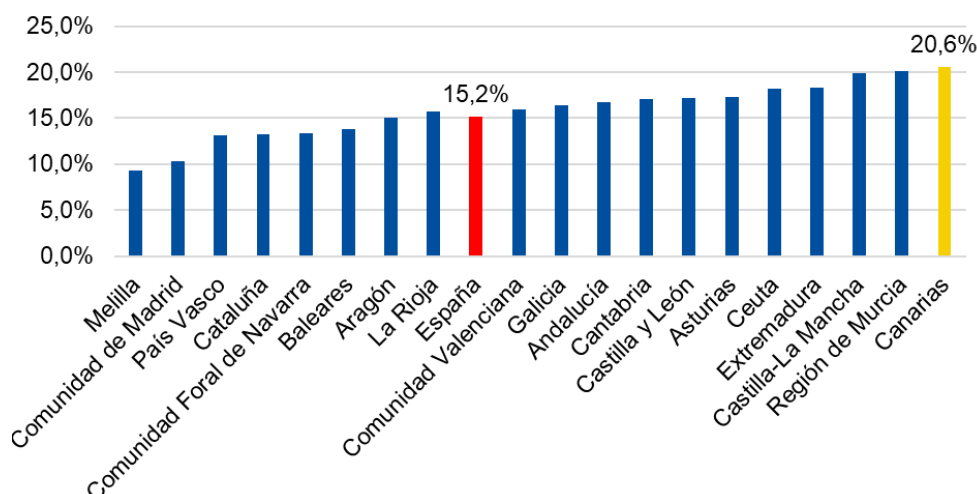


Fuente: ESdE 2023. Ministerio de Sanidad.

Estado corporal

Los mayores índices de obesidad en población adulta mayor de 18 años se dieron en Canarias (20,6%), Región de Murcia (20,1%) y Castilla-La Mancha (19,9%), siendo la media nacional del 15,2% ⁽²⁵⁾.

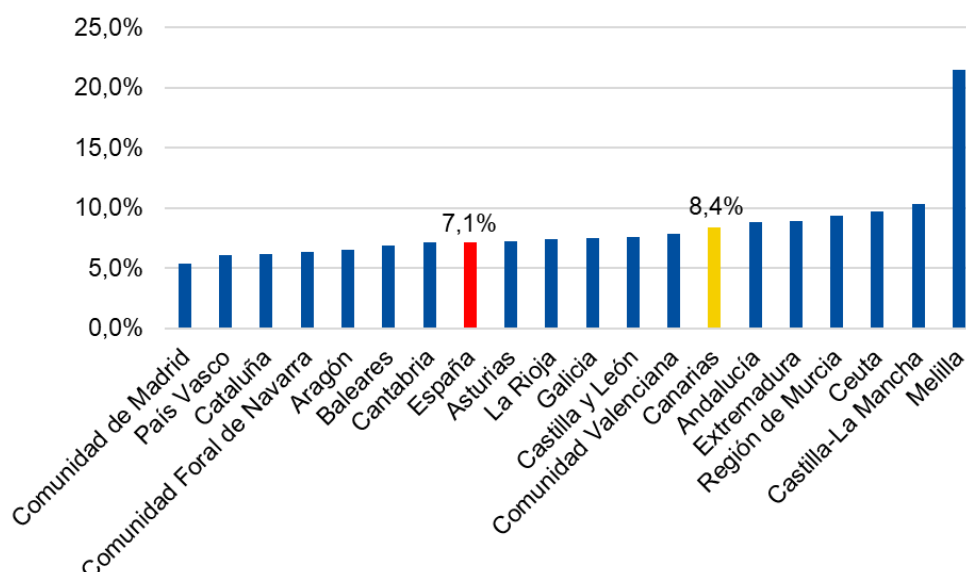
Gráfico 12. Porcentaje de población > 18 años con obesidad por Comunidad Autónoma (2023)



Fuente: ESdE 2023. Ministerio de Sanidad.

En población infantil, aproximadamente uno de cada diez niños y niñas canarios tenía sobrepeso, mientras que el porcentaje correspondiente a la obesidad fue del 8,4%. Este último se situaba por encima de la media nacional (7,1%), alcanzando valores más altos en las niñas (10,1% en niñas y 6,9% en niños) ⁽²⁵⁾.

Gráfico 13. Porcentaje de menores con obesidad por Comunidad Autónoma (2023)



Fuente: ESdE 2023. Ministerio de Sanidad.

5.3.3. Actividades preventivas

Cribado de cáncer

Los programas de cribado son aquellas actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, que se ofrecen activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica ⁽²⁶⁾.

En Canarias se desarrollan actualmente tres programas de cribado de cáncer: cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de cérvix. En este último caso, el cribado se encuentra en sus etapas iniciales de desarrollo, partiendo del cribado oportunista actual.

El programa de cribado poblacional de cáncer de mama se ofrece cada dos años a todas las mujeres de entre 50 y 69 años residentes en Canarias, con independencia de su lugar de residencia. En 2024, la cobertura del programa alcanzó el 95,3%, y el 73,0% de las mujeres citadas acudieron a realizarse la mamografía correspondiente. Desde su puesta en marcha en 1999, el programa ha permitido detectar un total de 9.046 casos de cáncer de mama. En paralelo, se ha observado un descenso progresivo en la tasa ajustada de mortalidad por esta causa, que ha pasado de 28,1 defunciones por 100.000 mujeres en 2011 a 21,9 en 2023 ^(27,28).

En cuanto al programa de cribado de cáncer colorrectal, dirigido a población de 50 a 69 años, el porcentaje de población diana cubierta por el programa alcanzó el 56,5% participando un 50,9% de la población invitada. Durante el período 2009-2024 se han detectado mediante este programa 787 casos y la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon en Canarias ha descendido desde las 24,4 defunciones por 100.000 habitantes en 2011 hasta las 18,8 en 2023 ^(29,28,30).

Tabla 11. Indicadores de desempeño de los programas de cribado de cáncer en Canarias (2024)

Programa diagnóstico precoz	Indicadores			
	Invitación	Participación	Derivación	Casos detectados
Cáncer de mama	95,3%	73,0%	4,0%	9.046
Cáncer colorrectal	56,5%	50,9%	7,0%	787

Fuente: Atención Hospitalaria y Programas Oncológicos 2024.

Dirección General de Programas Asistenciales, SCS.

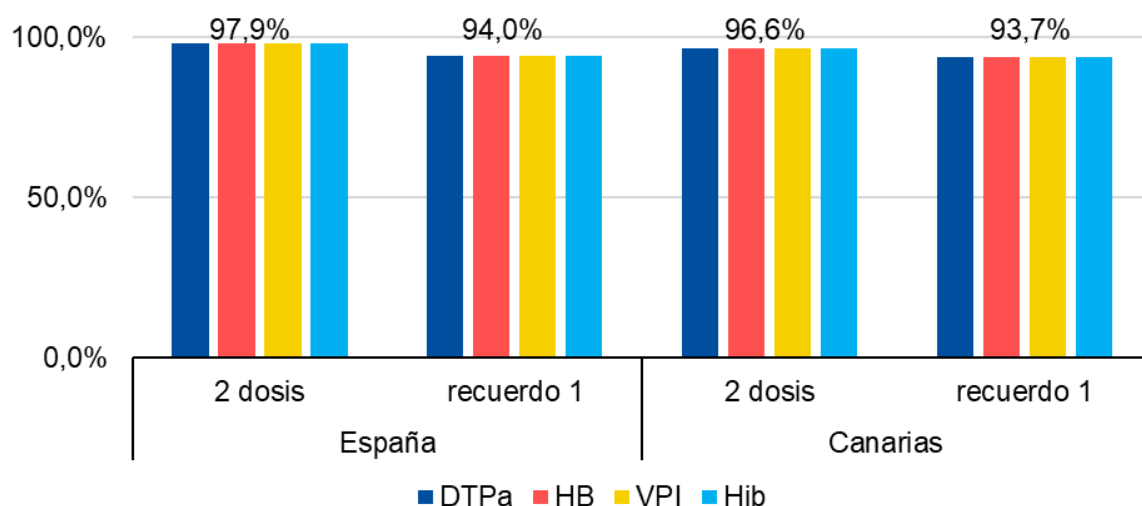
Vacunación

Las intervenciones vacunales se encuentran entre las estrategias preventivas más eficaces en el ámbito de la Salud Pública, siendo fundamentales para proteger a las personas y sus comunidades ya que contribuyen a disminuir la propagación de enfermedades, evitando complicaciones graves o incluso la muerte, y reduciendo la probabilidad de epidemias y costes sanitarios.

El calendario vacunal de la Comunidad Autónoma de Canarias se ha ido revisando y actualizando de acuerdo con los datos epidemiológicos y las coberturas de vacunación en el marco del SNS, los esquemas de vacunación utilizados en los países de nuestro entorno y la evidencia científica más reciente. En la actualidad el calendario comprende todas las etapas vitales, siendo la última modificación la aprobada en la Orden 1843 de 24 de mayo de 2024 ⁽³¹⁾.

En relación con la vacuna hexavalente, se presentan a continuación las coberturas alcanzadas en el año 2023 para la primovacunación (dos dosis) y la dosis de recuerdo. Las cifras en Canarias son ligeramente inferiores a las nacionales, y aunque se mantienen en niveles elevados, cabe destacar que la cobertura de la dosis de recuerdo ha experimentado un ligero descenso, pasando del 94,5% en 2018 al 93,7% en 2024 ⁽³²⁾.

Gráfico 14. Cobertura de la vacuna Hexavalente en España y Canarias (2024)



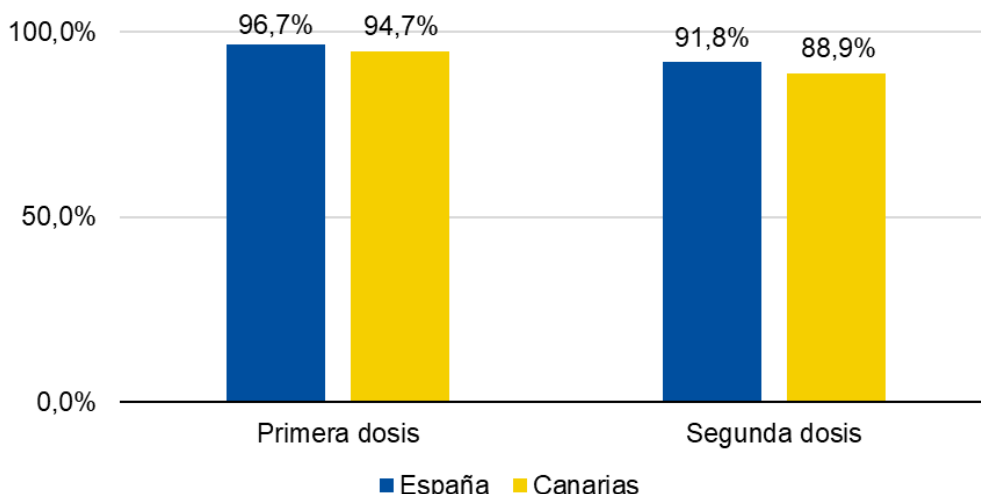
Fuente: SIVAMIN. Ministerio de Sanidad.

Hexavalente, 2 dosis: % niños y niñas vacunados con al menos 2 dosis. Recuerdo 1: con al menos 3 dosis de vacuna.

DTPa: difteria tétanos y tosferina acelular. VPI: poliomielitis. HB: hepatitis B. Hib: Haemophilus influenzae tipo b.

Por otro lado, la cobertura de la segunda dosis de la vacuna triple vírica no alcanza el 90,0% en Canarias, lo que representa una diferencia negativa respecto a la media nacional (88,9% vs 91,8%)⁽³²⁾.

Gráfico 15. Cobertura de la vacuna Triple Vírica en España y Canarias (2024)



Fuente: SIVAMIN. Ministerio de Sanidad.

Triple vírica: vacuna frente al sarampión, rubeola y parotiditis. Dosis 1: porcentaje de niños y niñas, de una cohorte determinada, vacunados con 1 dosis de TV después de los 11 meses de edad. Dosis 2: porcentaje de niños y niñas, de una cohorte determinada, vacunados con 2 dosis de TV después de los 11 meses de edad.

Respecto a la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH), la cobertura de la segunda dosis en Canarias en 2023 fue del 68,9 % en mujeres de 13 años y del 74,7 % en mujeres de 15 años. Estos valores se sitúan por debajo de las coberturas alcanzadas a nivel nacional, que fueron del 81,4 % y 87,8 %, respectivamente. Asimismo, en Canarias la segunda dosis de la vacuna tetravalente antimeningocócica, alcanza el 78,6% de cobertura mientras que en España alcanza un 90,3%⁽³²⁾.

En adultos, las coberturas vacunales son considerablemente más bajas. En particular, la cobertura de vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años se situó en el 55,6 % en Canarias en 2023, lejos del promedio nacional del 67,0 %. Este dato supone un incremento de solo 1,5 puntos porcentuales respecto a 2018, lo que indica una mejora limitada en la adherencia a esta recomendación preventiva⁽³²⁾.

5.3.4. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea cultura, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen.

Los daños que sufren los pacientes a causa de una atención poco segura constituyen un desafío importante para todos los sistemas de salud y son una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. La mayor parte de estos daños son evitables. Los costos económicos que conllevan los fallos de seguridad son elevados. El personal de salud implicado en sucesos graves sufre también deterioro psicológico duradero y sentimiento de culpa y autocrítica muy arraigados.

La infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) es un evento final que puede producirse como consecuencia de la asistencia o atención recibida en un centro asistencial, condicionada por de una serie de factores presentes, tanto por parte de la persona enferma (morbilidad asociada) como por los procesos que sobre ella se realizan (instrumentaciones, higiene hospitalaria, intervenciones quirúrgicas, etc.).

Estas infecciones son un importante problema de salud pública en España, Europa y a nivel mundial. Provocan un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. La prevención y control de estas infecciones constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

Según datos del *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC), aproximadamente 4 millones de pacientes adquieren una IRAS cada año en la Unión Europea y aproximadamente 37.000 muertes resultan directamente de estas infecciones. Una gran proporción de estas muertes se debe a bacterias multirresistentes a los antimicrobianos ⁽³³⁾. En España, según datos del estudio EPINE, la prevalencia de pacientes con al menos una IRAS en los hospitales de agudos de España ha oscilado entre 7,0% y 8,1% durante 2012-2021 ⁽³⁴⁾.

El proyecto SENIC (*Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control*, EE.UU., 1974-1983) puso en evidencia que con medidas de vigilancia y control era posible reducir las infecciones nosocomiales más de un 30% y que los hospitales adheridos a programas de vigilancia presentaban unas tasas más bajas de infección hospitalaria, hecho corroborado posteriormente por otros estudios ⁽³⁵⁾.

Tabla 12. Indicadores de seguridad del paciente 2025–2031

Indicador	Situación actual	Meta 2031
Número de acciones de HM realizadas x 100 / Número de oportunidades de HM vigiladas	55%	70%

Indicador	Situación actual	Meta 2031
Número de acciones de HM con PBA x 100 / Número oportunidades de higiene de manos observadas	50%	65%
Bacteriemias totales x 1.000 / estancias totales en el periodo y centro de estudio	1,12%	0,80%
Número de prescripciones de antibióticos (ATB) de los grupos terapéuticos J01FA (macrólidos) y J01MA (quinolonas) ajustadas a la guía terapéutica del PRAN x 100 / Número total de prescripciones de antibióticos realizados en el medio comunitario	22,5% del total de ATB prescritos en el medio comunitario, de las categorías J01FA y J01MA	Reducción de un 5% del total de los grupos ATC J01FA y J01MA

Fuente: Ficha Seguridad del paciente 2025.

A continuación, se presentan algunos datos de interés que reflejan la situación actual en el ámbito de la seguridad del paciente:

- En 2024, la prevalencia de IRAS en hospitales españoles fue del 8,19%.
- En Canarias, el 81% de los pacientes ingresados estaban expuestos a factores de riesgo extrínsecos (catéteres, sondajes, etc.).
- La tasa de uso de catéter venoso central (CVC) en Canarias fue de 0,80 (superior a la media nacional).
- La tasa de uso de sondaje uretral (SU) fue de 0,83 en Canarias.
- Las IRAS son prevenibles en un 20–30% de los casos mediante programas de higiene de manos y control de infecciones.

5.3.5. Enfermedades más prevalentes o con mayor impacto

Problemas de salud crónicos autopercibidos

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 2021, los principales problemas de salud crónicos más frecuentemente identificados por la población adulta canaria en los últimos doce meses fueron el dolor de espalda (30,6%), el dolor de cabeza, la jaqueca o migraña (19,1%), la tensión alta (19,0%), el colesterol alto (16,4%), los problemas de salud mental (16,2%), la alergia crónica (16,1%) y la mala circulación (15,8%). Un 9,6% de personas declararon padecer diabetes, mientras que enfermedades graves como cáncer (2,2%) o bronquitis crónica, enfisema o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (2,9%) son menos mencionadas. Estos porcentajes

reflejan que las molestias cotidianas y el dolor tienen un gran peso en la autovaloración de la salud ⁽²²⁾.

Gráfico 16. Principales problemas de salud identificados los últimos 12 meses por personas mayores de 16 años en Canarias (2021)



Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2021.

Por otro lado, la encuesta también recoge información sobre enfermedades crónicas confirmadas por un profesional médico. Excluyendo las afecciones del aparato locomotor, los datos del año 2021 muestran el elevado impacto de la diabetes (10,4%), los problemas del corazón (9,2%) y el cáncer (4,4%). En conjunto, se observa que la percepción tiende a priorizar el dolor y la incomodidad, mientras que el diagnóstico revela la importancia de enfermedades crónicas silenciosas, lo que subraya la necesidad de educación sanitaria y seguimiento clínico ⁽²²⁾.

Gráfico 17. Principales problemas de salud diagnosticados por un médico/a en Canarias (2021)

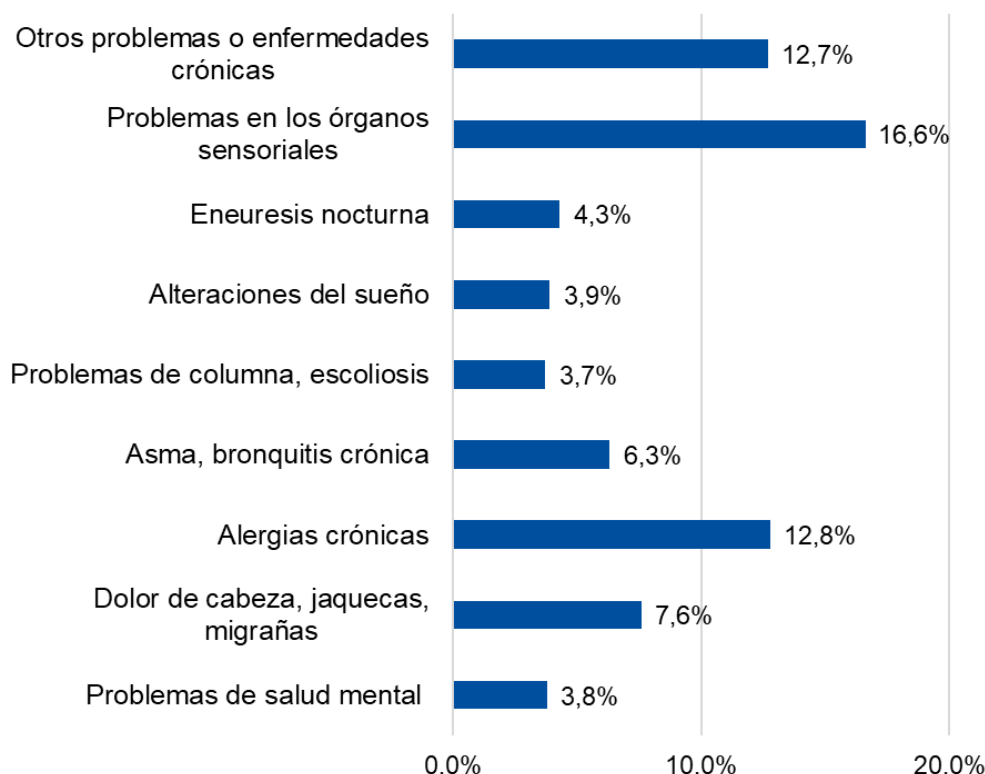


Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2021.

En relación con los resultados de la encuesta anterior, el porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular como el colesterol elevado (18,6%) y la diabetes (9,6%) han mostrado una tendencia al alza, aunque otros, como la hipertensión arterial se mantuvieron sin cambios. Todos los factores mencionados anteriormente se incrementaron con la edad, alcanzando sus valores más elevados a partir de los 64 años ⁽²²⁾.

En la población menor de 16 años los problemas de salud padecidos en los últimos doce meses fueron principalmente los relacionados con los órganos de los sentidos como la vista y el oído (16,6%), seguidos de las alergias crónicas (12,8%), dolor de cabeza frecuente, jaquecas o migrañas (7,6%) y asma o bronquitis crónica (6,3%) ⁽²²⁾.

Gráfico 18. Principales problemas de salud identificados los últimos 12 meses por menores de 16 años en Canarias (2021)



Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 2021.

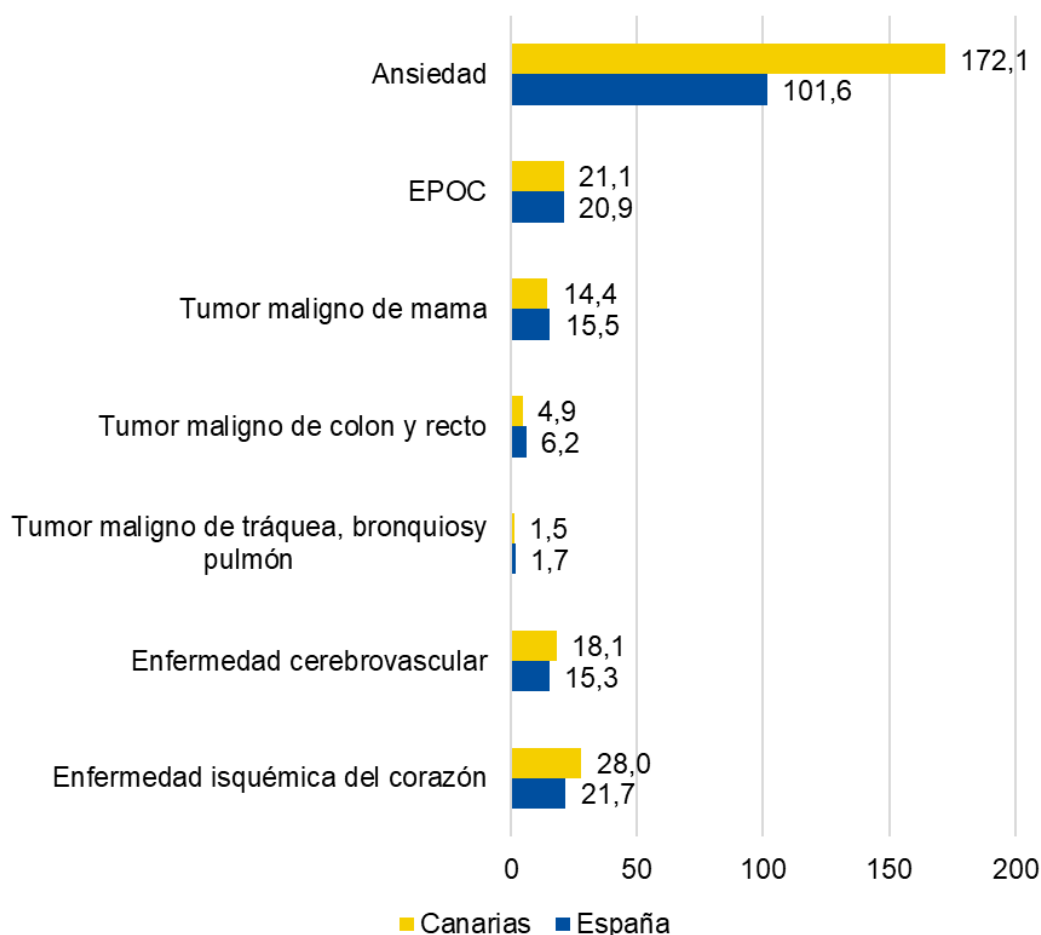
Prevalencia registrada de enfermedades con alta carga de morbilidad

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 ⁽³⁶⁾:

- Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes en Canarias que en el conjunto del país: la prevalencia registrada ajustada por edad de la cardiopatía isquémica alcanza 28,0 casos por 1.000 habitantes frente a 21,7 en España, y la enfermedad cerebrovascular 18,1 frente a 15,3.
- En los tumores malignos, Canarias presenta cifras algo menores en el tumor de mama (14,4 vs. 15,5) y colon y recto (4,9 vs. 6,2), mientras que la prevalencia ajustada del tumor de tráquea, bronquios y pulmón es similar (1,5 vs. 1,7).
- La EPOC tiene una prevalencia muy parecida (21,1 en Canarias vs. 20,9 en España).
- El dato más llamativo corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento, en concreto, a los trastornos de ansiedad, con una

prevalencia muy superior en Canarias (172,1 casos por 1.000 habitantes) frente a la media nacional (101,6).

Gráfico 19. Prevalencia registrada ajustada por edad por cada 1.000 habitantes: Canarias vs. España (2022).



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

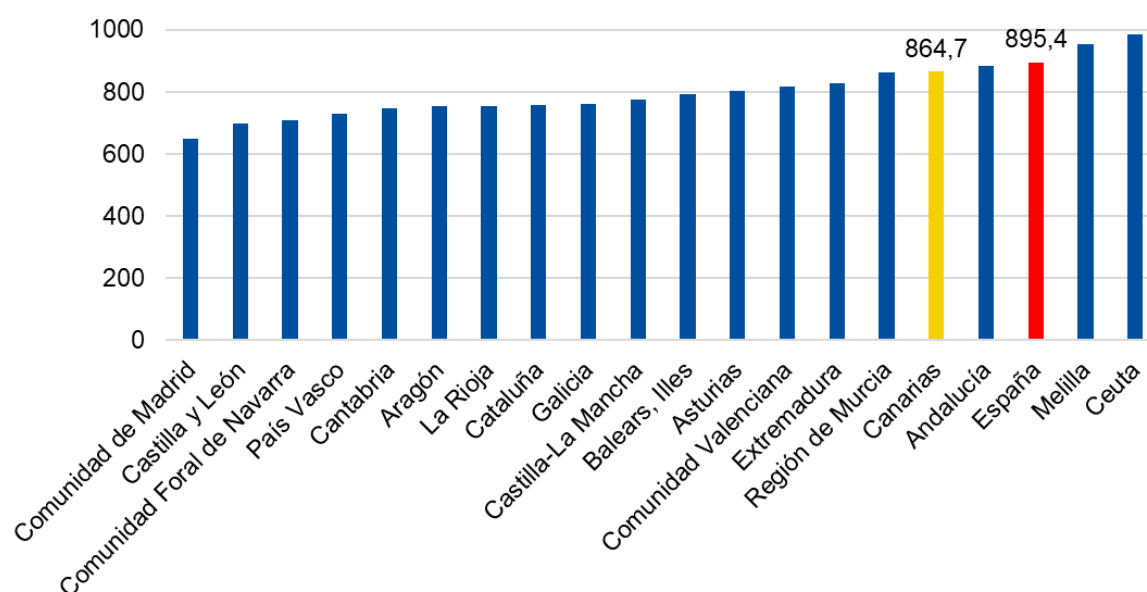
5.3.6. Mortalidad

En el año 2023, Canarias registró una tasa bruta de mortalidad⁴ de 8,01 defunciones por cada 1.000 habitantes, ligeramente inferior a la media nacional, que fue de 8,90 (37).

⁴ La tasa bruta de mortalidad es el número total de defunciones ocurridas en una población durante un año, dividido por la población media de ese año, y expresado generalmente por cada 1.000 habitantes. Este indicador refleja la mortalidad global, pero no tiene en cuenta la estructura por edad, por lo que puede variar significativamente entre poblaciones más jóvenes o envejecidas.

Por otro lado, la tasa estandarizada de mortalidad⁵ por todas las causas en Canarias fue de 864,7 por cada 100.000 habitantes, ocupando el cuarto lugar a nivel nacional, tras Ceuta, Melilla y Andalucía. Esta tasa fue superior en hombres (1.063,2) que en mujeres (703,5), con una variación mínima respecto al año anterior (+0,63 pp) ⁽³⁸⁾.

Gráfico 20. Tasa bruta de mortalidad por cada 100.000 habitantes en España (2023)



Fuente: INE.

En cuanto a las principales causas de defunción en Canarias, del total de 17.830 muertes, las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 26,7%, seguidas muy de cerca por los tumores (26,5%) y las enfermedades respiratorias (12,3%) ⁽³⁹⁾. A nivel nacional, los tumores se situaron como la principal causa de muerte (26,6%), superando a las enfermedades circulatorias (26,5%) ⁽⁴⁰⁾.

El análisis de la carga de mortalidad según el sexo pone de manifiesto diferencias significativas en las principales causas de defunción. En 2023, los tumores constituyeron la primera causa de muerte entre los hombres, mientras que en las mujeres predominaron las enfermedades del aparato circulatorio. Específicamente, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón fue la principal causa de muerte en hombres, representando el 6,9 % del total de defunciones, seguido del infarto agudo de miocardio (5,7 %). En las mujeres, la primera causa fue la insuficiencia cardíaca

⁵ La tasa estandarizada de mortalidad es un indicador que ajusta las tasas de defunción para eliminar el efecto de diferencias en la estructura por edad entre poblaciones. Se calcula aplicando las tasas específicas por edad de la población estudiada a una población estándar (habitualmente la europea). Este método permite comparar regiones o periodos de tiempo de forma homogénea, evitando sesgos derivados de que unas poblaciones sean más jóvenes o envejecidas.

(6,2 %), seguida por los trastornos mentales y del comportamiento, entre los que se incluyen las demencias (5,8 %) ⁽⁴⁰⁾.

Por otra parte, en 2023 Canarias registró la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio más elevada entre las comunidades autónomas, con 108,8 defunciones por cada 100.000 habitantes, frente a una media nacional de 81,8. A nivel estatal, estas patologías aumentaron un 23,7% respecto a 2022, debido principalmente a la neumonía (+17,1 pp) y la EPOC (+2,6 pp) ⁽⁴⁰⁾.

Asimismo, el suicidio provocó 241 muertes en Canarias, lo que representa un incremento del 3,4% respecto a 2022. El 77,2% de esas 241 muertes, fueron de hombres. A nivel nacional, los suicidios descendieron ligeramente (-2,6 pp), aunque siguen siendo la principal causa externa de muerte, seguida de las caídas accidentales ⁽⁴¹⁾.

Además, la información proporcionada por el Observatorio Canario de la Salud (OCSALUD) permite analizar la evolución temporal de diversas tasas de mortalidad ajustada por edad en el período comprendido entre 2011 y 2023. Durante este intervalo, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de pulmón mostró una tendencia descendente en hombres (-2,5% de reducción media anual), mientras que en mujeres se observó un incremento (+2,8%), lo que se traduce en una reducción media conjunta del -1,1 % anual. Asimismo, se registraron descensos en las tasas de mortalidad ajustada por cáncer de mama, cáncer colorrectal e infarto agudo de miocardio. En esta última causa, la disminución fue especialmente significativa en mujeres (-3,4% anual) en comparación con los hombres (-2,7% anual) ⁽⁴²⁾.

En el caso de las enfermedades cerebrovasculares, el periodo 2016-2021 evidenció una tendencia igualmente favorable, con reducciones medias anuales del -5,2 % en mujeres y del -0,9 % en hombres. En relación con la diabetes mellitus, las tasas ajustadas también presentaron descensos notables: -9,4 % en mujeres y -8,8 % en hombres ⁽⁴³⁾.

5.4. Seguridad alimentaria

El Servicio de Seguridad Alimentaria de la Dirección General de Salud Pública es el responsable del control oficial de los establecimientos alimentarios y de los alimentos comercializados en la Comunidad Autónoma de Canarias, cuya finalidad última es la protección de la salud de los consumidores y hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud en relación con los alimentos. Este control oficial se realiza mediante la adecuada planificación, organización y ejecución de las actuaciones anuales programadas conforme al Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (PNCOCA). De esta manera se asegura el cumplimiento de la legislación

en el ámbito de la seguridad alimentaria y el desarrollo de actuaciones rápidas y eficaces para intervenir en todas aquellas situaciones de alerta que se puedan generar⁽⁴⁴⁾.

Para la organización de los controles oficiales programados en el PNCOCA la normativa exige la inscripción de los establecimientos alimentarios —tales como industrias, comercios, almacenes y establecimientos de restauración— en registros sanitarios que son gestionados por el Servicio de Seguridad Alimentaria: el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (RGSEAA) que actualmente cuenta con 5.200 establecimientos y productos alimenticios inscritos y el Registro Sanitario Autonómico de Comercio al por Menor (RASCM) con 23.300 establecimientos inscritos ^(45,46).

Para la verificación del cumplimiento de la normativa alimentaria en los establecimientos alimentarios, el control oficial dispone de técnicas de inspección y de auditoría. Durante el año 2024, se levantaron un total de 13.764 Actas de Inspección Sanitaria, de las que 6.057 Actas fueron por visitas programadas a establecimientos alimentarios de Canarias. También se levantaron 2.533 Actas de Toma de Muestras, de las que 1.825 correspondieron con la toma de muestras alimentarias programadas ⁽⁴⁴⁾.

Además del control oficial programado antes descrito, también se notifican situaciones de alerta alimentaria en establecimientos o de productos alimenticios que suponen un riesgo directo para los consumidores, lo que implica activar medidas rápidas y eficaces para controlar dichas situaciones y evitar los riesgos sanitarios identificados. Estas alertas pueden ser brotes de toxiinfección alimentaria y aquellas tramitadas a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información.

Las toxiinfecciones alimentarias (TIA) constituyen la principal causa de brotes en Canarias. Entre 2014 y 2024 se notificaron en Canarias un total de 317 brotes de TIA que afectaron a 2.924 personas, dando lugar a 155 hospitalizaciones, sin llegar a provocar ningún fallecimiento.

Tabla 13. Nº de brotes, afectados, hospitalizados y defunciones de TIA en Canarias (2014-2024)

TIA	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Brotes	14	20	31	18	15	15	12	19	45	61	67	317
Afectados	411	146	466	182	172	115	110	97	398	497	330	2.924
Hospitalizados	44	5	13	12	11	13	17	22	7	6	5	155
Defunciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. SCS.

El 50% de los brotes tuvo lugar en el ámbito de la restauración colectiva, que incluye restaurantes, bares y hoteles, identificándose a la *Salmonella* como principal agente causal. El alimento implicado con mayor frecuencia fue el queso y los productos lácteos, seguido del huevo y la mayonesa (que incluye otros ovoproductos) y el pescado y el marisco. También cabe destacar que no se pudo identificar el alimento responsable en un 12,8% de los brotes. En 2024, los 67 brotes de TIA investigados generaron 186 actuaciones oficiales en los establecimientos alimentarios implicados (inspecciones y toma de muestras).

Finalmente, la gestión de la red de alerta alimentaria de nuestro país se efectúa a través del denominado Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI), como herramienta para organizar las actuaciones de control oficial de forma rápida y eficaz para localizar y retirar del mercado aquellos productos alimenticios y materiales en contacto con los alimentos que puedan suponer un riesgo identificado para la salud de los consumidores. El Servicio de Seguridad Alimentaria de la Dirección General de Salud Pública es el punto de contacto de Canarias con esta red de alerta, que durante 2024 organizó en Canarias el control oficial en 100 expedientes recibidos desde SCIRI, que generaron 585 actuaciones oficiales ⁽⁴⁷⁾.

5.5. Salud ambiental

5.5.1. Calidad del aire

Las principales fuentes de emisiones antropogénicas a la atmósfera son el tráfico rodado y los procesos industriales. No obstante, su impacto sobre la calidad del aire es limitado, si bien los niveles de contaminantes gaseosos tienden a ser algo más elevados en los grandes núcleos urbanos. En Canarias, las únicas superaciones de los valores límite de calidad del aire se deben al fenómeno natural de la calima, que provoca un aumento de las concentraciones de partículas en suspensión (PM₁₀ y PM_{2,5}) en todas las estaciones de medida y en el conjunto de las islas.

Durante el año 2024, la calidad del aire en Canarias se mantuvo dentro de los niveles exigidos por la normativa vigente, sin que se registraran superaciones legales de los valores límite para ninguno de los contaminantes regulados. La red de vigilancia, compuesta por estaciones públicas y privadas distribuidas en todas las islas, permitió evaluar de forma exhaustiva la situación en cada zona, confirmando el cumplimiento generalizado de los objetivos de calidad ambiental establecidos ⁽⁴⁸⁾.

Contaminantes gaseosos

Los valores de dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂), monóxido de carbono (CO) y benceno, así como los niveles de ozono troposférico (O₃), se

mantuvieron por debajo de sus respectivos valores límite a lo largo de todo el año. Ninguna estación de la red registró superaciones legales en 2024. Las concentraciones observadas se mantienen en la línea de años anteriores, reflejando la eficacia de las políticas de control de emisiones industriales, del tráfico y de generación energética. Por otro lado, el gas radón y su acumulación en diferentes espacios se considera un riesgo emergente que se aborda en coherencia con el Plan Nacional contra el Radón.

Partículas en suspensión (PM_{10} y $PM_{2,5}$)

Las partículas representan el contaminante más relevante en Canarias debido a la influencia constante del polvo mineral procedente del Sáhara. En 2024 se registraron numerosos días con elevadas concentraciones de PM_{10} , especialmente en Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote y sectores del sur de Tenerife. Sin embargo, una parte significativa de estas superaciones estuvo directamente vinculada a episodios naturales de intrusión de polvo africano, los cuales deben descontarse según la normativa europea.

Tras aplicar el descuento de las aportaciones naturales, ninguna estación de la red superó ni el valor límite diario ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) ni el valor límite anual de PM_{10} . Los valores de $PM_{2,5}$ también se mantuvieron claramente por debajo del límite anual, sin superaciones en ninguna zona de evaluación.

La siguiente tabla refleja el número de días en los que se superaron los valores límite diarios (VLD) para el parámetro PM_{10} durante el periodo 2018-2024, fijado en $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ y cuya superación no debe producirse en más de 35 días al año. Según los datos, esta situación se dio una vez en Lanzarote en 2023 (35,1 superaciones) y ninguna en 2024.

Tabla 14. Promedio anual de superaciones de PM_{10} en Canarias por islas (2018-2024)

Isla	Indicador (promedio anual de superaciones)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GC	PM10	21,8	21,4	31,1	22,3	35,2	27,2	27,8
TF		24,4	22,4	23,1	20,4	34,3	28,8	27,7
LP		24,0	19,9	26,8	14,4	32,6	24,7	23,7
LG		23,1	24,1	23,5	22,2	31,9	27,9	29,6
EH		23,1	22,2	24,3	18,0	29,9	24,5	18,1
LZT		19,2	21,8	36,4	31,2	37,6	35,1	30,6
FTV		29,3	27,5	35,1	24,0	43,4	27,5	28,4

Fuente: Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire en Canarias. Gobierno de Canarias.

Metales pesados y compuestos tóxicos

En las estaciones que realizan mediciones específicas, los niveles de arsénico, cadmio, níquel y plomo, así como los de benzo(a)pireno, estuvieron ampliamente por debajo de sus valores objetivo anuales. Los informes de la Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire de Canarias confirmaron que no se produjo ninguna superación para estos contaminantes durante 2024, manteniéndose unas concentraciones estables y bajas ⁽⁴⁹⁾.

Episodios de intrusión de polvo sahariano

El año 2024 se caracterizó por una alta frecuencia de episodios de intrusión de polvo del Sáhara, especialmente en los meses de invierno, primavera y verano. Se registraron episodios prolongados en enero y febrero, así como eventos intensos en abril, junio, julio y agosto, además de episodios adicionales en otoño. Estas intrusiones elevaron notablemente las concentraciones de partículas en el aire, afectando la visibilidad y la calidad del aire percibida por la población, aunque sin traducirse en incumplimientos legales gracias al carácter natural de estos aportes.

5.5.2. Calidad del agua de consumo humano

La calidad del agua de consumo está estrechamente vinculada con el nivel sanitario de un país, considerándose adecuada cuando se encuentra libre de microorganismos patógenos y de contaminantes en concentraciones capaces de afectar de manera adversa la salud de los consumidores.

En España, el Real Decreto 3/2023, de 10 de enero, establece los criterios técnico-sanitarios de la calidad de las aguas de consumo humano, los requisitos de control y suministro y las obligaciones aplicables a las instalaciones desde la captación hasta el grifo del consumidor. Su objetivo es proteger la salud de la población frente a los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación del agua destinada al consumo. Este Real Decreto transpone al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2020/2184, del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la calidad de las aguas destinadas al consumo humano, e integra además los compromisos internacionales asumidos por España en materia de derecho al agua y sostenibilidad ^(50,51).

Canarias cuenta con abastecimientos de alta calidad y rigurosos sistemas de vigilancia y de control analítico, que permiten que el agua llegue en buenas condiciones a nuestros hogares y sea consumida con seguridad. Para ello, el agua se somete previamente a un tratamiento de potabilización y a diversos controles sanitarios. La gestión del agua presenta un alto grado de complejidad, dado que

involucra a múltiples agentes, entre ellos los municipios, las empresas abastecedoras, los laboratorios de control y las administraciones sanitarias.

En nuestra Comunidad, el Programa de Vigilancia Sanitaria de Aguas de Consumo Humano constituye la herramienta fundamental para la aplicación práctica en Canarias del Real Decreto.

En el año 2023, del total de muestras analizadas e introducidas en el aplicativo del Sistema de Información de Aguas de Consumo (SINAC), mostraron que un 99,5% de los boletines analíticos de 10.953 puntos de muestreo controlados correspondían a *"agua apta para consumo humano"*, tan solo el 0,5% fueron calificadas como *"no aptas para el consumo"*, mientras que un 10,9% presentaron incidencias por el incumplimiento de algún parámetro ^(52,53).

En Canarias se controlan 614 Zonas de Abastecimiento distintas, con agua procedente de 488 captaciones, lo que supone una producción de 3.014,42 Hm³/año, que se almacenan en 1.197 depósitos de agua de consumo y se distribuyen en 985 Redes de Distribución, lo que suponen 15.346,8 km de conducciones.

5.5.3. Aguas de baño

En Canarias, el uso de las zonas de baño con fines recreativos por la población local y los turistas requiere la implementación de un sistema de vigilancia sanitaria específica. Dicha vigilancia es imprescindible para proteger la salud de la población frente a los riesgos de carácter biológico, físico y químico presentes tanto en el agua como en la playa.

Los criterios sanitarios que deben cumplir las aguas de baño y las disposiciones para el control, la clasificación, las medidas de gestión y el suministro de información al público sobre la calidad de las zonas de aguas de baño se establecen en el Real Decreto 1341/2007, de 11 de octubre, sobre gestión de la calidad de las aguas de baño. Este marco normativo establece 4 niveles de calidad de las aguas de baño: excelente, buena, suficiente e insuficiente, calidades que serán asignadas anualmente en función de la evaluación por temporada de baño, fijada en el Anexo II de dicha norma ⁽⁵⁴⁾.

En 2023, el 94,4% de las muestras de agua de mar de zonas de baño analizadas en Canarias fueron calificadas con calidad *"excelente"*.

Tabla 15. Clasificación anual de la calidad de las aguas de baño en Canarias (2019-2023)

Clasificación anual de la calidad de las aguas de baño por puntos de muestreo (PM)					
Indicador	2019	2020	2021	2022	2023
Nº PM controlados sanitariamente	216	213	213	213	216
Nº PM calidad excelente	208	210	206	204	204
%	95,4	98,6	96,7	95,8	94,4
Nº PM calidad buena	2	1	3	7	8
%	0,9	0,5	1,4	3,3	3,7
Nº PM calidad suficiente	0	0	0	0	1
%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Nº PM calidad insuficiente	2	2	2	1	0
%	0,9	0,9	0,9	0,5	0,0
Nº de PM sin calificar	4	0	2	1	3
%	1,9	0,0	0,9	0,5	1,4

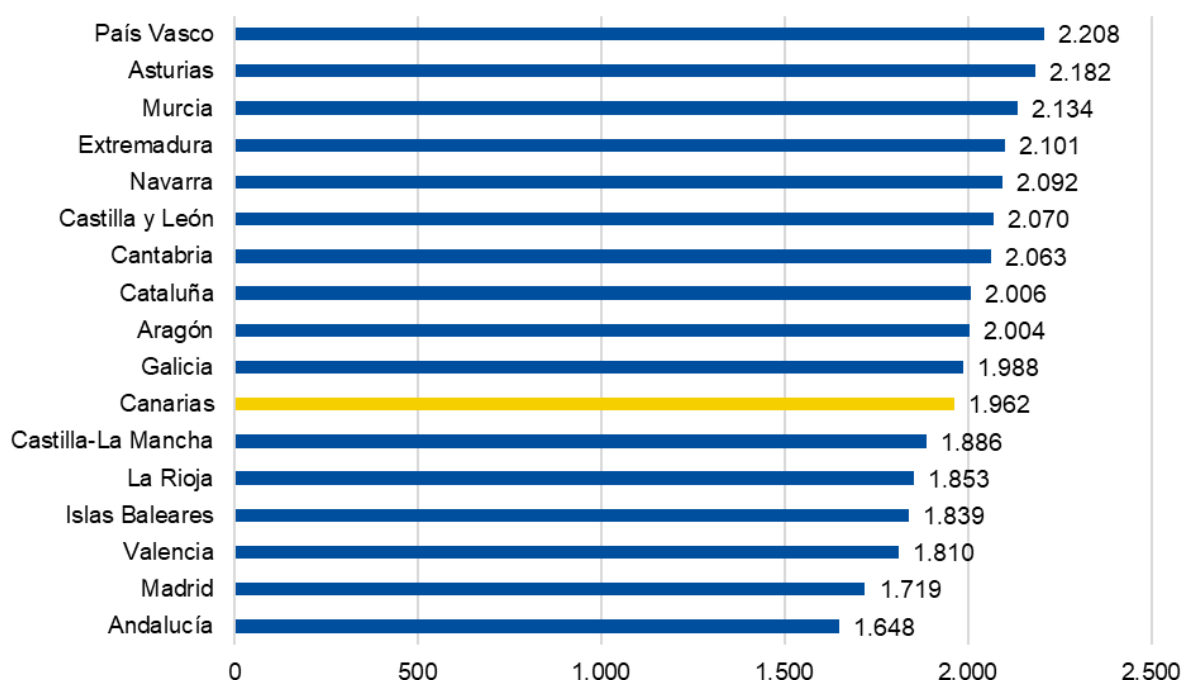
Fuente: Calidad de las aguas de baño en España. Informes anuales. Ministerio de Sanidad.

5.6. Gasto sanitario público

El gasto sanitario público consolidado en Canarias correspondiente al ejercicio económico 2023 supuso 4.365 millones de euros, lo que representó el 8,1% del PIB siendo la tercera comunidad autónoma con un porcentaje más elevado del PIB tras Extremadura (8,9%) y Región de Murcia (8,2%) ⁽⁵⁵⁾.

El gasto per cápita medio se situó en 1.962 euros, cifra superior a la media del conjunto de Comunidades Autónomas (1.890 euros por habitante), registrando además una tasa de variación interanual del 6,5% entre 2022 y 2023 ⁽⁵⁵⁾.

Gráfico 21. Gasto sanitario público por CCAA 2023 (€ por habitante)



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad.

De acuerdo con la clasificación económico-presupuestaria, el componente del gasto sanitario con mayor peso fue el gasto asignado a la remuneración del personal (capítulo I del presupuesto de gastos) que representó 2.268 millones de euros, un 51,5% del gasto sanitario público consolidado. A su vez, el 3,4% de este gasto de personal fue destinado a la formación sanitaria especializada, principalmente a la retribución de los especialistas en formación. Este componente del gasto experimentó un crecimiento del 1,5 pp respecto a 2019.

Según la clasificación funcional del gasto, el mayor peso en el ámbito de la asistencia sanitaria pública correspondió a los servicios hospitalarios y especializados (62,4%) seguido del gasto en farmacia (15,3%) y del gasto en servicios primarios de salud (14,4%), siendo la distribución de cada categoría algo superior a la del conjunto de CCAA, a excepción del gasto en salud pública que fue inferior ⁽⁵⁵⁾.

Tabla 16. Gasto sanitario público Canarias (2023)

Gasto sanitario público	Año 2023
Clasificación económica	
Remuneración del personal	51,5%
Consumo intermedio	21,4%
Transferencias corrientes	16,6%

Gasto sanitario público	Año 2023
Conciertos	7,1%
Clasificación funcional	
Servicios hospitalarios y especializados	62,4%
Farmacia*	15,3%
Servicios primarios de salud	14,4%
Servicios de salud pública	0,7%

Fuente: EGSP 2023. Ministerio de Sanidad.

*Un porcentaje no se recoge territorializado en la estadística. No incluye el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en los hospitales.

En 2024, del presupuesto autonómico (11.970.645.245 €), el 36,0% se destinó a financiar la asistencia sanitaria pública; en 2025, esta proporción aumentó al 37,2% sobre un total de 12.342.736.460 €. Para más detalle, consultar el apartado 7. Marco presupuestario.

5.7. Opinión de la ciudadanía

El Barómetro Sanitario es una encuesta de opinión anual que permite conocer el nivel de satisfacción de la ciudadanía con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y sus expectativas sobre los mismos, como elemento importante de priorización en las políticas de salud. Entre abril y octubre de 2024 se realizaron entrevistas telefónicas a 7.623 personas de ambos sexos, de 18 y más años, de las que 349 residían en Canarias.

Respecto a la valoración con el modo en el que el sistema sanitario funciona en España, el 48,9% de la población canaria encuestada opina que el sistema funciona “bien” o “bastante bien” frente al 13,9% que considera que funciona mal y necesita cambios profundos. A la hora de elegir el servicio sanitario manifiestan una clara preferencia por los centros públicos frente a los privados: en medicina de familia y pediatría un 69,7% de personas prefieren los centros públicos, en ingreso hospitalario un 74,3% y en urgencias un 67,8%. La única excepción se produce en las consultas con especialistas, donde la diferencia entre centros públicos y privados es mucho menor (49,2% frente a 47,3%, respectivamente).

Tabla 17. Satisfacción con los servicios sanitarios públicos 2024 (España y Canarias)

Satisfacción con los servicios públicos	España	Canarias
Funcionamiento del sistema sanitario público en España	6,3 (± 2,2)	6,2 (± 2,2)
Consultas de atención primaria en centros de salud	6,3 (± 2,4)	6,6 (± 2,3)
Consultas de atención hospitalaria	5,9 (± 2,4)	5,6 (± 2,5)

Satisfacción con los servicios públicos	España	Canarias
Urgencias en hospitales públicos	6,2 (± 2,5)	5,7 (± 2,7)
Urgencias 061 y 112	7,4 (±2,1)	7,3 (± 2,2)
Urgencias de centros de atención primaria	6,3 (± 2,3)	6,4 (± 2,4)
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	7,2 (± 2,1)	6,8 (± 2,4)

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2024. Ministerio de Sanidad.

Nota: se recoge la media de las puntuaciones obtenidas en una escala likert de 1 ("totalmente insatisfactorio") a 10 ("totalmente satisfactorio").

Para conocer la valoración de los usuarios reales, se preguntó a aquellos que habían acudido en los últimos doce meses al menos una vez a alguna consulta médica, a servicios de urgencias de la sanidad pública o habían estado ingresados en algún hospital público, si la atención recibida había sido *"muy buena"*, *"buena"*, *"regular"*, *"mala"* o *"muy mala"*.

El 81,3% de las personas usuarias de las consultas de medicina de familia manifestó una valoración positiva. Los aspectos mejor valorados fueron la confianza y seguridad transmitidos por los profesionales sanitarios, así como la calidad de la información recibida sobre su problema de salud. Por otra parte, el 10,0% de la población estuvo ingresada en un hospital público durante el último año, y un elevado porcentaje de esta muestra (86,3%) valoró positivamente la atención recibida, destacando especialmente el alto grado de satisfacción con los cuidados y la atención prestada por los profesionales durante el ingreso.

Tabla 18. Valoración de la atención recibida por parte de los usuarios 2024

Valoración positiva con la atención recibida ("muy buena" y "buena")	España	Canarias
Consultas de medicina de familia	83,1%	81,3%
Consultas de atención hospitalaria	81,8%	81,7%
Servicios de urgencias	76,0%	69,8%
Hospitalización	87,9%	86,3%

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2024. Ministerio de Sanidad.

Nota: número pequeño de entrevistas (resultados referidos a los que acudieron en los últimos 12 meses).

En relación con las vacunas, el nivel de confianza en sus efectos protectores es elevado. En concreto, el 89,1% de las personas encuestadas considera que la vacunación protege la salud de las personas con las que conviven, el 87,4% la percibe como una buena forma de prevenir enfermedades y el 86,4% afirma seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios. No obstante, estos porcentajes se sitúan ligeramente por debajo de la media de la población general, y un 37,0% de los

participantes manifestó creer que las vacunas pueden provocar efectos adversos en la salud.

Por otro lado, la encuesta de 2024 refleja que el 45,8% de los entrevistados ha accedido alguna vez a su historia clínica electrónica por internet, mientras que solo el 41,7% valora positivamente la coordinación entre la Atención Primaria (AP) y el nivel hospitalario.

5.8. Participación comunitaria

La participación comunitaria se define como el proceso mediante el cual diversos actores de una comunidad intervienen en el análisis, diseño, implementación y evaluación de iniciativas orientadas a atender sus necesidades de salud. Este proceso se materializa en la organización comunitaria, la asunción de responsabilidades compartidas y el mantenimiento de una comunicación constante tanto con las autoridades como con la propia población ⁽⁵⁶⁾.

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias define y establece los siguientes órganos de participación ⁽⁵⁷⁾:

- El Consejo Canario de la Salud.
- El Consejo de Salud del Área de Salud.
- El Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud.
- El Consejo Municipal de Salud.
- La Comisión de Participación Hospitalaria.
- Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

El objetivo de los Consejos y Comisiones es convertirse en espacios públicos estratégicos en donde se articulan y unifican las funciones de participación comunitaria, planificación sanitaria y comunicación entre la población y la administración sanitaria. Sin embargo, la actividad de estos órganos en nuestro territorio ha sido muy limitada en la práctica, y el panorama es parecido a nivel nacional ⁽⁵⁸⁾. Esto se debe en parte a que el nivel de detalle de las normativas sobre la composición de los órganos de participación es heterogéneo y, en ocasiones, con escasa definición de la proporción del nivel de representatividad ciudadana. Además, esta normativa no siempre detalla el proceso organizativo que deben seguir los órganos de participación ciudadana, limitándose a definir sus funciones y competencias.

En este contexto, la vertiente comunitaria ha tenido un desarrollo limitado en Canarias. No obstante, gracias al impulso de grupos de profesionales y de la propia ciudadanía, se han promovido diversas iniciativas, entre ellas:

- LOCALIZA SALUD es una aplicación que reúne y muestra recursos comunitarios, activos para la salud y actividades orientadas al bienestar. Es un proyecto desarrollado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad, las Comunidades y Ciudades Autónomas, la Alianza de Salud Comunitaria y los municipios adheridos a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, con la participación de los municipios y la ciudadanía que deseen implicarse ⁽⁵⁹⁾.
- Según la Agenda Canaria de Desarrollo Sostenible, la Dimensión Personas determina la Política Aceleradora 1: Disponer de servicios sociales suficientes y de calidad y de una estrategia de inclusión para avanzar en la lucha contra la pobreza. En ella se concreta la Prioridad de Actuación 1.6: Enfoque comunitario ⁽⁶⁰⁾.
- Estrategia Canaria de Islas y Municipios Promotores de la Salud (ECIMPS), a la que se han adherido 65 municipios y 6 cabildos insulares ^(61,62).
- Gestión Participativa en Salud en el Municipio de Santa Brígida: el municipio como entorno promotor de salud y bienestar (Gran Canaria).
- Proyecto Salud con Z (Tenerife).
- Diagnóstico Inicial de Salud desde la Farmacia Comunitaria en el barrio de San Isidro de Granadilla de Abona (Tenerife).
- Proceso Comunitario de San Bartolomé (Lanzarote), con diferentes actividades, como los paseos saludables o la Semana de la Salud.
- Proyecto de Salud Comunitaria de Argana Alta (Arrecife, Lanzarote).
- Programa “Saber cuidarse para poder cuidar” (Fuerteventura), orientado a reducir el malestar físico y psicológico de las personas cuidadoras de familiares con algún grado de dependencia.
- Plataforma “Sumando Construimos”, en un distrito de Santa Cruz de Tenerife ⁽⁶³⁾.
- Proceso comunitario de Las Remudas – La Pardilla, en Gran Canaria ⁽⁶⁴⁾.

Para mejorar la situación actual e impulsar la actividad en este ámbito, los Equipos de Atención Primaria (EAP) requieren refuerzo a nivel de dotación de herramientas y recursos (diagnóstico de salud, agenda comunitaria, gestor para recomendación de activos, genograma, actualización de contenidos para educación grupal, etc.), puestos a su disposición en la Historia de Salud DRAGO-AP.

Asimismo, es necesario que el SCS articule mecanismos organizativos y de coordinación que favorezcan el enfoque comunitario, tanto dentro de los EAP como en su vinculación con la ciudadanía (asociaciones, colectivos, grupos informales, personas a título individual) y con otros sectores clave, como educación, ayuntamientos y cabildos.

En respuesta a esta situación, actualmente se encuentra en fase de despliegue la Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria de Canarias. La Estrategia tiene como objetivo general reforzar la orientación comunitaria en AP para avanzar en enfoques preventivos y promover la salud en colaboración con diferentes sectores. Los objetivos específicos incluyen la implementación de medidas organizativas, el desarrollo de los tres niveles de orientación comunitaria y la facilitación de recursos y herramientas ⁽⁶⁵⁾.

6. Definición del Plan de Salud 2026-2031

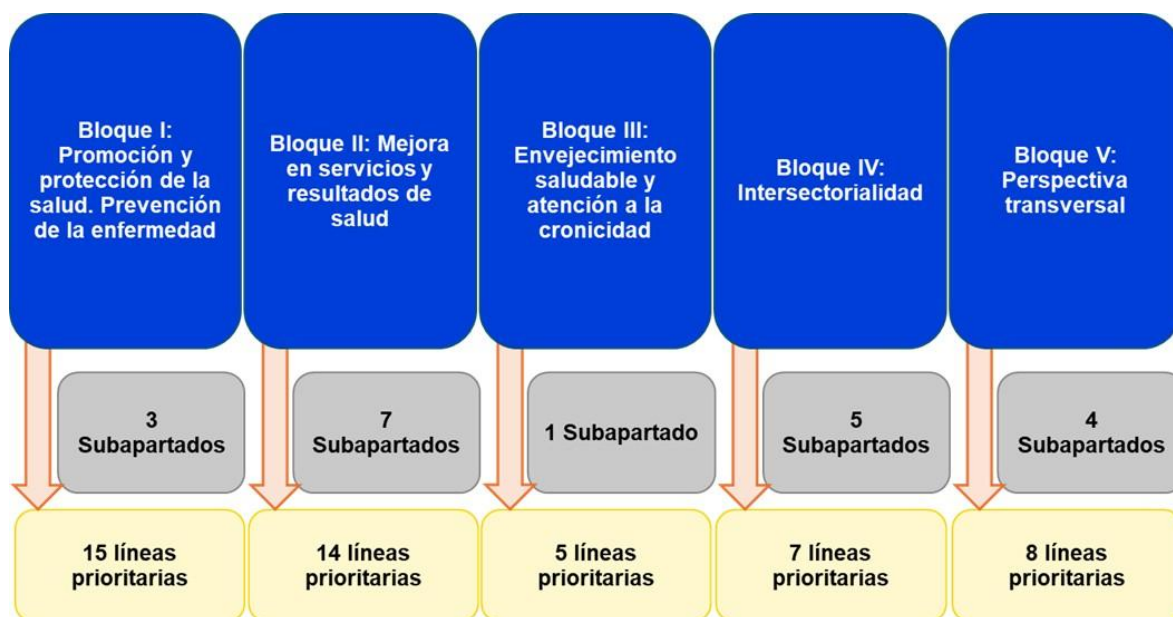
6.1. Estructura del Plan de Salud

El Plan de Salud de Canarias 2026-2031, se estructura en **5 bloques temáticos**:

- **Bloque I:** Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad.
- **Bloque II:** Mejora en servicios y resultados de salud.
- **Bloque III:** Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad.
- **Bloque IV:** Intersectorialidad.
- **Bloque V:** Perspectiva transversal.

Cada uno de estos 5 bloques temáticos se desarrolla su vez en un conjunto de **20 subapartados y 49 líneas prioritarias** de actuación para cada una de las cuales se ha definido **un objetivo general** y un **conjunto de objetivos específicos**, definidos por los Grupos de Trabajo.

Figura 5. Bloques temáticos, subapartados y líneas prioritarias del PSC 2026-2031



Fuente: Elaboración propia

6.2. Objetivos específicos por bloque

El PSC 2026-2031 define **149 objetivos específicos** que se resumen a continuación:

6.2.1. Bloque I: Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad

Este bloque concentra las líneas prioritarias orientadas a **preservar y mejorar el estado de salud de la población desde una perspectiva preventiva y de promoción activa**. Abarca actuaciones dirigidas a reducir los factores de riesgo modificables (sedentarismo, tabaquismo, obesidad, consumo de alcohol o drogas) y a fomentar estilos de vida saludables en todas las etapas del ciclo vital.

Asimismo, incluye objetivos de **prevención primaria y secundaria frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles**, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la **protección de la salud frente a riesgos ambientales, laborales y alimentarios**. En conjunto, este bloque aborda las cuestiones clave relacionadas con la prevención, la educación sanitaria, la salud pública ambiental y la seguridad alimentaria, constituyendo la base de un modelo de salud poblacional proactivo.

Se estructura en 3 subapartados, 15 líneas prioritarias y 50 objetivos específicos:

Bloque I: Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad	
Subapartado 1. Promoción de la salud	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 1. Sobrepeso y obesidad	➤ Impulsar, hasta su completa implantación, el plan de prevención de la obesidad en menores de 12 años en Canarias. ➤ Abordar de manera precoz y coordinada el sobrepeso y obesidad en población menor de 15 años. ➤ Desarrollar e implantar una BPSO⁶ de sobrepeso y obesidad a nivel autonómico.

⁶ Programa de Buenas Prácticas

 LP 2. Actividad física	➤ Incrementar la proporción de población adulta que cumple las recomendaciones de actividad física de la OMS. ➤ Consolidar e implantar las unidades ACTIVÍDATE en todas las islas como recurso estable de prescripción y seguimiento del ejercicio físico. ➤ Favorecer la creación de entornos comunitarios activos y accesibles para toda la población.
 LP 3. Lactancia materna	➤ Aumentar las tasas de inicio de lactancia materna al nacimiento. ➤ Fomentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. ➤ Mejorar las tasas de lactancia materna en mayores de 6 meses. ➤ Incrementar la adhesión de los hospitales y centros de salud de Canarias a la estrategia iHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia).
 LP 4. Tabaquismo	➤ Promocionar el Programa de Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza secundaria (ITESPLUS). ➤ Incentivar el acceso de los fumadores al Programa de Atención al Fumador de Canarias (PAFCAN). ➤ Fomentar los espacios libres de humo de tabaco.
 LP 5. Consumo de alcohol	➤ Promocionar el programa ITESPLUS en enseñanza secundaria. ➤ Formar a profesionales sanitarios de atención primaria en educación para la salud centrada en el cambio de estilos de vida. ➤ Detectar el consumo de riesgo de alcohol en personas mayores de 14 años.

 LP 6. Drogas y otras adicciones	➤ Mejorar las competencias comunitarias para lograr mejoras en la calidad de vida de la población. ➤ Facilitar la información, promover la sensibilización y los estilos de vida saludables de la población, como factor de protección frente a riesgos de adicciones. ➤ Normalizar la atención a las personas con problemas de adicciones en el sistema sanitario público. ➤ Potenciar el diagnóstico precoz y la intervención temprana en el ámbito de las adicciones. ➤ Desarrollar la interoperabilidad entre los sistemas de información existente.
Subapartado 2. Prevención de la enfermedad	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 7. Enfermedades Prevenibles por vacunación	➤ Aumentar o mantener según el caso la cobertura vacunal infantil de las vacunas seleccionadas de la CCAA, según el calendario para todas las edades de la vida de Canarias 2024. ➤ Disminuir la tasa de incidencia de enfermedades vacunales ➤ Establecer un sistema estable de estudio de coberturas.
 LP 8. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	➤ Promover la prevención combinada del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/ITS y hepatitis c y la promoción de la salud sexual. ➤ Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH/ITS y hepatitis c. ➤ Promover el tratamiento temprano del VIH/ITS y hepatitis C y manejo de la cronicidad.

 LP9. Estrategia de prevención de los efectos en la salud asociados a los episodios de calima	➤ Desarrollar un sistema de vigilancia en salud pública de la calima que incluya la vigilancia de la morbilidad asociada a la exposición a la calima. ➤ Implementar el sistema de alerta temprana por riesgo en la salud que incluya la comunicación del riesgo en salud por calima, y medidas de protección, así como la coordinación con otras administraciones responsables de población sensible y vulnerable y la ciudadanía en general.
 LP 10. Prevención de los efectos en la salud de las temperaturas extremas y de la radiación	➤ Desarrollar un sistema de información ambiental y efectos en la salud asociados a altas temperaturas como parte de la estrategia para la consecución del objetivo principal. ➤ Desarrollar un sistema de información ambiental y de efectos en la salud asociados a la radiación UV como parte de la estrategia para la consecución del objetivo principal. ➤ Sistema de alerta temprana. Informar y avisar a la población y a las administraciones y entidades competentes, tanto en atención sanitaria asistencial como en atención a población sensible y vulnerable, ante situaciones de riesgo por altas temperaturas. ➤ Diseñar e implantar un sistema de vigilancia de la morbilidad asociada a la exposición a las altas temperaturas ambientales.
 LP 11. Enfermedades no transmisibles	➤ Desarrollar un sistema de vigilancia en salud mental. ➤ Elaborar el plan de vigilancia de la salud mental y reforzar la coordinación con la dirección general de salud mental y adicciones.
 LP 12. Estrategia de vigilancia del cáncer en Canarias	➤ Priorizar las actuaciones del Registro Poblacional de Cáncer de Canarias (RPCC), con el fin de agilizar la obtención de información del cáncer colorrectal, cáncer de mama y cáncer de cérvix. ➤ Desarrollo de un aplicativo específico para la obtención, registro y análisis de datos de cáncer. ➤ Estimación cuantitativa del impacto pre y post intervención.
Subapartado 3. Protección de la salud	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos

 LP 13. Protección de Enfermedades Profesionales	➤ Formación a los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico de enfermedades profesionales. ➤ Actualizar un protocolo de comunicación entre atención primaria y el servicio de salud laboral. ➤ Comunicación de los procesos a las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social (MCSS) para la declaración de enfermedad profesional.
 LP 14. Sanidad Ambiental	➤ Mejorar la información de la calidad del aire mediante la ejecución de programa en salud pública de la calidad del aire. ➤ Mejorar la calidad del agua de consumo humano mediante la ejecución del programa de vigilancia y control de la calidad de las aguas de consumo. ➤ Mejorar la calidad del agua en zonas de baño mediante la ejecución del programa de vigilancia sanitaria de las aguas de baño. ➤ Disminuir el número de casos notificados de legionela mediante la ejecución programa de control oficial de las instalaciones con riesgo ambiental de proliferación y diseminación de la legionela. ➤ Mejorar los criterios técnico-sanitarios en las piscinas mediante la ejecución del programa de vigilancia de las piscinas de uso colectivo. ➤ Evitar que Canarias se convierta en una zona de riesgo o área endémica de muchas enfermedades de transmisión por vectores mediante la ejecución del programa de vigilancia entomológica de vectores en Canarias.
 LP 15. Seguridad Alimentaria	➤ Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante inspecciones oficiales de los establecimientos alimentarios. ➤ Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante la toma de muestras y análisis de los productos alimenticios. ➤ Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante las actuaciones en las situaciones de alerta alimentaria.

6.2.2. Bloque II: Mejora en servicios y resultados de salud

El segundo bloque se centra en la **optimización de la atención sanitaria y los resultados clínicos**, mediante la implantación de rutas asistenciales integradas y la mejora de la calidad y seguridad del paciente en patologías de alta prevalencia y carga de enfermedad.

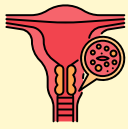
Incluye líneas prioritarias vinculadas a **áreas clínicas específicas** —cardiovascular, diabetes, cáncer, salud mental, respiratorio y cuidados paliativos— y promueve la implementación de **protocolos actualizados, programas de cribado y procesos**

de atención basados en la evidencia científica. Este bloque aborda cuestiones como la equidad en el acceso, la continuidad asistencial, la efectividad de los tratamientos y la reducción de la morbilidad evitable, reforzando el eje asistencial del sistema sanitario.

Este bloque se divide en 7 subapartados, 14 líneas prioritarias y 43 objetivos específicos:

Bloque II: Mejora en servicios y resultados de salud	
Subapartado 4. Cardiovascular	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 16. Cardiopatía isquémica	➤ Implementar la actualización del Código Infarto en Canarias (CODICAN) que incluya la asistencia precoz al Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST (SCASEST) en toda la comunidad. ➤ Realizar un tratamiento de reperfusión de los infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en las primeras 12 horas. ➤ Realizar angiografía urgente e Intervención Coronaria Percutánea (ICP) (si está indicada) en las primeras 12 horas en los SCASEST de muy alto riesgo. ➤ Protocolizar la rehabilitación temprana tras un infarto agudo de miocardio.
 LP 17. Enfermedad cerebrovascular	➤ Implementar la actualización de la “guía de atención al ictus/código ictus” del SCS. ➤ Mejorar los tiempos de acceso a prueba de neuroimagen en pacientes en código ictus desde la llegada al hospital o su detección intrahospitalaria. ➤ Realizar tratamiento precoz, según los tiempos indicados en las guías, en ictus isquémicos y hemorrágicos. ➤ Aumentar el número de pacientes con fibrilación auricular que reciben terapia anticoagulante. ➤ Establecer un programa de rehabilitación tras un proceso de ictus.
 LP 18. Insuficiencia cardíaca crónica	➤ Optimizar el tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca con Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) disminuida (< 40%). ➤ Realizar rehabilitación cardíaca intra-hospitalaria y tras el alta.

 LP 19. Riesgo cardiovascular, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica	➤ Aumentar el porcentaje de personas entre 30 y 74 años con estimación del Riesgo Cardiovascular (RCV). ➤ Mejorar el control de la Hipertensión Arterial (HTA). ➤ Mejorar la detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en población de alto riesgo. ➤ Reducir la incidencia de tratamiento renal sustitutivo (TRS).
Subapartado 5. Diabetes	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 20. Diabetes	➤ Aumentar el porcentaje de personas con diabetes tipo 2 menores de 70 años con un adecuado control glucémico valorado por la hemoglobina glicosilada. ➤ Aumentar el porcentaje de personas con diabetes con medición de la función renal. ➤ Aumentar el porcentaje de retinografías bienales realizadas a personas con diabetes a través del programa RETISALUD. ➤ Aumentar el porcentaje de personas con diabetes con exploración anual del pie diabético. ➤ Desarrollar e implantar un programa estructurado de educación terapéutica para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2. ➤ Crear un registro centralizado de personas con diabetes (tipo 1 y tipo 2) en la comunidad autónoma que incluya entre otros aspectos a las personas diabéticas que utilizan tecnología.
Subapartado 6. Cáncer	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 21. Cáncer de mama	➤ Aumentar el porcentaje de participación en el programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la App MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de las usuarias ➤ Reconstruir el complejo areola - pezón en aquellas mujeres que cumplan con los criterios establecidos.

 LP 22. Cáncer de colon	➤ Aumentar la cobertura del programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la app MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de los usuarios. ➤ Disminuir los tiempos de demora diagnóstica.
 LP 23. Cáncer de Cérvix	➤ Aumentar la cobertura del programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la App MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de las usuarias. ➤ Disminuir los tiempos de demora diagnóstica.
Subapartado 7. Cuidados Paliativos	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 24. Cuidados Paliativos	➤ Identificar de forma precoz a las personas con necesidades de atención paliativa (incluyendo la edad pediátrica), garantizando la inclusión oportuna en el programa de cuidados paliativos. ➤ Desarrollar protocolos consensuados de derivación elaborados por equipos multidisciplinares de profesionales que atienden pacientes de cuidados paliativos en el ámbito de atención primaria y hospitalaria. ➤ Facilitar la planificación anticipada de la atención, incluyendo las preferencias y valores del paciente, así como las voluntades anticipadas y las decisiones compartidas con el equipo asistencial.
Subapartado 8. Respiratorio	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos

 LP 25. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	➤ Realizar una espirometría en atención primaria al 100% de los usuarios con sospecha de EPOC. ➤ Implementar una ruta asistencial para pacientes EPOC en los centros de salud con su hospital de referencia. ➤ Fomentar el "consejo breve" (consejo sanitario antitabaco) en los centros de salud. ➤ Fomentar/ofrecer tratamiento de deshabituación a aquellos pacientes fumadores activos con EPOC a través del PAFCAN (Programa de Ayuda al Fumador en Canarias).
Subapartado 9. Salud mental	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 26. Trastorno mental grave (TMG)	➤ Mejorar la adherencia a las consultas en las unidades de salud mental comunitaria para reducir los ingresos hospitalarios. ➤ Potenciar la hospitalización a domicilio para reducir los ingresos hospitalarios.
 LP 27. Salud Mental Infanto-juvenil	➤ Potenciar la atención comunitaria en salud mental infanto-juvenil.
 LP 28. Salud Mental Grupos Vulnerables	➤ Mejorar la atención y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastorno mental. ➤ Intervenir precozmente tras un intento de suicidio. ➤ Reducir el acceso a medios letales para contribuir a la prevención del suicidio en Canarias.
Subapartado 10. Seguridad del paciente	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 29. Seguridad del Paciente	➤ Mejorar la adherencia a la higiene de manos y uso racional de guantes por parte del personal sanitario. ➤ Uso adecuado de dispositivos invasivos en el paciente ingresado: prevención de la bacteriemia. ➤ Potenciar el uso racional de antibióticos y control de la resistencia antimicrobiana.

6.2.3. Bloque III: Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad

Este bloque responde al **reto demográfico y epidemiológico** derivado del envejecimiento de la población y del aumento de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad. Su objetivo es fomentar un modelo de atención integral, continuada y centrada en las personas mayores o con patologías crónicas, orientado a preservar la autonomía, prevenir la dependencia y optimizar la calidad de vida.

Las líneas prioritarias abordan cuestiones como la detección precoz de la fragilidad, la realización de valoraciones integrales, la implementación de rutas asistenciales y planes de atención personalizada compartidos, la atención a la demencia, el apoyo a las personas cuidadoras, el empoderamiento del paciente y el uso racional del medicamento. En conjunto, este bloque promueve una **transformación del modelo asistencial hacia la cronicidad activa y el envejecimiento saludable**, articulando la coordinación entre niveles y servicios.

Este bloque consta de 1 subapartado, 5 líneas prioritarias y 19 objetivos específicos:

Bloque III: Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad	
Subapartado 11. Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 30. Prevención y abordaje de la fragilidad en personas mayores	➤ Detectar la fragilidad y la limitación funcional en la población mayor de 70 años a través de herramientas implementadas en los distintos ámbitos asistenciales. ➤ Realizar el cribado del riesgo de caídas en la población mayor de 70 años. ➤ Desarrollar e implementar programas de atención multicomponente.
 LP 31. Cronicidad y Multimorbilidad	➤ Incorporar a una ruta asistencial a los pacientes de alta complejidad para disminuir los ingresos y estancias hospitalarias, así como los reingresos. ➤ Realizar valoraciones integrales —clínicas, funcionales, emocionales y sociales— adaptadas a cada grupo de edad, especialmente en atención domiciliaria. ➤ Implementar Planes de atención personalizados compartidos.

 LP 32. Atención al deterioro cognitivo y Demencia	➤ Desarrollar una ruta asistencial para la enfermedad de alzhéimer y otras demencias. ➤ Desarrollar e implementar de una vía clínica con apoyo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICS) para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo y la demencia. ➤ Protocolizar la utilización de novedades terapéuticas para todo el servicio canario de la salud. ➤ Potenciar la formación a los/las profesionales de medicina y enfermería de atención primaria.
 LP 33. Apoyo y Empoderamiento	➤ Incrementar las competencias y habilidades en salud a través de Aulas de Salud. ➤ Incrementar las competencias y habilidades en salud a través de la Escuela de Pacientes de Canarias. ➤ Aumentar la cobertura y equidad de la formación a personas cuidadoras, disminuyendo su nivel de sobrecarga. ➤ Implementar servicios para potenciar el empoderamiento de las personas a través de las TICS. ➤ Potenciar la formación a profesionales de la salud sobre empoderamiento de los pacientes.
 LP 34. Uso Racional del Medicamento	➤ Incrementar la prescripción por principio activo (PPA) o denominación oficial española (DOE). ➤ Potenciar/aumentar/incrementar la utilización de medicamentos biosimilares. ➤ Revisar los planes terapéuticos para una prescripción razonada de medicamentos. ➤ Reducir el consumo de benzodiacepinas y fármacos relacionados (subgrupos terapéuticos n05ba, n5cd y n05cf de la clasificación ATC).

6.2.4. Bloque IV: Intersectorialidad

El cuarto bloque pone el acento en la **colaboración entre sectores, instituciones y ámbitos de actuación más allá del sistema sanitario**, reconociendo que la salud es un resultado compartido de múltiples determinantes sociales, ambientales y comunitarios.

Aborda cuestiones relacionadas con la **coordinación sociosanitaria**, la **acción conjunta con municipios y cabildos**, la **prevención de la violencia de género y en la infancia**, la **atención a la población migrante** y el **autoabastecimiento de sangre y hemoderivados**. Este bloque impulsa mecanismos de gobernanza,

intercambio de información y alineación estratégica entre agentes del territorio, con el propósito de construir entornos más saludables y equitativos.

Este bloque cuenta con 5 subapartados, 7 líneas prioritarias y 14 objetivos específicos:

Bloque IV: Intersectorialidad	
Subapartado 12. Coordinación sociosanitaria	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 35. Mejora en la calidad asistencial en la atención sociosanitaria	➤ Desarrollar e implantar sistemas de información que permitan una gestión integrada de la atención sociosanitaria. ➤ Optimizar la atención farmacoterapéutica de las personas residentes en centros sociosanitarios. ➤ Estandarizar la coordinación interinstitucional mediante protocolos comunes de actuación. ➤ Fomentar la formación continuada en atención sociosanitaria.
Subapartado 13. Intersectorialidad municipal	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 36. Coordinación con los municipios	➤ Incrementar el número de municipios y cabildos que se adhieren a la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención (EPSP).
 LP 37. Intersectorialidad en el ámbito municipal	➤ Implementar la recomendación de recursos y activos en salud a la población por parte de los equipos de atención primaria.
Subapartado 14. Violencia	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 38. Violencia de Género	➤ Potenciar la detección precoz de la violencia de género mediante el cuestionario de detección Women Abuse Screening Tool (WAST) y la entrevista clínica en mujeres de 15 o más años en las consultas de atención primaria ➤ Elaboración e implementación del protocolo de actuación en atención especializada ante la violencia de género.

 LP 39. Violencia en la Infancia y Adolescencia	➤ Promoción del buen trato en la infancia y la adolescencia y prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. ➤ Detección precoz de la violencia en <15 años.
Subapartado 15. Atención a personas migrantes	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 40. Atención sanitaria a la población migrante	➤ Alta en tarjeta sanitaria y correcta identificación de las personas extranjeras que, sin residir legalmente en España, se encuentren en Canarias. ➤ Realización de perfil analítico inicial según país de origen en personas <18 años migrantes.
Subapartado 16. Autoabastecimiento de sangre y hemoderivados	
 LP 41. Autoabastecimiento de sangre y hemoderivados	➤ Incrementar el número de donaciones de sangre y aféresis a medio y largo plazo. ➤ Implementar la homogeneización de la imagen del banco de sangre de Canarias en centros, puntos fijos y vehículos corporativos.

6.2.5. Bloque V: Perspectiva transversal

Este bloque integra los **elementos estructurales y de soporte** del sistema sanitario que posibilitan el cumplimiento del resto de objetivos del Plan. Se centra en los ámbitos de la **atención centrada en la persona**, la **modernización tecnológica y de infraestructuras**, la **gestión eficiente de la demanda asistencial** y la **salud laboral**.

Aborda cuestiones de carácter organizativo, tecnológico y cultural, orientadas a **reforzar la humanización, la accesibilidad, la digitalización y la sostenibilidad del sistema sanitario público**. En suma, este bloque articula los ejes transversales

que sostienen la transformación organizativa y el progreso hacia un modelo de salud más humanizado, resiliente y centrado en las personas.

Este bloque se divide en 4 subapartados, 8 líneas prioritarias y 23 objetivos específicos:

Bloque V: Perspectiva transversal	
Subapartado 17. Atención centrada en la persona	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 42. Humanización: Atención centrada en la Persona	➤ Incrementar la emisión de tarjetas AA mediante la difusión de la instrucción 12/2018, de 13 de octubre para garantizar el derecho a una asistencia accesible y adecuada para personas con discapacidad y otras dificultades especiales. ➤ Realizar campañas institucionales de sensibilización dirigidas a la ciudadanía sobre la importancia de respetar y cuidar al personal del SCS. ➤ Involucrar a las personas usuarias en la estructura orgánica del modelo de humanización. ➤ Publicar memorias anuales en materia de atención centrada en la persona, recopilando y ordenando las iniciativas desarrolladas, los avances, logros y resultados del despliegue de la estrategia de atención sanitaria centrada en la persona.
 LP 43. Humanización: Centrada en los y las profesionales	➤ Impulsar la formación y capacitación a profesionales sanitarios y no sanitarios sobre atención centrada en la persona. ➤ Desarrollar actividades formativas para fomentar el autocuidado del personal, especialmente desde el punto de vista emocional. ➤ Informar al personal del SCS sobre la aplicación de las medidas de accesibilidad y acompañamiento.
 LP 44. Mejora del confort y accesibilidad de Infraestructuras, espacios y entornos	➤ Diseñar criterios concisos que sirvan de referencia en el ámbito del Servicio Canario de la Salud para el diseño de entornos que favorezcan el confort físico, emocional y sensorial de usuarios y profesionales.

Subapartado 18. Tecnologías de la información y comunicación	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 45. Transformación digital del Servicio Canario de la Salud	➤ Desarrollar la historia clínica única. ➤ Renovar y ampliar las infraestructuras TIC corporativas del SCS. ➤ Implantar la estrategia de ciberseguridad.
Subapartado 19. Equipamiento, infraestructura y logística	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 46. Equipamiento, Infraestructura y Logística	➤ Renovar los equipamientos sanitarios. ➤ Mejorar las infraestructuras sanitarias. ➤ Implantar el plan integral de mejora de los procesos logísticos de los centros sanitarios del SCS.
Subapartado 20. Gestión de la demanda asistencial	
Línea Prioritaria	Objetivos específicos
 LP 47. Gestión de la Demanda Asistencial	➤ Implementar un nuevo modelo de priorización en las listas de espera quirúrgicas de la comunidad autónoma de Canarias. ➤ Revisar y estandarizar las indicaciones quirúrgicas de los procedimientos más prevalentes ➤ Elaborar e implantar un protocolo de actuación orientado a optimizar los tiempos de acceso, garantizar la adecuación de las derivaciones y mejorar la eficiencia en la asignación de citas.
 LP 48. Atención Compartida de la Demanda	➤ Incrementar la capacidad resolutive de enfermería en atención primaria para el abordaje de la demanda no programada. ➤ Formar al 70% de profesionales de enfermería de atención primaria en el modelo ACD antes de 2031. ➤ Aumentar el uso efectivo del sistema de triaje estructurado (set) en Drago AP por parte de enfermería.

 LP 49. Salud Laboral. Optimización del control médico de la Incapacidad Temporal (IT)	➤ Derivación de procesos asistenciales musculoesqueléticos. ➤ Derivación de procesos asistenciales psiquiátricos adaptativos. ➤ Optimización de la duración de los procesos de IT.
--	--

6.3. Evaluación del cumplimiento de los objetivos

Se ha diseñado un conjunto de indicadores con el fin de monitorizar de forma sistemática y objetiva el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos establecidos en el proyecto. En total, se han definido **281 indicadores** específicos, estructurados para ofrecer una visión integral del avance en las distintas áreas de intervención. El detalle completo de estos indicadores puede consultarse en el Anexo II. Indicadores. Se realizarán evaluaciones anuales, tal y como establece la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, y sus resultados se publicarán en el espacio Web correspondiente del SCS. Complementariamente, las variables consideradas de interés a medio y largo plazo (hábitos y estilos de vida, prevalencia de enfermedades crónicas, mortalidad por diferentes causas, variables demográficas, socioeconómicas, etc.), serán publicadas en OCSALUD mostrando su evolución temporal.

6.4. Seguimiento del Plan de Salud de Canarias

El seguimiento del desarrollo y cumplimiento de las metas del PSC 2026-2031, así como la aprobación de las medidas correctoras que se consideren necesarias en base a las evaluaciones periódicas, se realizará por el Comité Director con el apoyo del Comité Técnico Asesor. La coordinación técnica de este proceso será realizada por la Unidad de Apoyo a la Dirección del SCS.

7. Marco presupuestario

7.1. Entorno normativo

La ley 9/2025, de 23 de diciembre, por la que se aprueban los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para el ejercicio 2026 fija las dotaciones de gastos e ingresos del conjunto de Departamentos, Organismos Autónomos, Entes Públicos de Derecho Privado, Sociedades mercantiles, Fundaciones y Consorcios que conforman el Sector Público Canario ⁽⁶⁶⁾.

La Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, el Decreto 32/1995, 24 febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, el Decreto 32/1997, 6 marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador de la actividad económico-financiera del Servicio Canario de la Salud, así como los programas de gestión convenida y la demás normativa reguladora de carácter sectorial y específico constituyen el marco organizativo en el que se desenvuelven los agentes intervinientes en el SCS ⁽⁶⁷⁾.

El Artículo 70 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias regula los programas de gestión convenida como instrumento jurídico mediante el cual se fijan los objetivos sanitarios a alcanzar, de acuerdo con los criterios y directrices adoptados por el Consejo de Dirección del Área en ejecución de los Planes de Salud de Canarias y del Área, así como de los programas y directrices adoptados por los órganos centrales del Servicio Canario de Salud ⁽⁵⁷⁾.

7.2. PSC 2026-2031 como herramienta para orientar el presupuesto

El PSC 2026-2031 es una herramienta estratégica para orientar el presupuesto anual del Servicio Canario de la Salud hacia los objetivos específicos y metas que establece, siendo flexible a los cambios externos que afecten a las dotaciones presupuestarias ordinarias (Gobierno de Canarias) o a la financiación nacional (Ministerio de Sanidad y otras fuentes) y europea (fondos europeos vinculados a determinados objetivos).

Tal y como se ha expuesto, los recursos se orientarán a través de las herramientas de planificación y gestión (Dirección por Objetivos, Programas de Gestión Convenida), así como a través de la ESSSCAN, en lo que se refiere a incorporar las prioridades en la formación a los/las profesionales.

De todo lo anterior, se desprende que la estructura presupuestaria presentada, refleja no solo la integración de los procesos asistenciales de atención primaria con los de

atención hospitalaria dentro del proceso asistencial, sino que además cada una de las áreas tiene significación propia dentro de la composición de la organización.

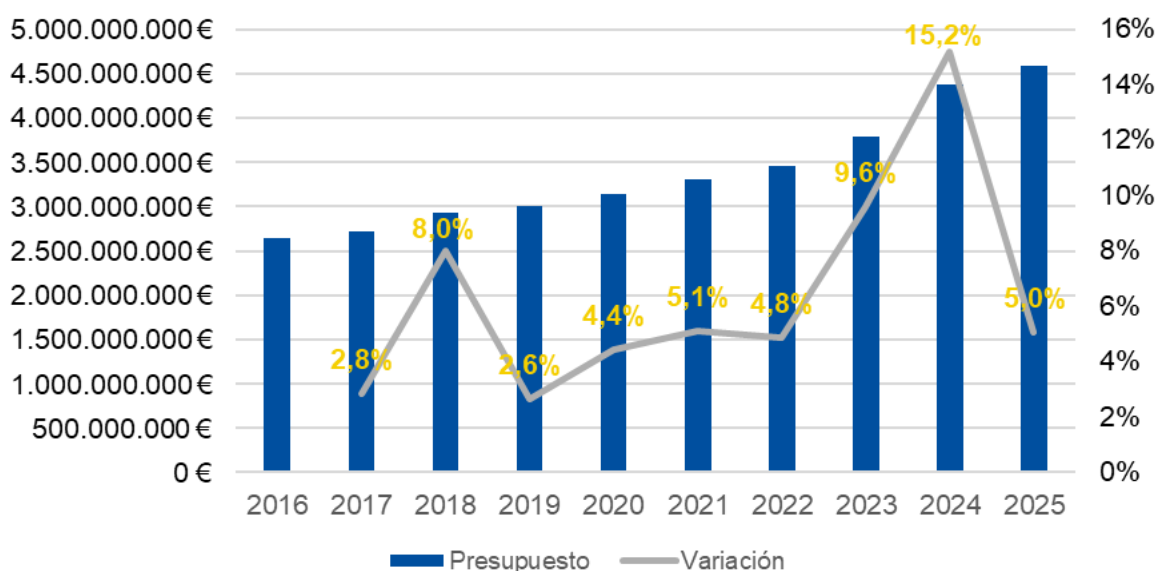
Además, en cada fase de elaboración y ejecución presupuestaria, cada servicio gestor de gastos puede contar en su estado de gastos con una diferenciación por capítulos, bien sean de personal, de funcionamiento, financieros, transferencias y subvenciones para operaciones corrientes y de capital, inversiones reales y aumento de activos financieros, para cada caso concreto. Esta definición del gasto hace que las consignaciones de las dotaciones en las diversas actuaciones que lleven a cabo queden inmersas en el conjunto del crédito asignado a cada organización sanitaria para cada ejercicio presupuestario.

En definitiva, en el Servicio Canario de la Salud no se presupuesta de manera diferenciada cada una de las materias incluidas en su Cartera de Servicios, sino que se realiza el presupuesto integral por cada servicio; sin perjuicio de relacionarse con líneas prioritarias recogidas en el Plan de Salud 2026-2031.

7.3. Evolución presupuestaria

La evolución experimentada por la dotación presupuestaria (créditos iniciales) al Servicio Canario de la Salud entre 2016 y 2025 es la siguiente:

Gráfico 22. Evolución presupuestaria del Servicio Canario de Salud 2016-2025



Fuente: Presupuesto Generales de Canarias

Las cifras demuestran el compromiso del Gobierno con la sanidad pública, ya que se mantiene el crecimiento constante de las partidas que integran presupuesto sanitario

a lo largo de estos años: un 15,2% en 2024 respecto 2023; un 9,5% en 2023 respecto a 2022; 4,9% en 2022 sobre 2021 y un 5,1% en 2021 sobre 2020.

Del total del presupuesto de la Comunidad Autónoma, 11.970.645.245 € para el ejercicio 2024, el 36,02% del mismo está destinado a financiar la provisión de la asistencia sanitaria pública a través de las aportaciones al Servicio Canario de la Salud. Si se actualizan estos mismos datos al ejercicio 2025, del total del presupuesto autonómico, 12.342.736.460 €, el 37,19% está destinado a financiar al Servicio Canario de la Salud, lo cual pone de manifiesto la relevancia de este organismo dentro del conjunto del Gobierno de Canarias.

Tomando como referencia la asignación económica en 2024 (4.369.445.827 €) y en 2025 (4.589.843.842 €), se muestra la evolución por programas presupuestarios en la siguiente tabla:

Tabla 19. Evolución de los presupuestos por programas 2024-2025

Presupuestos por Programas			
Programa	Crédito Inicial 2024	Crédito Inicial 2025	Variación porcentual
311A Dirección administrativa y Servicios Generales	52.647.777 €	62.390.356 €	18,5%
311C Formación del Personal Sanitario	55.844.724 €	56.423.479 €	1,0%
311E Dirección Administrativa y Servicios Generales MRR	3.795.449 €	17.786.747 €	368,6%
311F Dirección administrativa y servicios generales, React-EU	4.026.309 €	- €	-100,0%
312B Hemodonación y Hemoterapia	- €	- €	-
312C Atención Especializada	2.839.322.584 €	2.960.998.755 €	4,3%
312D Atención Especializada MRR	3.615.002 €	5.769.251 €	59,6%
312F Atención Primaria	1.346.322.683 €	1.428.106.493 €	6,1%
312G Atención Primaria MRR	- €	471.659 €	-

Fuente: Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud.

En términos comparativos y en relación al ejercicio anterior, presenta un incremento de 220.398.015,00 euros, centrándose la mayoría de dicho aumento en el programa destinado a la Atención Primaria (siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea y la innovación e investigación sanitarias) y a la Atención Especializada, con

la finalidad de mantener el esfuerzo en recursos humanos y materiales, para seguir haciendo frente a las necesidades de salud de la ciudadanía en función de las prioridades establecidas por el Plan de Salud de Canarias.

7.4. Dotación en infraestructura y equipamiento

La disponibilidad de la tecnología adecuada y su correcta manipulación y funcionamiento son imprescindibles para la actividad sanitaria moderna. Alrededor de 45.000.000 € del presupuesto inicial de 2025, son destinados a la adquisición de equipamiento de necesaria reposición, ya sea por obsolescencia o imposible actualización, tales como tecnologías de diagnóstico, monitorización, tratamiento y soporte a la vida, entre otros, así como los sistemas de información clínica para la gestión de los procesos asistenciales, que han demostrado su eficacia para mejorar los procesos clínicos, especialmente la calidad diagnóstica y terapéutica y aumentar la seguridad de pacientes y profesionales.

Asimismo, es imprescindible mejorar la accesibilidad de la ciudadanía al diagnóstico por medio de la imagen médica digital, favorecer el uso adecuado del diagnóstico por la imagen, bajo criterios de calidad, seguridad y eficiencia, fomentar medidas de coordinación y promover la cooperación entre los diferentes centros e instituciones sanitarias en la utilización de estas técnicas diagnósticas potenciando el desarrollo de sistemas de información en el ámbito del diagnóstico por la imagen.

En cuanto a las infraestructuras, muchos de los edificios que componen la red pública de atención sanitaria del Servicio Canario de la Salud requieren de ciertas mejoras que es necesario planificar de manera plurianual para poder ser acometidas.

En primer lugar, tal y como refleja el Programa FEDER Canarias 21-27, habrá de priorizarse Atención Primaria, cuyas infraestructuras deben ser desarrolladas para dar cobertura a la ampliación de cartera de servicios y al crecimiento poblacional experimentado en los últimos años.

Por todo ello, la inversión prevista para el apartado de infraestructuras, de acuerdo con la planificación plurianual, oscila entre los 60.000.000 € - 70.000.000 € por anualidad.

A este respecto, el Gobierno de Canarias en sesión celebrada el día 14 de abril de 2025, aprobó el Plan Presupuestario a Medio Plazo y los Escenarios Presupuestarios Plurianuales de la Comunidad Autónoma de Canarias para el período 2026-2028, cuyo anexo I, apartado 3.3. “Fundamentos e hipótesis consideradas para los escenarios de gastos”, establece los incrementos presupuestarios previstos por capítulos de gastos para el período considerado.

En cuanto al incremento de dotación previsto para el Servicio Canario de la Salud, dentro del escenario presupuestario planteado, a medio plazo 2026-2028, destaca el incremento en capítulo I (gastos de personal), así como en gasto corriente e inversiones, tanto en infraestructura como en equipamiento tecnológico previstas dentro del mencionado Plan Presupuestario a Medio Plazo y los Escenarios Presupuestarios Plurianuales aprobado por el Gobierno de Canarias.

Asimismo, se detalla en el [Anexo III. Alineación de actuaciones con los objetivos específicos establecidos en el Programa FEDER Canarias 2021-2029](#)

Anexos

Anexo I. Fichas Técnicas

Para la definición de los objetivos específicos se ha tomado como base el conjunto de fichas técnicas elaboradas en el marco del proceso de diseño del PSC 2026-2031, que recogen de forma detallada los fundamentos, metas, indicadores y fuentes de verificación asociados a cada línea prioritaria.

El contenido completo de dichas fichas puede consultarse haciendo doble click en la siguiente imagen:



**Proyecto del Plan de Salud de Canarias
2026-2031**

*Salud en todas las políticas: mejorando
los resultados en salud*

ANEXO I – FICHAS TÉCNICAS

Versión 4: Febrero 2026
Unidad de Apoyo. Dirección del Servicio Canario de la Salud

1

Anexo II. Indicadores

Bloque Temático I: Promoción y Protección de la Salud. Prevención de la Enfermedad

A- PROMOCIÓN DE LA SALUD

LÍNEA PRIORITARIA: 1 – SOBREPESO Y OBESIDAD

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
1	Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad mediante la implantación del plan de prevención de la obesidad en menores de 12 años en Canarias	1.1.1	Prevalencia de Sobrepeso para menores de 12 años en Canarias	19,20%	Reducción del 5%
2		1.1.2	Prevalencia de Obesidad para menores de 12 años en Canarias	14,50%	Reducción del 5%
3	Abordar de manera precoz y coordinada el sobrepeso y obesidad en población menor de 15 años	1.2.1	Porcentaje de menores de 15 años con obesidad que se les ha realizado seguimiento	Desconocido (2026: Creación del formulario)	25%
4		1.2.1	Porcentaje de menores de 15 años con exceso de peso que se les ha realizado perfil analítico de obesidad infantojuvenil	25,54%	55,54% (Aumentar 5% anualmente)
5	Desarrollo e implantación una BPSO de sobrepeso y obesidad a nivel autonómico	1.3.1	Prevalencia de obesidad y sobrepeso en población adulta (≥18 años).	Sobrepeso: 35,6% Obesidad: 18,8%	Sobrepeso 30% Obesidad 15%
6		1.3.2	Cobertura de intervención estructurada de control ponderal en Atención Primaria	<10% (estimado)	A alcanzar una cobertura del 40%
7		1.3.3	Porcentaje de centros de salud con implantación completa de la BPSO	0%	100%

LÍNEA PRIORITARIA: 2– ACTIVIDAD FÍSICA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
8	Incrementar la proporción de población adulta que cumple las recomendaciones de actividad física de la OMS	2.1.1	Porcentaje de adultos (55 - 69 años) que realizan ≥150 min/semana de actividad física moderada o equivalente	25%	75%
9		2.1.2	Porcentaje de población de 55 - 69 años que realiza ≥75 minutos semanales de actividad física vigorosa	22%	30%
10		2.1.3	Porcentaje de población de 55 – 69 años que realiza ≥3 sesiones semanales de ejercicio moderado	23%	30%
11		2.1.4	Porcentaje de población de 70 y más años que realiza entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana	6,9%	30%
12	Consolidar e implantar las unidades ACTIVÍDATE en todas las islas como recurso estable de prescripción y seguimiento del ejercicio físico.	2.2.1	Porcentaje de zonas básicas de salud con Unidad ACTIVÍDATE operativa	7,7%	100%
13		2.2.2	Número de derivaciones desde Atención Primaria a programas de ejercicio supervisado	Creación del Registro en 2026	1000 derivaciones al año.
14		2.2.3	Porcentaje de adherencia de los usuarios a los programas de ejercicio a los 6 meses	Creación del Registro en 2026	60%
15	Favorecer la creación de entornos comunitarios activos y accesibles para toda la población.	2.3.1	Porcentaje de municipios con unidades ACTIVÍDATE	7,9% (7 Municipios)	100% (88 municipios)
16		2.3.2	Número de parques activos o circuitos biosaludables disponibles por 10.000 habitantes	5,73 Canarias	Aumentar

LÍNEA PRIORITARIA: 3 – LACTANCIA MATERNA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
17	Aumentar las tasas de inicio de lactancia materna al nacimiento	3.1.1	Porcentaje de lactancia materna exclusiva en recién nacidos de menos de 15 días de vida	60%	65%
18	Fomentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida	3.2.1	Porcentaje de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses	41,35% Diciembre 2024	50,00%
19	Mejorar las tasas de lactancia materna en mayores de 6 meses	3.3.1	Porcentaje de lactancia materna continuada al año de vida	36,11% Diciembre 2024	40%
20	Incrementar la adhesión de los hospitales y centros de salud de canarias a la estrategia ihan	3.4.1	Porcentaje de hospitales públicos de Canarias adscritos estrategia IHAN	71%	100%
21		3.4.2	Porcentaje de centros de salud de Canarias adscritos estrategia IHAN	26,60%	35%

LÍNEA PRIORITARIA: 4 – TABAQUISMO

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
22	Promocionar el programa de intervención sobre tabaquismo en enseñanza secundaria (ITESPLUS)	4.1.1	Cobertura del Programa de Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza Secundaria (ITESplus)	35%	80%
23		4.1.2	Porcentaje de personas fumadoras de 12 a 16 años de las incluidas en el programa ITESplus	8,8%	7%
24		4.1.3	Porcentaje de jóvenes de 12 a 16 años (de los incluidos en el programa ITESplus) que han experimentado con el tabaco	31,5%	20%
25	Incentivar el acceso de los fumadores al programa de atención al fumador de canarias (PAFCAN)	4.2.1	Incremento de personas con dispensación de fármacos prescritos a través del Programa PAFCAN	10,30%	Incremento anual promedio del 10%
26		4.2.2	Porcentaje de personas incluidas en el Programa de Atención al Fumador de Canarias (PAFCAN) que han dejado de fumar	30%	>30%
27	Fomentar los espacios libres de humo de tabaco	4.3.1	Porcentaje de inspecciones en las que no se detectan infracciones de la normativa	85%	>90%
28		4.3.2	Porcentaje de playas y zonas de baño adscritas al Programa de Playas Sin Humo de Canarias	12%	50%

LÍNEA PRIORITARIA: 5 – CONSUMO DE ALCOHOL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
29	Promocionar el programa ITESPLUS en enseñanza secundaria	5.1.1	Cobertura del Programa de Intervención sobre alcoholismo en Enseñanza Secundaria (ITESplus)	35%	80%
30		5.1.2	Porcentaje de jóvenes incluidos en el Programa ITESplus que han tenido intoxicación etílica en el último mes	13,2%. ITESplus (encuesta 2018-2019)	10%
31		5.1.3	Porcentaje de jóvenes incluidos en el Programa ITESplus que han hecho un consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en el último mes	14,1%. ITESplus (encuesta 2018-2019)	10%
32	Formar a profesionales sanitarios de atención primaria en educación para la salud centrada en el cambio de estilos de vida	5.2.1	Porcentaje de profesionales sanitarios formados dentro del Plan de Capacitación EPSP	11%	25%
33	Detectar el consumo de riesgo de alcohol en personas mayores de 14 años	5.3.1	Porcentaje de pacientes mayores de 14 años con registro de consumo de riesgo de alcohol en la historia de salud electrónica (HCE)	2,4%	5%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
34		5.3.2	Porcentaje de pacientes con consumo de riesgo de alcohol registrado a los que se le ha cumplimentado el test AUDIT/CAGE en la HSE	2,71%	20%

LÍNEA PRIORITARIA: 6 – DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
35	Mejorar las competencias comunitarias para lograr mejoras en la calidad de vida de la población	6.1.1	Porcentaje de profesionales que han recibido programas de capacitación	0%	60%
36	Facilitar la información, promover la sensibilización y los estilos de vida saludables de la población, como factor de protección frente a riesgos de adicciones	6.2.1	Número de campañas realizadas de prevención universal.	En el año 2024 se realizó la campaña universal denominada: "Hazlo con Sentido"	Implementar al menos dos Campañas Universales en toda la Comunidad Autónoma de Canarias
37		6.2.2	Cobertura real de las campañas	Se alcanzó en 2024 un 55,9% de cobertura. Esto supone que un total de 1.134.770 de personas de +16 años	Lograr al menos el 60% de cobertura en Redes Sociales, radio y Televisión
38		6.2.3	Porcentaje de locales de ocio nocturno en los que se realiza el programa de reducción de riesgos y potenciales daños	Se parte de un Programa realizado en Canarias en el año 2023 s en el que participaron el 49,8% de los locales de ocio nocturno	Llegar como mínimo al 55% de los locales de ocio nocturno en Canarias
39	Normalizar la atención a las personas con problemas de adicciones en el sistema sanitario público	6.3.1	Implementación de tres protocolos de derivación entre la Red de Atención a las Adicciones y el Servicio Canario de la Salud	0 Protocolos	3 Protocolos Implementados
40		6.3.2	Porcentaje de ZBS con profesionales formados (al menos uno)	0%	50%
41	Potenciar el diagnóstico precoz y la intervención temprana en el ámbito de las adicciones	6.4.1	Publicación y difusión de una guía de detección precoz con menores	No existe guía de detección temprana en Canarias	Guía publicada y accesible en WEB
42		6.4.2	Creación de equipos asertivo comunitarios para población con problemas de vulnerabilidad social en situación de sin hogar y con trastornos adictivos	No existe el dispositivo	Crear dos dispositivos asertivos comunitarios
43	Desarrollar la interoperabilidad entre los sistemas de información existentes	6.5.1	Creación y puesta en marcha de un sistema Interoperable entre la aplicación de Historia Clínica Electrónica Drago y la aplicación CEDRO para la Gestión de los Centros de Atención a las Adicciones	No existe la Interoperabilidad	Existe la interoperabilidad

B- PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

LÍNEA PRIORITARIA: 7 – ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
44	Aumentar o mantener según el caso la cobertura de las vacunas seleccionadas de la CCAA, según el calendario para todas las edades de la vida de canarias 2024	7.1.1	Porcentaje de niños/as vacunados de Hexavalente 3 dosis a los 12 meses de vida	92,7%	95%
45		7.1.2	Porcentaje de niños/as vacunados con 2 dosis de vacuna Triple vírica	88,9%	95%
46		7.1.3	Porcentaje de niños/as vacunados con una dosis de vacuna antiVPH	68,9%	90%
47		7.1.4	Porcentaje de mujeres embarazadas vacunadas dTpa entre la 28 y 32 semana de embarazo	94%	98%
48		7.1.5	Porcentaje de personas de más de 60 años vacunados frente a la gripe	55%	75%
49		7.1.6	Porcentaje de sanitarios vacunados frente a la gripe	25%	60%
50	Disminuir la tasa de incidencia de enfermedades vacunales	7.2.1	Incidencia de casos autóctonos de sarampión en Canarias	0 Casos en 2023	0 Casos en 2031
51		7.2.2	Incidencia de tos ferina en menores de dos meses X 100.000 habitantes en Canarias	0 Casos en 2023	0 Casos en 2031
52		7.2.3	Incidencia de enfermedad meningocócica X 100.000 habitantes en Canarias	0,6 casos	0,2 casos
53	Establecer un sistema estable de estudio de coberturas	7.3.1	Porcentaje de Áreas de Salud con Registro implantado en la red del SCS	0%	100%
54		7.3.2	Porcentaje de centros externos con Registro implantado	0%	>90%

LÍNEA PRIORITARIA: 8 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
55	Promover la prevención combinada del VIH/ITS y hepatitis c y la promoción de la salud sexual	8.1.1	Número de nuevos diagnósticos del VIH	240 casos	Reducción del 90%
56		8.1.2	Número de nuevos diagnósticos de sífilis (Tasa)	920 casos (41 casos por 100.000 habitantes)	Reducción del 20%
57		8.1.3	Número de nuevos diagnósticos de infección gonocócica (tasa)	1.458 casos (65,1 casos por 100.000 habitantes)	Reducción del 20%
58		8.1.4	Número de nuevos diagnósticos de infección por chlamydia (tasa)	2.040 casos (91,1 casos por 100.000 habitantes)	Reducción del 20%
59		8.1.5	Número de nuevos diagnósticos de infección por linfogranuloma venéreo (tasa)	72 casos (3,2 casos por 100.000 habitantes)	Reducción del 20%
60		8.1.6	Número (tasa) de nuevos diagnósticos de hepatitis C	225 casos (10,0 casos por 100.000 habitantes)	Reducción del 20%
61		8.1.7	Número de personas en PrEP (Profilaxis Pre-exposición)	1.279 usuarios PrEP en 2024	>1.500 usuarios PrEP
62		8.1.8	Número de cursos de formación de ITS/VIH	6 cursos de VIH/ITS en 2024	Mantener la actividad formativa

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
63	Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH/ITS y hepatitis c	8.1.9	Número de profesionales formados por categorías por la Dirección General de Salud Pública	300 profesionales sanitarios formados en VIH/ITS en 2024	Incrementar el número de profesionales que se forman anualmente en VIH/ITS
64		8.2.1	Porcentaje de nuevos diagnósticos del VIH con diagnóstico tardío	43.75% de los diagnósticos de VIH en Canarias fueron tardíos	<40%
65		8.2.2	Número de pruebas rápidas de VIH realizadas en entornos comunitarios	1.100 pruebas rápidas de VIH en entornos comunitarios	Incrementar un 20% el número de pruebas rápidas de VIH en entornos comunitarios
66	Promover el diagnóstico precoz de la infección por el VIH/ITS y hepatitis c	8.2.3	Porcentaje de positividad al VIH en pruebas rápidas realizadas en entornos comunitarios	1.100 pruebas rápidas de VIH en entornos comunitarios, con una tasa de positividad del 2,15%	Mantener la tasa de positividad por encima del 2%
67		8.3.1	Porcentaje de personas con nuevo diagnóstico de VIH en Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)	Sin registro en 2025	>95% de las personas con nuevo diagnóstico de VIH en TARGA. (creación del registro en 2026)

LÍNEA PRIORITARIA: 9 – ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS EN LA SALUD ASOCIADOS A LOS EPISODIOS DE CALIMA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
68	Desarrollar un sistema de vigilancia en salud pública de la calima que incluya la vigilancia de la morbilidad asociada a la exposición a la calima	9.1.1	Elaboración del documento de la estrategia de Prevención de los efectos a corto plazo en la salud asociados a los episodios calima	Diseño de la estrategia (2025)	Documento del Plan aprobado y publicado en 2026. Actualización en 2031
69		9.1.2	Número de ingresos hospitalarios urgentes durante los episodios de calima, por causas ya definidas y potencialmente asociadas a estos episodios	Desconocida (2025)	Tener establecido un cuadro de mandos que permita la obtención de datos sanitarios con el menor retardo posible
70	Implementar el sistema de alerta temprana por riesgo en la salud que incluya la comunicación del riesgo en salud por calima, y medidas de protección, así como la coordinación con otras administraciones responsables de población sensible y vulnerable y la ciudadanía en general	9.2.1	Porcentaje de episodios en los que se ha emitido aviso	(0%) Sistema de alerta desarrollado parcialmente	Meta 2026: Sistema de alerta temprana en funcionamiento Meta 2031: >90%

LÍNEA PRIORITARIA: 10 – PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS EN LA SALUD DE LAS TEMPERATURAS EXTREMAS Y DE LA RADIACIÓN UV

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
71	Desarrollar un sistema de información ambiental y efectos en la salud asociados a altas temperaturas como parte de la estrategia para la consecución del objetivo principal	10.1.1	Elaboración y actualización del Plan de Actuaciones Preventivas de los Efectos de las Temperaturas Extremas	Plan en desarrollo	Plan aprobado y publicado en 2027 y actualizado en 2031
72	Desarrollar un sistema de información ambiental y de efectos en la salud asociados a la radiación UV como parte de la estrategia para la consecución del objetivo principal	10.2.1	Elaboración y publicación del Plan de Actuaciones Preventivas de los Efectos de radiación por UV	Sin Plan	Plan aprobado y publicado en 2027 y actualizado en 2031
73	Sistema de alerta temprana. Informar y avisar a la población y a las administraciones y entidades competentes, tanto en atención sanitaria asistencial como en atención a población sensible y vulnerable, ante situaciones de riesgo por altas temperaturas	10.3.1	Porcentaje de mapas colorimétricos por riesgo por altas temperaturas publicados en la web de epidemiología respecto al total de días con aviso por temperaturas extremas	0 mapas publicados (web en desarrollo en 2025)	90% de mapas publicados respecto al total de días
74		10.3.2	Porcentaje de comunicados a prensa por avisos por riesgo por altas temperaturas elaborados respecto al total de días con aviso por temperaturas extremas	22 comunicados realizados prensa	90% comunicados respecto al total
75		10.3.3	Porcentaje de mapas colorimétricos por de riesgo para la salud por UV publicados en la web de epidemiología	34 mapas / 52 semanas X100= 65%	90% de mapas colorimétricos publicados
76	Diseñar e implantar un sistema de vigilancia de la morbilidad asociada a la exposición a las altas temperaturas ambientales	10.4.1	Porcentaje de casos asociados al calor notificados	Registro del 100% de casos notificados por el SUC	Registro del 100% de casos notificados por el SUC
77		10.4.2	Porcentaje de fallecidos comunicados al Ministerio	0 defunciones notificadas por el SUC al año	100% defunciones notificadas por el SUC al año

LÍNEA PRIORITARIA: 11 – ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. SALUD MENTAL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
78	Desarrollar un sistema de vigilancia en salud mental	11.1.1	Porcentaje de implantación territorial del sistema de vigilancia	0% En desarrollo (2025)	100% (Plan aprobado (2026-2027); Plan implantado, evaluado y actualizado en 2031)
79	Elaborar el programa de vigilancia de la salud mental y reforzar la coordinación con la dirección general de salud mental y adicciones	11.2.1	Elaboración y publicación del Programa de Vigilancia en Salud Mental	Sin Plan	Documento del programa aprobado en 2028 e implantado antes del 2029

LÍNEA PRIORITARIA: 12 – ESTRATEGIA DE VIGILANCIA DEL CÁNCER EN CANARIAS

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
80	Priorizar las actuaciones del RPCC, con el fin de agilizar la obtención de información del cáncer colorrectal, cáncer de mama y cáncer de cérvix	12.1.1	Decalaje entre el año del registro respecto al año del calendario actual, para las localizaciones seleccionadas	AA (2025) - AR (2019) = 6	AA – AR ≤ 2

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
81	Desarrollo de un aplicativo específico para la obtención, registro y análisis de datos de cáncer	12.2.1	Porcentaje de desarrollo del aplicativo específico para el análisis de los datos recogidos en la base del RPCC	0% (Ausencia de aplicativo específico. Necesidad de descarga de la base de datos y análisis a través de otros procedimientos)	100% (Existencia del aplicativo específico para el análisis de los datos recogidos en la base del RPCC y la elaboración de informes)
82	Estimación cuantitativa del impacto pre y post intervención	12.3.1	Evaluación del impacto de los programas de cribado poblacional de cáncer de Canarias.	No se ha llevado a cabo una evaluación del impacto de los programas de cribado poblacional de cáncer de Canarias por el Sistema de Vigilancia de Cáncer	2026-2027: Desarrollo metodología; 2028-2030: pilotaje y evaluación; 2031: Existencia de evaluación del impacto de los programas de cribado poblacional de cáncer de Canarias

C- PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

LÍNEA PRIORITARIA: 13 – PROTECCIÓN DE ENFERMEDADES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
83	Formación a los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico de enfermedades profesionales	13.1.1	Porcentaje de Facultativos de AP formados en EP.	Formación del 90% del personal médico de Atención Primaria. 15% anual entre 2026 y 2031	Formación de al menos el 40% del personal médico de Atención Primaria
84	Actualizar un protocolo de comunicación entre atención primaria y el servicio de salud laboral	13.2.1	Porcentaje de ZBS con protocolo implantado	1,8% (2 ZBS)	100%
85		13.2.2	Número de procesos comunicados	No hay datos estadísticos. Se desarrollará cuadro de mandos	Comunicaciones de Diagnóstico de sospecha de EP de al menos 1 caso por Facultativo de Atención Primaria
86		13.2.3	Porcentaje de procesos validados por la Inspección como diagnóstico de sospecha de Enfermedad Profesional	Desconocida. No hay datos estadísticos. Se desarrollará cuadro de mandos	Aceptación del 90% de los procesos comunicados con un incremento del 10-15% anual, partiendo de un 20% de aceptación en 2026
87	Comunicación de los procesos a las MCSS para la declaración de enfermedad profesional	13.3.1	Porcentaje de declaraciones de Enfermedad Profesional	Desconocida. No hay datos estadísticos. Se desarrollará cuadro de mandos	Declaración del 35% de los procesos comunicados a las MCSS, con un incremento del 5% anual, partiendo de un 10% de aceptación en 2026

D- PROTECCIÓN DE LA SALUD

LÍNEA PRIORITARIA: 14 – SANIDAD AMBIENTAL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
88	Mejorar la información de la calidad del aire mediante la ejecución de programa en salud pública de la calidad del aire	14.1.1	Porcentaje anual de superaciones del valor límite de NO ₂ y SO ₂ para la protección de la salud de la población	0% en 2023	0%
89		14.1.2	Porcentaje anual de superaciones del valor límite de PM ₁₀ y PM _{2.5} para la protección de la salud de la población	En 2024, se produjeron superaciones diarias del valor límite normativo de PM ₁₀ en SC de Tenerife-La Laguna, Las Palmas de Gran Canaria, en la zona Norte de Gran Canaria, Sur de Gran Canaria, Norte de Tenerife, Sur de Tenerife, zona de Fuerteventura-Lanzarote y zona La Palma-La Gomera-El Hierro. Las superaciones diarias del valor límite normativo de PM _{2.5} , no se produjeron en el año 2023	0%
90		14.1.3	Porcentaje anual de superaciones del valor límite de O ₃ para la protección de la salud de la población	Ni en 2023 ni en 2024, se produjeron superaciones del valor límite normativo de O ₃ , pero sí del valor límite objetivo a largo plazo	0%
91	Mejorar la calidad del agua de consumo humano mediante la ejecución del programa de vigilancia y control de la calidad de las aguas de consumo	14.2.1	Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con calificación "no apta para el consumo"	En el año 2023, el 0,45%	0%
92		14.2.2	Porcentaje anual de muestras de agua de consumo con incumplimientos	En el año 2023, el 10.86%	0%
93	Mejorar la calidad del agua en zonas de baño mediante la ejecución del programa de vigilancia sanitaria de las aguas de baño	14.3.1	Porcentaje anual de muestras de agua de mar de zonas de baño con calificación "excelente"	En 2023, el 94.4%	100%
94	Disminuir el número de casos notificados de legionela mediante la ejecución programa de control oficial de las instalaciones con riesgo ambiental de proliferación y diseminación de la legionela	14.4.1	Número de casos aislados comunicados	En 2022 fueron 15 los casos aislados notificados, mientras que en el 2023 se notificaron 12 posibles casos	Ningún caso notificado
95		14.4.2	Porcentaje de establecimientos con instalaciones de riesgo ambiental en los que haya sido necesario adoptar medidas de protección de la salud.	En el año 2023, 8.6%	0%
96	Mejorar los criterios técnico-sanitarios en las piscinas mediante la ejecución del programa de vigilancia de las piscinas de uso colectivo	14.5.1	Número de medidas cautelares de suspensión de actividad adoptadas	En 2023, 10 medidas cautelares	Ninguna medida de cautelar adoptada

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
97	Evitar que canarias se convierta en una zona de riesgo o área endémica de muchas enfermedades de transmisión por vectores mediante la ejecución del programa de vigilancia entomológica de vectores en canarias	14.6.1	Porcentaje de trampas BG Sentinel que han dado positivo a vectores por islas	En 2024, 52 muestreos de 206 trampas BG Sentinel. De esos, 48 fueron positivos al vector <i>Aedes aegypti</i> (46 Gran Canaria y 2 en Tenerife). El rango osciló entre 0 y 3,24% Total de Canarias. para Gran Canaria durante 2024 fue entre 0 y 10,93%. Para Tenerife entre 0 y 1,01%. Resto de islas fue siempre 0	0%
98		14.6.2	Porcentaje de ovitrampas que han dado positivo a vectores por islas	En 2024 se realizaron 52 muestreos en las 1.045 ovitrampas instaladas en Canarias. De esos 52 muestreos sólo 2 fueron positivos a <i>Aedes aegypti</i> (ambas en Gran Canaria). El rango del indicador para el total de Canarias osciló entre 0 y 0,19%. En Gran Canaria el rango osciló entre 0 y 0,19€. El indicador para el resto de las islas fue siempre del 0%	0%

LÍNEA PRIORITARIA: 15 – SEGURIDAD ALIMENTARIA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
99	Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante inspecciones oficiales de los establecimientos alimentarios	15.1.1	Porcentaje de establecimientos alimentarios inscritos en la comunidad autónoma y sometidos a inspección según el Programa Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (PNCOCA) anualmente, entre 2026-2031	15% Anual	100%
100	Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante la toma de muestras y análisis de los productos alimenticios	15.2.1	Porcentaje de muestras alimentarias que incumplen criterios microbiológicos	<1,5%	0%
101		15.2.2	Porcentaje de muestras alimentarias que incumplen los límites máximos de contaminantes y residuos	<1%.	0%
102	Reducir los riesgos para la salud de las personas mediante las actuaciones en las situaciones de alerta alimentaria.	15.3.1	Porcentaje de alertas realizadas	100%	100%
103		15.3.2	Porcentaje de alertas cerradas	3%	100%

Bloque Temático II: MEJORAS DE LOS SERVICIOS Y RESULTADOS EN SALUD

A- CARDIOVASCULAR

LÍNEA PRIORITARIA: 16 – CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
104	Implementar la actualización del código infarto en canarias - CODICAN - que incluya la asistencia precoz al SCASEST en toda la comunidad	16.1.1	Porcentaje de centros sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria con implementación de la actualización del CODICAN	0%	100%
105	Realizar un tratamiento de reperusión de los infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en las primeras 12 horas	16.2.1	Porcentaje de pacientes con IAMCEST en CODICAN y técnica de reperusión realizada antes de las 12 horas	En proceso el desarrollo del registro del CODICAN 2025	80% de los hombres y mujeres
106		16.2.2	Porcentaje de pacientes con IAMCEST en CODICAN que han recibido tratamiento de reperusión (ICP o fibrinólisis) con alta hospitalaria	En proceso el desarrollo del registro del CODICAN	mejoría > 5% en relación actual
107	Realizar angiografía urgente e ICP (si está indicada) en las primeras 12 horas en los SCASEST de muy alto riesgo	16.3.1	Porcentaje de pacientes con diagnóstico inicial SCASEST de muy alto riesgo incluidos en CODICAN	0%	>1%
108		16.3.2	Pacientes con diagnóstico inicial de SCASEST de muy alto riesgo incluidos en CODICAN con angiografía inmediata realizada antes de las 12 horas	0%	>80%
109	Protocolizar la rehabilitación temprana tras un infarto agudo de miocardio	16.4.1	Porcentaje de pacientes que son citados y valorados para su inclusión en Rehabilitación Cardíaca (RC) tras infarto agudo de miocardio	Creación del registro en 2026	50%
110		16.4.2	Porcentaje de pacientes con IAM que cumplen criterios y realizan programa de rehabilitación en las URC	Creación del registro en 2026	70%

LÍNEA PRIORITARIA: 17 – ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
111	Implementar la actualización de la "guía de atención al ictus/ código ictus" del SCS	17.1.1	Porcentaje de centros sanitarios de Atención Primaria y Hospitalaria con implementación de la actualización de la Guía del Ictus/Código Ictus del SCS	0%	100%
112	Mejorar los tiempos de acceso a prueba de neuroimagen en pacientes en código ictus desde la llegada al hospital o su detección intrahospitalaria	17.2.1	Porcentaje de pacientes incluidos en Código Ictus en los que se realiza las técnicas de neuroimagen en un tiempo inferior a 30 minutos desde su llegada al hospital o su detección intrahospitalaria	0%	50%
113	Realizar tratamiento precoz, según los tiempos indicados en las guías, en ictus isquémicos y hemorrágicos	17.3.1	Porcentaje de pacientes en código Ictus que reciben tratamiento específico	0%	50%
114		17.3.2	Porcentaje de pacientes en Código Ictus, fallecidos por Ictus en centros dependientes del SCS	39,54 tasa de mortalidad Total. Hombres: 43,79 y Mujeres 35,59.)	Disminuir la mortalidad a una tasa menor del 34 x 100.000 h.
115	Aumentar el número de pacientes con fibrilación auricular que reciben terapia anticoagulante	17.4.1	Pacientes con FA que reciben anticoagulación oral.	Hombres: 35,68%. Mujeres: 30,54%	50%
116	Establecer un programa de rehabilitación tras un proceso de ictus	17.5.1	Porcentaje de pacientes con inicio precoz y continuidad del tratamiento rehabilitador al alta hospitalaria	0%	50%

LÍNEA PRIORITARIA: 18– INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
117	Optimizar el tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca con FEVI disminuida (< 40%)	18.1.1	Porcentaje de pacientes con Insuficiencia Cardíaca y FEVI <40% y tratamiento optimizado	Pendiente desarrollo de registro de la FEVI en Historia Clínica	Desarrollo del registro en Drago AP 2027. Alcanzar el 80% de los pacientes
118	Realizar rehabilitación cardíaca intra-hospitalaria y tras el alta	18.2.1	Porcentaje de pacientes ingresados por IC que cumplen criterios y realizan Rehabilitación en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca (URC)	Creación de registro específico en 2026	30%
119		18.2.2	Porcentaje de pacientes que continúan rehabilitación en Fase III	Creación de registro específico en 2026	30%

LÍNEA PRIORITARIA: 19 – RIESGO CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
120	Aumentar el porcentaje de personas entre 30 y 74 años con estimación del RCV	19.1.1	Pacientes entre 30 y 74 años con RCV estimado	Mujeres: 50,9% Hombres: 46,06%	Mejorar un 10% en ambos sexos
121	Mejorar el control de la Hipertensión Arterial (HTA)	19.2.1	Personas con HTA controlada	Total 32,39%. Hombres: 30,08%. Mujeres: 34,57%	Mejorar un 10% en ambos sexos
122	Mejorar la detección precoz de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en población de alto riesgo	19.3.1	Porcentaje de pacientes de alto riesgo que tienen un cociente albúmina/creatinina solicitado o registrado en historia clínica (constantes)	61% (Hombres: 58,74%; Mujeres: 63,28%)	>95% (mujeres y hombres)
123	Reducir la incidencia de tratamiento renal sustitutivo (TRS)	19.4.1	Incidencia anual de inicio de diálisis por millón de población	187,1 casos por millón de población (Hombres: 263,5 casos; Mujeres: 113,3 casos)	Hombres: 224 casos; Mujeres: 96,3 casos por millón de población

B- DIABETES

LÍNEA PRIORITARIA: 20 – DIABETES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
124	Aumentar el porcentaje de personas con diabetes tipo 2 menores de 70 años con un adecuado control glucémico valorado por la hemoglobina glicosilada	20.1.1	Personas diabéticas <70 años con al menos una determinación anual de HbA1c	Hombres: 73,25%. Mujeres: 76,77%. Total: 74,79%	80%
125		20.1.2	Personas con diabetes <70 años con buen control de HbA1c	Hombres: 52,74%. Mujeres: 56,86%. Total: 54,72%	60%
126	Aumentar el porcentaje de personas con diabetes con medición de la función renal	20.2.1	Personas con diabetes tipo 2 con estimación anual del FG	Hombres: 54,32%. Mujeres: 55,02%. Total: 54,67%	80%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
127		20.2.2	Personas con diabetes tipo 2 con estimación anual del cociente albúmina/creatinina	Hombres: 53,81%. Mujeres: 49,82% Total: 51,82%	80%
128		20.3.1	Personas con diabetes tipo 2 con retinografía bienal realizada	Mujeres: 74,56%. Hombres: 74,61% Total: 74,59%	80%
129	Aumentar el porcentaje de retinografías bienales realizadas a personas con diabetes a través del programa RETISALUD	20.3.2	Clasificación del grado de retinopatía diabética	En 2024, las retinografías con categoría diagnóstica normal (sin RD) en AP 69,22% y en AH 16,02%. Con categoría patológica 73% de retinopatías leves, 24,37%, moderada, severa un 1,6% y muy severa 0,35%. Sin edema macular 97,31%.	Aumentar el porcentaje del número de retinografías sin patología o con retinopatía en grado leve
130	Aumentar el porcentaje de personas con diabetes con exploración anual del pie diabético	20.4.1	Personas con diabetes tipo 2 con exploración anual del pie diabético.	Mujeres: 41,35%. Hombres: 42,47% Total: 41,91%	60%.
131		20.5.1	Desarrollo del programa estructurado de educación terapéutica para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2	0%	Año 2029 elaborados los programas estructurados de educación terapéutica para personas con DM tipo1 y tipo 2 con su material educativo
132	Desarrollar e implantar un programa estructurado de educación terapéutica para personas con diabetes	20.5.2	Porcentaje de formación acreditada y continua de los profesionales sanitarios vinculados a la educación mediante programas educativos estructurados	0%	Iniciar la formación en 2030. En 2031 tener formados al 25% de profesionales de enfermería
133		20.5.3	Porcentaje de personas con diabetes que reciben educación terapéutica mediante un programa educativo estructurado	0%	Comenzar en 2030 y en 2031 llegar al 5% de las personas con diabetes
134	Crear un registro centralizado de personas con diabetes (tipo 1 y tipo 2) en la comunidad autónoma que incluya entre otros aspectos a las personas diabéticas que utilizan tecnología	20.6.1	Disponer de un registro en Drago AP y Drago AE que permita tener los datos actualizados de las personas con Diabetes en nuestra CCAA	0%	Disponer del registro para el 2031

C- CÁNCER

LÍNEA PRIORITARIA: 21 – CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
135	Aumentar el porcentaje de participación en el programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la App MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de las usuarias	21.1.1	Porcentaje de participación	73%	>75%
136		21.1.2	Integración software de cáncer de mama con Drago Atención Primaria	En desarrollo	Total cumplimiento en 2027
137		21.1.3	Porcentaje de actualización teléfonos de Tarjeta Sanitaria	0%	80%
138		21.1.4	Integración software del Programa de Cribado con MISCS	0%	Completado en 2027
139	Reconstruir el complejo areola - pezón en aquellas mujeres que cumplan con los criterios establecidos	21.2.1	Porcentaje de reconstrucción de mama que incluya complejo areola - pezón	0%	>95%

LÍNEA PRIORITARIA: 22 – CÁNCER DE COLON

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
140	Aumentar la cobertura del programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la app MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de los usuarios	22.1.1	Porcentaje de población diana cubierta por el programa	Cobertura: 56,5%	>95%
141		22.1.2	Integración software del Programa de Cribado con Drago AP	En desarrollo	Completado en 2026
142		22.1.3	Porcentaje de actualización teléfonos de Tarjeta Sanitaria	0%	0,8%
143		22.1.4	Integración software del Programa de Cribado con MISCS	0%	Completado en 2027
144	Disminuir los tiempos de demora diagnóstica	22.2.1	Tiempo de demora desde test positivo a la colonoscopia	3% se realiza antes de 60 días	85% se realiza antes de 60 días
145		22.2.2	Tiempo de demora desde colonoscopia hasta el resultado de anatomía patológica	30% de biopsias informadas en los primeros 15 días	85% de biopsias informadas en los primeros 15 días

LÍNEA PRIORITARIA: 23 – CÁNCER DE CÉRVIX

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
146	Aumentar la cobertura del programa de cribado mediante la integración informática con atención primaria, tarjeta sanitaria y con la App MISCS para el cambio o cancelación de citas por parte de las usuarias	23.1.1	Porcentaje de población diana cubierta por el programa	Mujeres de 25-65 años (633.408)	>85%
147		23.1.2	Integración software del Programa de Cribado con Drago AP	En desarrollo	Completado en 2027
148		23.1.3	Porcentaje de actualización teléfonos de Tarjeta Sanitaria	0%	0,8%
149		23.1.4	Integración software del Programa de Cribado con MISCS	0%	Completado en 2027
150	Disminuir los tiempos de demora diagnóstica	23.2.1	Tiempo de demora desde Test VPH16/18 positivo o citología sospechosa hasta la colposcopia	3%	85%
151		23.2.2	Tiempo de demora desde citología hasta el resultado de anatomía patológica	30%	90%

D- CUIDADOS PALIATIVOS

LÍNEA PRIORITARIA: 24 – CUIDADOS PALIATIVOS

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
152	Identificar de forma precoz a las personas con necesidades de atención paliativa (incluyendo la edad pediátrica), garantizando la inclusión oportuna en el programa de cuidados paliativos	24.1.1	Tasa de identificación de pacientes con necesidades paliativas	Creación del registro en 2026)	Aumentar
153		24.1.2	Proporción de pacientes con necesidades paliativas identificados antes de la fase terminal	(Creación del registro en 2026)	Aumentar
154		24.1.3	Equidad territorial en la identificación precoz	(Creación del registro en 2026)	Diferencia ≤ 15% entre Áreas de Salud
155	Desarrollar protocolos consensuados de derivación elaborados por equipos multidisciplinares de profesionales que atienden pacientes de cuidados paliativos en el ámbito de atención primaria y hospitalaria	24.2.1	Porcentaje de áreas de salud que disponen de criterios de derivación consensuados y formalmente aprobados	0%	100%
156		24.2.2	Porcentaje de pacientes derivados a cuidados paliativos especializados conforme a criterios consensuados	0%	>10%
157		24.2.3	Nivel de satisfacción de los equipos de Atención Primaria y Hospitalaria con los criterios de derivación establecidos	No evaluada	2027: creación de cuestionario; 2031: Mejora de 5% con respecto a situación inicial
158	Facilitar la planificación anticipada de la atención, incluyendo las preferencias y valores del paciente, así como las voluntades anticipadas y las decisiones compartidas con el equipo asistencial	24.3.1	Porcentaje de pacientes con necesidades paliativas que cuentan con Planificación Anticipada de la Atención (PAA) registrada	Desconocida (Creación del registro en 2026)	>50%
159		24.3.2	Porcentaje de decisiones clínicas alineadas con la PAA y voluntades anticipadas del paciente	Desconocida	Mejorar
160		24.3.3	Porcentaje de pacientes y/o familiares satisfechos con la participación en la planificación anticipada	Desconocida (2026: Creación de la herramienta de consulta a pacientes y familiares; medida de situación inicial)	Mejoría

E- RESPIRATORIO

LÍNEA PRIORITARIA: 25 – ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
161	Realizar una espirometría en atención primaria al 100% de los usuarios con sospecha de EPOC	25.1.1	Porcentaje de pacientes con sospecha de EPOC y realización de espirometría	9,91%	40%
162	Implementar una ruta asistencial para pacientes EPOC en los centros de salud con su hospital de referencia	25.2.1	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud con ruta asistencial implementada con su hospital de referencia	TOTAL 8% Fuerteventura 50% La Palma 0% El Hierro SD La Gomera 0% Lanzarote 0% Tenerife 0% Gran Canaria 7%	2026: 13% 2027: 18% 2028: 23% 2029: 28% 2030:33% 2031:38%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
163	Fomentar el "consejo breve" (consejo sanitario antitabaco) en los centros de salud	25.3.1	Porcentaje de fumadores con consejo mínimo antitabaco registrado en la HC de Atención Primaria	11,95%	50%
164	Fomentar/ofrecer tratamiento de deshabituación a aquellos pacientes fumadores activos con EPOC a través del PAFCAN (programa de ayuda al fumador en canarias)	25.4.1	Porcentaje de personas fumadoras activas con EPOC que han ingresado en el programa PAFCAN	2,03%	20%

F- SALUD MENTAL

LÍNEA PRIORITARIA: 26 – TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
165	Mejorar la adherencia a las consultas en las unidades de salud mental comunitaria para reducir los ingresos hospitalarios	26.1.1	Porcentaje de consultas con inasistencia en pacientes con TMG atendidos en una USMC	15% en el año 2024	Inasistencia no mayor al 10%.
166		26.1.2	Porcentaje de consultas con inasistencia en pacientes con TMG atendidos en una USMC, en las que se produce contacto telefónico durante la semana posterior a la inasistencia	En el 67.4% de las consultas. Periodo analizado: 1º trimestre año 2025	Intervalo 90-100%.
167		26.1.3	Porcentaje de islas que cuentan con sistemas de recordatorio de las consultas	El sistema existe solo se ha activado en la isla de Lanzarote en Salud Mental	100%
168		26.1.4	Porcentaje de pacientes con TMG con ingresos hospitalarios	7,3%	=<7%
169	Potenciar la hospitalización a domicilio para reducir los ingresos hospitalarios	26.2.1	Porcentaje de islas que cuentan con hospitalización domiciliaria	Solo existe en área geográfica parcial en Gran Canaria y Fuerteventura	100% de islas (excepto La Gomera y El Hierro, donde se estima que puede ser asumida por los propios profesionales de las USMC)

LÍNEA PRIORITARIA: 27 – SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
170	Potenciar la atención comunitaria en salud mental infantojuvenil	27.1.1	Porcentaje de islas con equipos de atención domiciliaria en SM-IJ	No existe este tipo de recursos en Canarias	100% (excepto en La Gomera y El Hierro, donde pueden ser asumidas por las USM-IJ)
171		27.1.2	Porcentaje de islas con Unidades de hospitalización a domicilio en SM-IJ	No existe este tipo de dispositivos	100% (excepto en La Gomera y El Hierro, donde pueden ser asumidas por las USM-IJ)
172		27.1.3	Porcentaje de islas con hospitales de día de SM-IJ en islas no capitalinas	No existen tales dispositivos en las islas no	100% (excepto en La Gomera y El Hierro, donde

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
				capitalinas. Solo existen en las islas capitalinas	pueden ser asumidas por las USM-IJ

LÍNEA PRIORITARIA: 28 – SALUD MENTAL GRUPOS VULNERABLES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
173	Mejorar la atención y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastorno mental	28.1.1	Porcentaje de islas con dispositivos asistenciales específicos de edad avanzada	No existen	70%
174		28.1.2	Número de actividades formativas sobre psicogeriatría, de ámbito autonómico	5 jornadas de actualización en Psicogeriatría entre los años 2018 y 2025	Al menos 3 actividades formativas específicas de edad avanzada, dirigidas a profesionales sanitarios
175	Intervenir precozmente tras un intento de suicidio	28.2.1	Porcentaje de pacientes con intento de suicidio, dados de alta, en los que se cumple la demora máxima consensuada	No existe. Por lo tanto, no existe homogeneidad en este aspecto)	90% (2026: consenso sobre demora máxima)
176	Reducir el acceso a medios letales para contribuir a la prevención del suicidio en canarias	28.3.1	Realización de análisis de la situación específico sobre las características de los medios letales concretos utilizados en Canarias	No se dispone de análisis de situación	Análisis de la situación realizado
177		28.3.2	Porcentaje de islas en las que se han realizado acciones para la reducción o restricción del acceso a los medios letales	0%	80%

G- SEGURIDAD DEL PACIENTE

LÍNEA PRIORITARIA: 29 – SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
178	Mejorar la adherencia a la higiene de manos y uso racional de guantes por parte del personal sanitario	29.1.1	Observación del cumplimiento de la higiene de manos (HM)	55%	70%
179		29.1.2	Observación de la higiene de manos mediante producto de base alcohólica (PBA).	50%	65%
180	Uso adecuado de dispositivos invasivos en el paciente ingresado: prevención de la bacteriemia	29.2.1	Bacteriemia primaria (BP) y secundaria a catéter (BSC)	1,12%	0,80%
181	Potenciar el uso racional de antibióticos y control de la resistencia antimicrobiana	29.3.1	Monitorización del consumo de antibióticos de los grupos "WATCH" y "RESERVE" de la categoría propuesta por la OMS en el medio comunitario	22,5% del total de ATB prescritos en las categorías J01FA y J01MA	Reducción de un 5% del total de los grupos ATC J01FA y J01MA

Bloque Temático III: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

A- PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD

LÍNEA PRIORITARIA: 30 – PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
182	Detectar la fragilidad y la limitación funcional en la población mayor de 70 años a través de herramientas implementadas en los distintos ámbitos asistenciales	30.1.1	Porcentaje de población mayor de 70 años con cribado de fragilidad realizado	A 31 de julio de 2025 el 4,03%	Incremento del 8% anual.
183	Realizar el cribado del riesgo de caídas en la población mayor de 70 años	30.2.1	Porcentaje de población mayor de 70 años con cribado del riesgo de caídas realizado	A 31 de julio del 2025 el 18,22% en la Historia de Drago AP	2026: Actualizar algoritmo de detección de caídas en HC y protocolos; 2026-2031: incremento 8% anual en (pacientes no cribados previamente)
184		30.2.2	Porcentaje de altas hospitalarias por fractura de cadera	2024: 1.954 altas en H. Públicos y concertados de Canarias, representando el 4,02% del total	Disminuir
185	Desarrollar e implementar programas de atención multicomponente	30.3.1	Definir criterios de derivación e intervención sanitaria y comunitaria	En desarrollo 2026	Disponer criterios de derivación definidos, validados e implementados. (2026: pilotaje del protocolo en al menos 3 A.S./Municipios). 2027: integración de criterios en Sist. Inform. y guías de A.P. 2027-2031: adopción generalizada y vinculada a la derivación en todos los recursos de A.P. y comunitaria
186		30.3.2	Cobertura del programa multicomponente en Atención Primaria en personas mayores con alto riesgo de fragilidad o caídas	En desarrollo 2026	Las metas de implantación 2026-2031 se establecerán a partir del pilotaje previo
187		30.3.3	Cobertura del programa multicomponente en el ámbito municipal en personas mayores con riesgo leve de caídas o fragilidad	En desarrollo 2026	Las metas de implantación 2026-2031 se establecerán a partir del pilotaje previo

B- CRONICIDAD Y MULTIMORBILIDAD

LÍNEA PRIORITARIA: 31 – CRONICIDAD Y MULTIMORBILIDAD

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
188	Incorporar a una ruta asistencial a pacientes de alta complejidad para disminuir los ingresos y estancias hospitalarias, así como los reingresos	31.1.1	Porcentaje de pacientes de alta complejidad incluidos en el circuito asistencial	2026: 0% 2027: 25% 2028: 50% 2029: 65% 2030: 80%	>90%
189		31.1.2	Porcentaje de ingresos no programados en pacientes identificados como de alta complejidad	Identificación de pacientes	Disminución
190		31.1.3	Porcentaje de estancias hospitalarias de pacientes incluidos en la ruta asistencial para pacientes de alta complejidad; tasa de reingresos evitables	Creación del registro en 2025	Disminución del número de días de estancia media
191	Realizar valoraciones integrales (clínicas, funcionales, emocionales y sociales), adaptadas a cada grupo de edad, especialmente en atención domiciliaria	31.2.1	Porcentaje de pacientes de 65 o más años en AD que son visitados por Medicina de Familia de manera programada al menos una vez al año.	67,03%	>90%
192		31.2.2	Porcentaje de pacientes de 65 o más años en AD que son visitados por Enfermería de manera programada al menos dos veces al año.	83,06%	>95%
193		31.2.3	Porcentaje de pacientes en AD a los que se les realiza una Valoración Geriátrica Integral	51,60%	>90%
194	Implementar Planes de atención personalizados compartidos.	31.3.1	Desarrollo del Plan de Atención Personalizado (PAP)	No definido un estándar en el SCS	2026 - Definido el contenido y estructura de los PAP
195		31.3.2	Integración en Historia de Salud Electrónica del Plan de Atención Personalizado (PAP).	No integrados los PAP	2027 Integración de los PAP
196		31.3.3	Porcentaje de pacientes crónicos de alta complejidad con PAI establecido	0%	>15% (2028-2031)

C- DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

LÍNEA PRIORITARIA: 32 – ATENCIÓN AL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
197	Desarrollar una ruta asistencial para la enfermedad de alzhéimer y otras demencias	32.1.1	Porcentaje pacientes con demencia incluidos en la ruta asistencial	0%	25% (2026: definición y desarrollo de la ruta asistencial. 2027-2031: incorporación progresiva de pacientes a la ruta asistencial)
198	Desarrollar e implementar de una vía clínica con apoyo de las TICS para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo y la demencia	32.2.1	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud con vía clínica implementada con su hospital de referencia	0%	>90%. (Diseño de la vía clínica e integración en las HSE: 2026-2027)
199		32.2.2	Porcentaje de pacientes remitidos a consulta de Neurología por quejas de pérdida de memoria con una valoración objetiva de deterioro cognitivo	Desconocido (Creación e implementación del registro en 2026)	>70%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
200		32.2.3	Porcentaje de pacientes remitidos a consulta de Neurología por quejas de pérdida de memoria con analítica de cribado y prueba de neuroimagen realizados	Desconocido (Creación e implementación del registro en 2026)	>40%
201		32.2.4	Pacientes con sospecha de deterioro cognitivo-demencia que son valorados por Neurología en tiempo inferior a 3 meses	Creación e implementación del registro en 2026	25% (2026: definición y desarrollo de la vía clínica. 2027-2031: incorporación progresiva de pacientes a la vía clínica)
202	Protocolizar la utilización de novedades terapéuticas para todo el servicio canario de la salud	32.3.1	Porcentaje de novedades terapéuticas protocolizadas para todos los centros sanitarios del Servicio Canario de la Salud	0%	100%
203	Potenciar la formación a los/las profesionales de medicina y enfermería de atención primaria	32.4.1	Porcentaje de profesionales que realizan el curso de formación	0%	25% (2026-2027: Definición del programa formativo, elaboración de contenidos y programación)

D- APOYO Y EMPODERAMIENTO

LÍNEA PRIORITARIA: 33 – APOYO Y EMPODERAMIENTO

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
204	Incrementar las competencias y habilidades en salud a través de aulas de salud	33.1.1	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud que ofertan actividades de Aulas de Salud	87% (2024).	>95%
205		33.1.2	Porcentaje de personas participantes con valoración de la Capacidad de autocuidado (Escala Valoración de Agencia de Autocuidado – ASA / Calidad de Vida Relacionada con la Salud- Euroqol 5D 5L	0%. Se incorporará la escala ASA y Euroqol 5D 5L a los aplicativos de HSE en 2026-2027; inicio del registro 2028-2029; valoración de los registros 2030-2031	>10%
206		33.1.3	Porcentaje de personas participantes en Aulas de Salud con valoración de la Capacidad de autocuidado (Escala específica)	0%. Se incorporarán las escalas específicas a los aplicativos de HSE en 2028-2029; inicio del registro 2030-2031	>1%
207	Incrementar las competencias y habilidades en salud a través de la escuela de pacientes de canarias	33.2.1	Realización de talleres anuales por Gerencias	Variable según Gerencia	>2
208		33.2.2	Porcentaje de personas participantes en la Escuela de Pacientes con valoración de la Capacidad de autocuidado (Escala Valoración de Agencia de Autocuidado – ASA / Calidad de Vida Relacionada con la Salud- Euroqol 5D 5L)	0%. Se incorporará la escala ASA y Euroqol 5D 5L a los aplicativos de HSE en 2026-2027; inicio del registro 2028-2029;	>10%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
				valoración de los registros 2030-2031	
209		33.2.3	Porcentaje de personas participantes en la Escuela de Pacientes con valoración de la Capacidad de autocuidado (Escala específica)	0%. Se incorporarán las escalas específicas a los aplicativos de HSE en 2028-2029; inicio del registro 2030-2031	>1%
210	Aumentar la cobertura y equidad de la formación a personas cuidadoras, disminuyendo su nivel de sobrecarga	33.3.1	Porcentaje de ZBS/Hospitales que ofertan formación a personas cuidadoras.	ZBS: 56,2%	>90%
211		33.3.2	Porcentaje de personas cuidadoras que reciben formación	3.540 personas (2024)	Aumentar
212		33.4.1	Porcentaje de servicios implementados	0%	100%
213	Implementar servicios para potenciar el empoderamiento de las personas a través de las TICS	33.4.2	Porcentaje personas utilizadoras de los servicios Web orientados hacia el empoderamiento	0%	Aumentar
214		33.4.3	Porcentaje de personas usuarias que acceden y utilizan los recursos formativos del Canal del Ciudadano para mejorar su autocuidado y salud	0%	75%
215		33.4.4	Porcentaje de personas que interactúan activamente con el sistema de notificaciones inteligentes del SCS	0%	75%
216		33.4.5	Cobertura de telemonitorización en pacientes con anticoagulantes antivitaminas K (AVK) mediante coagulómetros portátiles	En proceso de desarrollo.	25% de los pacientes susceptibles
217		33.4.6	Porcentaje de pacientes crónicos de alta complejidad (PCAC) con insuficiencia cardíaca incluidos en telemonitorización domiciliar y con más de 2 ingresos en los últimos 12 meses.	Disponibles tras iniciar el programa.	20% de pacientes susceptibles.
218		33.4.7	Disminución de ingresos hospitalarios en pacientes PCAC con insuficiencia cardíaca incluidos en telemonitorización	Disponibles tras iniciar el programa.	Disminución
219		33.4.8	Nivel de satisfacción del paciente en el programa de telemonitorización para ICC	Medición de satisfacción tras la implementación del proyecto	Lograr un nivel de satisfacción >=85% de los usuarios
220	Potenciar la formación a profesionales de la salud sobre empoderamiento de los pacientes	33.5.1	Porcentaje de profesionales de la salud que reciben formación	0%	Aumentar

E- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

LÍNEA PRIORITARIA: 34 – USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
221	Incrementar la prescripción por principio activo (PPA) o denominación oficial española (DOE)	34.1.1	Porcentaje de envases de medicamentos prescritos por principio activo	70% (2024 y 2025)	> 80%
222	Potenciar/aumentar/incrementar la utilización de medicamentos biosimilares	34.2.1	Porcentaje de envases de medicamentos biosimilares utilizados en los hospitales frente al total de opciones de medicamentos biológicos con al menos un biosimilar	80% (2024)	90%

223	Revisar los planes terapéuticos para una de-prescripción razonada de medicamentos	34.3.1	Número de recetas facturadas por tarjeta sanitaria individual (TSI)	CANARIAS: 2023 - 2024 Nº envases / usuario en >65años: 16,75 - 17,29 Nº de envases/usuario en <65años: 80,98 - 80,79	Mantener o disminuir el número medio de recetas por paciente en función de la situación de partida de cada Área de Salud
224	Reducir el consumo de benzodiacepinas y fármacos relacionados (subgrupos terapéuticos n05ba, n5cd y n05cf de la clasificación ATC).	34.4.1	Dosis por cada 1000 habitantes/día (DHD) de benzodiacepinas y fármacos relacionados	CANARIAS: 2023 - 2024 DHD < 65 años: 83,63 - 249,59 DHD >= 65 años: 80,23 - 233,95	Reducción de las DHD: <200 en mayores de 65 años y <60 en menores de 65 años

Bloque Temático IV: INTERSECTORIALIDAD

A- COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

LÍNEA PRIORITARIA: 35 – MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
225	Desarrollar e implantar sistemas de información que permitan una gestión integrada de la atención socio sanitaria	35.1.1	Porcentaje de centros residenciales socio sanitarios públicos interoperables con SIDCAN (Sistema de Información a la Dependencia en Canarias)	Islas no capitalinas, 100%. En Gran Canaria y Tenerife se trabaja en el desarrollo de un servicio web para la incorporación automatizada de los datos de los usuarios que residen en centros socio sanitarios en el aplicativo SIDCAN, desde los Sist. Inform. de ambos Cabildos	2026: Implementara interoperabilidad entre Sist. Inform. social de Cabildos de G.C. y TF y aplicativo SIDCAN del SCS. 2026: Disponer acceso del 100% de profesionales de entidades externas a la HCC o al portal de entidades externas del SCS. 2027: Disponer del 100% de las personas residentes en centros socio sanitarios pbcos. en Canarias identificada en la H.C. Drago AP. 2028: Disponer de Cuadro de mandos del 100% de población residente en centros socio sanitarios desagregado por sexo y grupos de edad, así como su geolocalización. 2031: 100% de centros residenciales socio sanitarios públicos interoperables con el aplicativo SIDCAN y acceso a HCC o portal de entidades externas
226		35.1.2	Desarrollar, implementar e integrar una Plataforma Socio sanitaria para el SCS que integre información sanitaria y social	La puesta en marcha de esta herramienta representa un avance significativo en la innovación de procesos, al optimizar el flujo de información y fomentar una atención sanitaria más integrada y eficiente	2026: Desarrollo de la plataforma. Pilotaje de implantación y validación del modelo. 2028: Extensión progresiva del modelo. Disponer del acceso de un 85% de las residencias socio sanitarias a la Plataforma Socio sanitaria
227	Optimizar la atención farmacoterapéutica de las personas residentes en centros socio sanitarios	35.2.1	Porcentaje de pacientes institucionalizados con adecuación farmacoterapéutica realizada	Se están integrando los registros	80%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
228		35.2.2	Porcentaje de Centros Sociosanitarios que disponen y aplican la Guía Farmacoterapéutica consensuada	0% (La guía está en proceso de elaboración)	0% (La guía está en proceso de elaboración)
229	Estandarizar la coordinación interinstitucional mediante protocolos comunes de actuación	35.3.1	Porcentaje de gerencias hospitalarias con la implantación del protocolo de comunicación	La finalidad es mejorar la comunicación entre los órganos del Servicio Canario de la Salud (SCS) implicados en la gestión de la asistencia sanitaria, y entre éstos y la Dirección General competente en materia de atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Canarias	2026: Protocolo realizado 2026-2031: Revisión y evaluación anual de los protocolos implantados por parte del 100% de las Gerencias de Atención Hospitalaria y Gerencias de Servicios Sanitarios
230		35.3.2	Porcentaje de gerencias hospitalarias con la implantación del protocolo de trabajo social sanitario en la planificación al alta	Es preciso homogeneizar el proceso de intervención para garantizar la continuidad de la atención entre niveles de atención sanitaria y entre ámbitos asistenciales.	2026: Protocolo realizado y difundido. 2031: Revisión y evaluación anual de los protocolos implantados por parte del 100% de las Gerencias de Atención Hospitalaria y Gerencias de Servicios Sanitarios
231	Fomentar la formación continuada en atención sociosanitaria	35.4.1	Porcentaje de profesionales formados anualmente en conocimientos sobre atención sociosanitaria	Para ello se detectarán las necesidades con el fin de diseñar las líneas de formación que darán respuesta a las mismas	Formación anual en atención sociosanitaria para el 80% de los profesionales

B- INTERSECTORIALIDAD EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

LÍNEA PRIORITARIA: 36 – COORDINACIÓN CON LOS MUNICIPIOS

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
232	Incrementar el número de municipios y cabildos que se adhieren a la estrategia nacional de promoción de la salud y prevención (EPSP)	36.1.1	Porcentaje de entidades (municipios/cabildos) canarios adheridos a la EPSP.	58% de municipios y 71% de cabildos	90%
233		36.1.2	Porcentaje de población de las entidades canarias adheridas a la EPSP	46%	90%
234		36.1.3	Número de recursos/activos en salud registrados para Canarias en la aplicación "Localiza Salud" del Ministerio de Sanidad	2.497	5.000

LÍNEA PRIORITARIA: 37 – INTERSECTORIALIDAD EN EL ÁMBITO MUNICIPAL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
235	Implementar la recomendación de recursos y activos en salud a la población por parte de los equipos de atención primaria	37.1.1	Disponibilidad en la HE Drago AP de la herramienta de visibilización de recursos y activos para la salud	No se dispone de la herramienta	Se dispone de la herramienta en la HE Drago AP
236		37.1.2	Porcentaje de EAP que recomiendan recursos /activos en salud	0%	100%

C- VIOLENCIA

LÍNEA PRIORITARIA: 38 – VIOLENCIA DE GÉNERO

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
237	Potenciar la detección precoz de la violencia de género mediante el cuestionario de detección WAST y la entrevista clínica en mujeres de 15 o más años en las consultas de atención primaria	38.1.1	Porcentaje de mujeres a las que se les ha realizado el Protocolo de Detección y Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Atención Primaria del SCS	4,21%	15%
238	Elaboración e implementación del protocolo de actuación en atención especializada ante la violencia de género	38.2.1	Porcentaje de hospitales con Protocolo de Violencia de Género implementado	0%	100%

LÍNEA PRIORITARIA: 39 – VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
239	Promoción del buen trato en la infancia y la adolescencia y prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia	39.1.1	Porcentaje de personas menores de 3 años con recomendaciones a sus familias sobre parentalidad positiva dentro del Programa de Salud Infantil	No existe un registro específico para la recogida de dicha formación (2025)	90% de la población menor de 3 años que haya acudido al Programa de Salud Infantil se le haya dado recomendaciones de Parentalidad positiva (Creación del registro en 2026)
240		39.1.2	Parentalidad positiva	No existe indicador para recogida de dicha información	90% de las figuras parentales relativas a población menor de 3 años, que haya participado en el proyecto de la DGSP.
241		39.1.3	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud que ofrecen talleres de parentalidad positiva dentro del Programa de Aulas de Salud	Pendiente creación del indicador	>90%
242		39.1.4	Porcentaje de personas menores de 15 años con registro de factores de riesgo social en historia clínica	88,3% en el año 2024	95% <15 años con registro de factores de riesgo social (tanto ausencia como presencia) dentro del Programa de Salud Infantil
243	Detección precoz de la violencia en <15 años	39.2.1	Porcentaje de Zonas Básicas de Salud (ZBS) con formación a profesionales del ámbito sanitario en el Protocolo de Actuación Sanitaria y Coordinación Interinstitucional para el Abordaje de las situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia	0%	100%

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
244		39.2.2	Porcentaje de personas menores de 15 años con registro de indicadores de violencia en la infancia y adolescencia en Historia Clínica	86,7% en el año 2024	95% personas <15 años que hayan asistido al PSI en el último año se les haya registrado la presencia/ausencia de indicadores de violencia
245		39.2.3	Porcentaje de notificaciones con partes de lesiones ante la presencia de indicadores/indicios de violencia	25,7% en el año 2024	>75% personas <15 años con registro de presencia de indicadores de violencia en el PSI se les haya realizado parte de lesiones
246		39.2.4	Porcentaje de notificaciones con oficio de notificación ante la presencia de indicadores/indicios de violencia	41,9% en el año 2024	>95% personas <15 años con registro de presencia de indicadores de violencia en el PSI se les haya realizado oficio de notificación

D- ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES

LÍNEA PRIORITARIA: 40 – ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN MIGRANTE

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
247	Alta en tarjeta sanitaria y correcta identificación de las personas extranjeras que, sin residir legalmente en España, se encuentren en canarias	40.1.1	Porcentaje de personas extranjeras que, sin residir legalmente en España, se encuentren en Canarias y están en el programa de Tarjeta Sanitaria adscritas a población CON TS	Creación del registro en Tarjeta Sanitaria en 2026	90%
248	Realización de perfil analítico inicial según país de origen en personas <18 años migrantes	40.2.1	Porcentaje de personas migrantes menores de 18 años a los que se ha realizado el perfil analítico de cribado inicial	61,3% (2024)	80%

E- AUTOABASTECIMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

LÍNEA PRIORITARIA: 41 – HEMODONACIÓN

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
249	Incrementar el número de donaciones de sangre y aféresis a medio y largo plazo	41.1.1	Incremento donaciones hospitalarias	15.664 donaciones	17.700 donaciones
250		41.1.2	Incremento donaciones extrahospitalarias	45.064 donaciones	47.300 donaciones
251		41.1.3	Incremento del rendimiento de las colectas de sangre en unidades móviles	10,46	16 donantes
252	Implementar la homogeneización de la imagen del banco de sangre de Canarias en centros, puntos fijos y vehículos corporativos	41.2.1	Implementación de la imagen del Banco de Sangre de Canarias en centros hospitalarios	0	10 hospitales
253		41.2.2	Implementación de la imagen del Banco de Sangre de Canarias en puntos fijos de donación de la DGHH	0	4 puntos fijos de donación de la DGHH

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
254		41.2.3	Implementación de la imagen del Banco de Sangre de Canarias en vehículos corporativos	0	19 vehículos corporativos

Bloque Temático V: PERSPECTIVA TRANSVERSAL

A- ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA - HUMANIZACIÓN

LÍNEA PRIORITARIA: 42 – HUMANIZACIÓN: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
255	Incrementar la emisión de tarjetas AA mediante la difusión de la instrucción 12/2018, de 13 de octubre para garantizar el derecho a una asistencia accesible y adecuada para personas con discapacidad y otras dificultades especiales	42.1.1	Número de tarjetas AA emitidas	30.025 (mayo 2025)	Incremento >12% (> 33.628 tarjetas AA emitidas)
256	Realizar campañas institucionales de sensibilización dirigidas a la ciudadanía sobre la importancia de respetar y cuidar al personal del SCS	42.2.1	Números de acciones realizadas en el SCS/ año	No se han realizado campañas	Realizar una campaña de sensibilización bienal
257	Involucrar a las personas usuarias en la estructura orgánica del modelo de humanización	42.3.1	Número de comisiones/ comités de Humanización con participación de personas usuarias	1 en 2025	Incluir pacientes en todas las comisiones de humanización de las 11 gerencias
258	Publicar memorias anuales en materia de atención centrada en la persona, recopilando y ordenando las iniciativas desarrolladas, los avances, logros y resultados del despliegue de la estrategia de atención sanitaria centrada en la persona	42.4.1	Elaboración, publicación y difusión de la memoria de actividad	No existe un documento de consenso	Publicar memorias

LÍNEA PRIORITARIA: 43 – HUMANIZACIÓN: ATENCIÓN CENTRADA EN LOS Y LAS PROFESIONALES

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
259	Impulsar la formación y capacitación a profesionales sanitarios y no sanitarios sobre atención centrada en la persona	43.1.1	Número de actividades formativas en materia de ACP dirigidos a profesionales del sistema sanitario	Oferta de 18 acciones formativas en el SCS el año 2025	Aumentar un 5% anual el nº de actividades formativas en ACP
260	Desarrollar actividades formativas para fomentar el autocuidado del personal, especialmente desde el punto de vista emocional	43.2.1	Número de actividades formativas en relación con el autocuidado	Oferta de 5 acciones formativas en el año 2025	Aumentar un 5% anual el nº de actividades formativas
261	Informar al personal del SCS sobre la aplicación de las medidas de accesibilidad y acompañamiento	43.3.1	Números de acciones por las que se difunde la instrucción	Se han llevado a cabo en 2025 tres acciones de difusión	Realizar una campaña bienal

LÍNEA PRIORITARIA: 44 – MEJORA DEL CONFORT Y ACCESIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURAS, ESPACIOS Y ENTORNOS

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
262	Diseñar criterios concisos que sirvan de referencia en el ámbito del servicio canario de la salud para el diseño de entornos que favorezcan el confort físico, emocional y sensorial de usuarios y profesionales	44.1.1	Disponer de un Manual/ Documento de criterios de entornos humanizados	No existe documento de consenso	Disponer del documento de criterios consensuado

B- TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

LÍNEA PRIORITARIA: 45 – TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
263	Desarrollar la historia clínica única	45.1.1	Porcentaje de funcionalidades clínicas integradas en la Historia Clínica Única	0%	40% (2026 - Definición de funcionalidades clínicas.
264	Renovar y ampliar las infraestructuras tic corporativas del SCS	45.2.1	Porcentaje de infraestructuras TIC renovadas respecto al total planificado	0%	100%
265	Implantar la estrategia de ciberseguridad	45.3.1	Porcentaje de implantación de la Estrategia de Ciberseguridad	0%	100% (2026 - Aprobación de la Estrategia

C- EQUIPAMIENTO, INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA

LÍNEA PRIORITARIA: 46 – EQUIPAMIENTO, INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
266	Renovar los equipamientos sanitarios	46.1.1	Expedientes iniciados anualmente	90% de ejecución en el año 2025	>70%
267	Mejorar las infraestructuras sanitarias	46.2.1	Porcentaje de obras realizadas	80% de ejecución en el año 2025	>60%
268	Implantar el plan integral de mejora de los procesos logísticos de los centros sanitarios del SCS	46.3.1	Porcentaje de gerencias que han implantado el plan integral de actuación de gestión logística	0%	60%

D- GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

LÍNEA PRIORITARIA: 47 – GESTIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
269	Implementar un nuevo modelo de priorización en las listas de espera quirúrgicas de la comunidad autónoma de canarias	47.1.1	Porcentaje de servicios quirúrgicos que han implantado el nuevo modelo de priorización	0%	90%
270	Revisar y estandarizar las indicaciones quirúrgicas de los procedimientos más prevalentes	47.2.1	Número de protocolos actualizados	Publicación del SCS sobre recomendaciones asistenciales de 2013-2018	30 protocolos revisados
271	Elaborar e implantar un protocolo de actuación orientado a optimizar los tiempos de acceso, garantizar la adecuación de las derivaciones y mejorar la eficiencia en la asignación de citas	47.3.1	Elaboración de protocolo y documento normativo sobre la gestión de cita previa de consultas externas	No existe protocolo ni documento normativo	Protocolo y documento normativo elaborado
272		47.3.2	Porcentaje de implantación del protocolo en los centros dependientes del SCS	0%	100%

LÍNEA PRIORITARIA: 48 – ATENCIÓN COMPARTIDA DE LA DEMANDA

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
273	Incrementar la capacidad resolutive de enfermería en atención primaria para el abordaje de la demanda no programada	48.1.1	Porcentaje de protocolos ACD resueltos por enfermería sin derivación	13,87% (4.177 resueltos de 30.118 protocolos realizados)	Alcanzar el 50% de resolución por enfermería
274		48.1.2	Porcentaje de protocolos ACD que finalizan en derivación a otro profesional del Equipo de AP	86,13% (25.941 derivaciones de 30.118 protocolos)	Reducir al 50% el porcentaje de protocolos que finalizan en derivación
275	Formar al 70% de profesionales de enfermería de atención primaria en el modelo ACD antes de 2031	48.2.1	Porcentaje de profesionales de enfermería de Atención Primaria formados en el modelo de ACD	0% a mayo de 2025	Formar al 70% de profesionales de enfermería de A.P. en el modelo ACD antes de 2031
276	Aumentar el uso efectivo del sistema de triaje estructurado (set) en Drago AP por parte de enfermería	48.3.1	Porcentaje de utilización del registro de triaje por enfermería en DRAGO AP.	Creación del registro en 2026	50%

LÍNEA PRIORITARIA: 49 – SALUD LABORAL: OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL MÉDICO DE LA IT

Nº Indicador	Objetivo Específico	Nº	Indicador	Situación Inicial	Meta
277	Derivación de procesos asistenciales musculoesqueléticos	49.1.1	Porcentaje de derivaciones por interconsultas pendientes	No se tienen en cuenta parámetro de la IT	Derivar al menos el 90% de los procesos pendientes
278		49.1.2	Porcentaje de derivaciones por pruebas complementarias (PC) pendientes	No se tienen en cuenta parámetro de la IT	Derivar al menos el 90% de los procesos pendientes de PC
279		49.1.3	Porcentaje de derivaciones por intervenciones quirúrgicas (IQ) pendientes	No se tienen en cuenta el parámetro de la IT	Derivar al menos el 90% de los procesos pendientes de IQ
280	Derivación de procesos asistenciales psiquiátricos adaptativos	49.2.1	Porcentaje de derivaciones por interconsultas pendientes.	No se tienen en cuenta parámetro de la IT	Derivar al menos el 90% de los procesos psiquiátricos pendientes de interconsulta
281	Optimización de la duración de los procesos de IT	49.3.1	Prevalencia de IT.	47,23 ITs / mil trabajadores	Disminución entre el 1 y el 2% anual de la prevalencia de IT (5-10% en 2031)

Anexo III. Alineación de Actuaciones Contenidas en el Plan de Salud de Canarias 2026-2031 con los Objetivos Específicos establecidos en el Programa FEDER y FSE+ Canarias 2021-2027

1) Introducción

Los objetivos específicos del PSC 2026-2031 deben tener una adecuada alineación con los establecidos en:

- El Programa FEDER Canarias 2021-2029 (PFC 2021-2029), que en marco de su objetivo político 4 denominado “Una Europa más social e inclusiva, por medio de la aplicación del pilar europeo de derechos sociales”, se centra especialmente en el objetivo **RSO4.5**. “Velar por la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria y reforzar la resiliencia de los sistemas sanitarios, en particular la atención primaria, así como fomentar la transición de la asistencia institucional a la asistencia en los ámbitos familiar y local.”
- El Programa de Canarias **FSE+ 2021-2027**, con especial foco en la Prioridad 4 de Transformación Social de las Regiones Ultraperiféricas (RUP), que pretende mejorar la cohesión social y territorial entre los territorios de la región afectados por la ultraperificidad. El Objetivo político 4 “Una Europa más social e inclusiva, por medio de la aplicación del pilar europeo de derechos sociales”, incluye el objetivo específico ESO4.11. “Mejorar la igualdad y la oportunidad del acceso a unos servicios de calidad, sostenibles y asequibles, incluidos los servicios que propicien el acceso a la vivienda y unos cuidados centrados en las personas, especialmente la sanidad; modernizar los sistemas de protección social, especialmente el fomento del acceso a la protección social, con una atención particular a los niños y los colectivos desfavorecidos; mejorar la accesibilidad, también para personas con discapacidad, la efectividad y la resiliencia de los sistemas de asistencia sanitaria y de dependencia; (FSE+).”

En este sentido, se describen a continuación los valores y objetivos del PSC 2026-2031 que se encuentran alineados con los citados programas.

2) Identificación de valores alineados con las políticas europeas

Como ya se ha expuesto, uno de los dos ejes principales del PSC 2026-2031 es la **Salud en Todas las Políticas**, cuya orientación va a potenciar la transición de la asistencia institucional a la asistencia en los ámbitos familiar y local, a través de las Líneas Prioritarias (LP) y objetivos específicos (OE) que se expondrán más adelante. También los valores guía que se han tenido en cuenta para la elaboración de los OE del Plan, se encuentran alineados, especialmente la **equidad** (no solo en el acceso

equitativo a la prestación sanitaria, sino también con respecto a otras variables de no discriminación como el sexo, rango de edad, ubicación geográfica, etc.). También la consideración de la **eficiencia** valorada para todos los OE contribuye a fortalecer la resiliencia del sistema sanitario, mientras que el valor de “**comunidades saludables**” potencia la atención centrada en la persona y la proyección a su ámbito familiar y comunitario, en estrecha relación con la Atención Primaria de salud.

3) Identificación de objetivos alineados con las políticas europeas

PROGRAMA FEDER CANARIAS 2021-2027

- a) Las **obras de adecuación de instalaciones y eficiencia energética**, así como la **adquisición de equipos**, redundan en el desarrollo o la mejora de la actividad sanitaria asistencial, de salud pública y la reducción del efecto negativo sobre el medio ambiente. Destacan las siguientes LP del Plan de Salud:
- LÍNEA PRIORITARIA: 9 – Estrategia de prevención de los efectos en la salud asociados a los episodios de calima.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 10 – Prevención de los efectos en la salud de las temperaturas extremas y de la radiación UV.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 16 – Cardiopatía isquémica.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 17 – Enfermedad cerebrovascular.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 20 – Diabetes.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 21 – Cáncer de mama.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 22 – Cáncer de colon.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 44 – Mejora del confort y accesibilidad de infraestructuras, espacios y entornos.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 46 – Equipamiento, infraestructura y logística.

Algunos de los expedientes de contratación que se encuentran en ejecución durante 2025 al amparo de dicho objetivo, son los siguientes, si bien anualmente se van incorporando nuevos proyectos a la cofinanciación:

Tabla 20. Expedientes de contratación objetivo específico RSO4.5

Objetivo	PILA	Nombre Proyecto de Inversión
RSO4.5	216G0064	Torre Pediatría CHUIMI
RSO4.5	256G0053	Obra Nueva Unidad Corta Estancia CHUIMI
RSO4.5	236G0051	Centro de Salud Guanarteme
RSO4.5	186G0094	Camas Hospitalarias
RSO4.5	186G0094	TAC Destinado al CAE de GÁLDAR
RSO4.5	186G0094	Ecógrafos (Varios Centros A. Primaria)
RSO4.5	216G0119	Modernización Logística (Carruseles y Robots)
RSO4.5	13600162	Impresoras Tarjetas Sanitarias
RSO4.5	186G0094	Equipamiento e Infraestructuras Sanitarias AE
RSO4.5	186G0094	Mamógrafo Destinado al CAE Rumeu
RSO4.5	256G0169	Microscopios
RSO4.5	256G0169	Torre de Laparoscopia
RSO4.5	256G0169	Arcos de Fluoroscopia Digital
RSO4.5	256G0198	Obras Eficiencia Energética Enfriadoras
RSO4.5	256G0093	Reposición Enfriadoras Hospitales
RSO4.5	13600162	ECÓGRAFOS FASE I y II

Fuente: SCS.

- b) Las actuaciones incluidas en la Prioridad P4RUP (Transformación social de las RUP), al amparo del objetivo específico: **RSO4.5**, tienen como elemento común **mejorar la cohesión social y territorial entre los territorios de la región afectados por la ultraperifericidad** e incluirán tanto costes de inversión como de funcionamiento. El Programa FEDER Canarias 2021-2027, bajo el paraguas del artículo 14 del Reglamento 2021/1058, contribuirá a compensar los sobrecostes asociados a la prestación de servicios sanitarios (emergencias, atención, desplazamientos médicos, protección y atención ciudadana) y otros servicios destinados a garantizar una calidad en la atención a la ciudadanía de las islas, realizados por entes del sector público de la Administración General del Estado.

Por otra parte, la fragmentación del territorio hace necesarias mayores dotaciones de infraestructuras e inversión por parte de las administraciones públicas. El sistema sanitario canario descansa en la protección integral y universal de la salud y persigue la realización plena de este bien individual y colectivo, mediante la promoción y protección de la salud pública. En este sentido, el Programa FEDER Canarias 2021-2027, con la finalidad de mejorar

los servicios asistenciales y de apoyo para adaptarlos a las nuevas demandas y mejorar la prestación del servicio sanitario canario, en aquellos ámbitos en los que se ve especialmente afectado el servicio por la condición de RUP, se contribuirá a financiar:

- c) Traslado de pacientes para la compensación de los sobrecostes de los gastos de movilidad por el traslado de pacientes en transporte aéreo. El servicio de transporte aéreo no sanitario para el desplazamiento de pacientes fuera del lugar de residencia, recoge los gastos por traslado de pacientes y acompañantes a hospitales de referencia tanto de islas capitalinas como a península. Mantener un fluido y continuado servicio de transporte que garantice el traslado de pacientes permite mejorar la atención sanitaria y el seguimiento de:
- LÍNEA PRIORITARIA: 16 – Cardiopatía isquémica.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 17 – Enfermedad cerebrovascular.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 20 – Diabetes.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 21 – Cáncer de mama.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 22 – Cáncer de colon.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 23 – Cáncer de cérvix.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 25 – Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
 - LÍNEA PRIORITARIA: 26 – Trastorno mental grave (TMG).
 - LÍNEA PRIORITARIA: 27 – Salud Mental Infanto-juvenil.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 28 – Salud Mental en Grupos Vulnerables.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 31– Cronicidad y Multimorbilidad.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 32– Atención al deterioro cognitivo y Demencia.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 38– Violencia de Género.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 39– Violencia en la Infancia y Adolescencia.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 40– Atención sanitaria a la población migrante.
 - LÍNEA PRIORITARIA 47– Gestión de la Demanda Asistencial.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 49– Salud Laboral. Optimización del control médico de la Incapacidad Temporal.

- d) **Sobrecostes de los servicios sanitarios** para la compensación de los sobrecostes de la prestación de los servicios sanitarios del personal de las gerencias de las 8 Islas Canarias. Esta actuación se dirige a compensar los sobrecostes en las nóminas percibidas por el personal de los centros asistenciales, cofinanciando el 85% de lo percibido en concepto de indemnización por residencia del personal sanitario (relacionado con la prestación asistencial y excluyendo el personal de servicios, gestión y directivos, así como todo aquel que se encuentre en comisión de servicios realizando su actividad fuera del centro sanitario).

Debido a lo anterior, toda actividad sanitaria se alinea con esta línea cofinanciada dado que se refiere al personal asistencial prestador de servicios sanitarios, lo que afecta a todas las líneas estratégicas.

Así, las LP del Plan que demuestran la realización de actividad cofinanciada son todas las desarrolladas por parte del personal sanitario, es decir, la inmensa mayoría del contenido del PSC 2026-2031, sirviendo a modo de ejemplo los recogidos en el apartado anterior, así como los siguientes:

- LÍNEA PRIORITARIA: 1– Sobrepeso y obesidad.
- LÍNEA PRIORITARIA: 3– Promoción lactancia materna.
- LÍNEA PRIORITARIA: 4– Tabaquismo.
- LÍNEA PRIORITARIA: 5– Consumo de alcohol.
- LÍNEA PRIORITARIA: 6– Drogas y otras adicciones.
- LÍNEA PRIORITARIA: 7– Enfermedades Prevenibles por vacunación.
- LÍNEA PRIORITARIA: 8– Infecciones de Transmisión Sexual.
- LÍNEA PRIORITARIA: 13– Protección de Enfermedades Profesionales.
- LÍNEA PRIORITARIA: 18– Insuficiencia cardiaca crónica.
- LÍNEA PRIORITARIA: 19– Riesgo cardiovascular e hipertensión arterial.
- LÍNEA PRIORITARIA: 24– Cuidados Paliativos.
- LÍNEA PRIORITARIA: 29– Seguridad del Paciente.
- LÍNEA PRIORITARIA: 30– Prevención y abordaje de la fragilidad en personas mayores.
- LÍNEA PRIORITARIA: 33– Apoyo y Empoderamiento.
- LÍNEA PRIORITARIA: 34– Uso Racional del Medicamento.

- LÍNEA PRIORITARIA: 35– Mejora en la calidad asistencial en la atención sociosanitaria
 - LÍNEA PRIORITARIA: 37– Intersectorialidad en el ámbito municipal.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 41– Hemodonación.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 42– Humanización: Atención centrada en la Persona.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 43– Humanización centrada en los y las profesionales.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 45– Transformación digital del Servicio Canario de la Salud.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 47– Gestión de la Demanda Asistencial.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 48– Atención Compartida de la Demanda.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 49– Salud Laboral. Optimización del control médico de la Incapacidad Temporal.
- e) **Helicópteros Multifuncionales** para la compensación de los sobrecostes del servicio público de atención de emergencias en Canarias. Se incluye los gastos derivados de la prestación mediante helicópteros multifuncionales dedicados, entre otras actuaciones, a la atención de emergencias en colaboración con el órgano competente en materia de sanidad en la atención de evacuación de personas enfermas y accidentadas; actuaciones en caso de accidentes múltiples o calamidad pública. Las circunstancias y problemas de salud relacionados con tales traslados son heterogéneas, pero con respecto a las LP del PSC 2026-2031 puede estar relacionado, entre otras con:
- LÍNEA PRIORITARIA: 16 – Cardiopatía isquémica:
 - Implementar la actualización del Código Infarto en Canarias (CODICAN) que incluya la asistencia precoz al Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST (SCASEST) en toda la comunidad.
 - Realizar un tratamiento de reperusión de los infartos agudos de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en las primeras 12 horas.
 - Realizar angiografía urgente e Intervención Coronaria Percutánea (ICP) (si está indicada) en las primeras 12 horas en los SCASEST de muy alto riesgo.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 17 – Enfermedad cerebrovascular:
 - Mejorar los tiempos de acceso a prueba de neuroimagen en pacientes en código ictus desde la llegada al hospital o su detección intrahospitalaria.

- Realizar tratamiento precoz, según los tiempos indicados en las guías, en ictus isquémicos y hemorrágicos.
- LÍNEA PRIORITARIA: 47– Gestión de la Demanda Asistencial:
 - Revisar y estandarizar las indicaciones quirúrgicas de los procedimientos más prevalentes.
 - Elaborar e implantar un protocolo de actuación orientado a optimizar los tiempos de acceso, garantizar la adecuación de las derivaciones y mejorar la eficiencia en la asignación de citas.
- f) En relación al fomento de la **transición de la asistencia institucional a la asistencia en los ámbitos familiar y local**, en línea con el objetivo específico: RSO4.5, destacan como ejemplos:
 - LÍNEA PRIORITARIA: 31– Cronicidad y Multimorbilidad:
 - Realizar valoraciones integrales adaptadas a cada grupo de edad, especialmente en atención domiciliaria.
 - Implementar planes de atención personalizada con objetivos terapéuticos compartidos y seguimiento continuo.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 33– Apoyo y Empoderamiento:
 - Implementar servicios para potenciar el empoderamiento de las personas a través de las TIC, especialmente a través de la App “miSCS”.
 - Aumentar la cobertura y equidad de la formación a personas cuidadoras, disminuyendo su nivel de sobrecarga.
 - Telemonitorización de pacientes con enfermedades crónicas desde sus domicilios.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 24– Cuidados Paliativos:
 - Facilitar la planificación anticipada de la atención, incluyendo las preferencias y valores del paciente, así como las voluntades anticipadas y las decisiones compartidas con el equipo asistencial.
 - LÍNEA PRIORITARIA: 36– Coordinación con los municipios:
 - Incrementar el número de municipios y cabildos que se adhieren a la estrategia nacional de promoción de la salud y prevención (EPSP)
 - LÍNEA PRIORITARIA: 37– Intersectorialidad en el ámbito municipal:
 - Implementar la recomendación de recursos y activos en salud a la población por parte de los equipos de Atención Primaria.

PROGRAMA DE CANARIAS FSE+ 2021-2027

La justificación del objetivo específico ESO4.11 consiste en garantizar la igualdad de acceso a los sistemas sanitarios y de protección social, interviniendo sobre las diferencias y necesidades del conjunto de la población canaria, y es un objetivo clave dentro del período de programación 2021-2027. Canarias se enfrenta a un reto añadido sobre el resto de las regiones, y es que cuenta con un elevado porcentaje de población flotante y de personas jubiladas que hace uso de los servicios de atención sanitaria y social, siendo necesario arbitrar adecuadamente los medios y recursos para atender a toda población.

Es necesario aumentar la atención específica de los colectivos con mayor riesgo de exclusión social, como las personas con enfermedades mentales o aquellas cuya condición física o personal no les permite un adecuado acceso a los sistemas de protección social, como las personas sin hogar o en situación de pobreza y/o exclusión social. También es necesario proteger a aquellas personas más vulnerables ante los efectos del cambio climático, en forma de episodios de calor extremo o de calima. En Canarias es relevante, además, la atención de personas migrantes que llegan de forma irregular a las costas en embarcaciones precarias.

2.k.01 Incremento de la atención a la salud mental de Canarias: Mejora en la calidad, equidad y accesibilidad, con objeto de rehabilitación y reinserción social de las personas con trastorno mental: Esta actuación persigue la recuperación de las personas con trastorno mental para su integración en la sociedad en condiciones de igualdad, en un estado completo de bienestar físico, mental y social. Se encuentra dirigido a grupos de población especialmente vulnerables, en particular niños/as y adolescentes, las personas con riesgo suicida y con trastorno mental grave, que les imposibilita desarrollar una vida social plena, tanto en el ámbito educativo como laboral y social, permitiendo una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

En este sentido, se produce a alineación con varias Líneas Prioritarias del PSC 2026-2031, como son:

- **LÍNEA PRIORITARIA: 7–Enfermedades Prevenibles por vacunación:**
 - Aumentar o mantener según el caso la cobertura de las vacunas seleccionadas de la CCAA, según el calendario para todas las edades de la vida de Canarias 2024.
- **LÍNEA PRIORITARIA: 9 – Estrategia de prevención de los efectos en la salud asociados a los episodios de calima:**
 - Implementar el sistema de alerta temprana por riesgo en la salud que incluya la comunicación del riesgo en salud por calima, y medidas de protección, así

como la coordinación con otras administraciones responsables de población sensible y vulnerable y la ciudadanía en general.

- LÍNEA PRIORITARIA: 10– Prevención de los efectos en la salud de las temperaturas extremas y de la radiación:
 - Sistema de alerta temprana. Informar y avisar a la población y a las administraciones y entidades competentes, tanto en atención sanitaria asistencial como en atención a población sensible y vulnerable, ante situaciones de riesgo por altas temperaturas.
- LÍNEA PRIORITARIA: 11 – Enfermedades no transmisibles. Salud mental:
 - Desarrollar un sistema de vigilancia en salud mental.
- LÍNEA PRIORITARIA: 26 – Trastorno mental grave (TMG):
 - Mejorar la adherencia a las consultas en las unidades de salud mental comunitaria para reducir los ingresos hospitalarios.
 - Potenciar la hospitalización a domicilio para reducir los ingresos hospitalarios.
- LÍNEA PRIORITARIA: 27 – Salud mental infantojuvenil:
 - Potenciar la atención comunitaria en salud mental infantojuvenil.
- LÍNEA PRIORITARIA: 28 – Salud mental grupos vulnerables:
 - Mejorar la atención y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastorno mental.
 - Intervenir precozmente tras un intento de suicidio.
 - Reducir el acceso a medios letales para contribuir a la prevención del suicidio en Canarias.
- LÍNEA PRIORITARIA: 40– Atención sanitaria a la población migrante:
 - Alta en tarjeta sanitaria y correcta identificación de las personas extranjeras que, sin residir legalmente en España, se encuentren en Canarias.
 - Realización de perfil analítico inicial según país de origen en personas migrantes menores de 18 años.
- LÍNEA PRIORITARIA: 42– Humanización: Atención centrada en la Persona:
 - Incrementar la emisión de tarjetas AA mediante la difusión de la instrucción 12/2018, de 13 de octubre para garantizar el derecho a una asistencia accesible y adecuada para personas con discapacidad y otras dificultades especiales.

Anexo IV. Acrónimos

AP: Atención Primaria
APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos
AROE: *At Risk of Poverty or Social Exclusion*
ASEI: Área de Sistemas Electromédicos y de Información
ATB: Prescripciones de Antibióticos
CIRPAC: Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria
CODICAN: Código Infarto en Canarias
CVC: Catéter Venoso Central
DGPC: Dirección General del Paciente y Cronicidad
DGPPAA: Dirección General de Programas Asistenciales
DGREI: Dirección General de Relaciones Externas e Inspección
DGRREE: Dirección General de Recursos Económicos
DGSMA: Dirección General de Salud mental y Adicciones
DGSP: Dirección General de Salud Pública
DOE: Denominación Oficial Española
DPO: Dirección Por Objetivos
DTPa: Difteria Tétanos y Tosferina Acelular
EAP: Equipos de Atención Primaria
ECDC: *European Center for Disease Prevention and Control*
ECIMPS: Estrategia Canaria de Islas y Municipios Promotores de la Salud
ECV: Encuesta de Condiciones de Vida
EGSP: Estadística de Gasto Sanitario Público
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPSP: Estrategia Nacional de Promoción de la Salud y Prevención
ESC-2021: Encuesta de Salud de Canarias 2021
ESdE: Encuesta de Salud de España
ESSSCAN: Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias
FEVI: Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo
HB: Hepatitis B
Hib: Haemophilus Influenzae Tipo B
IAMCEST: Infartos Agudos de Miocardio con Elevación del Segmento ST
ICP: Intervención Coronaria Percutánea
iHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
INE: Instituto Nacional de Estadística
IRAS: Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria
ISTAC: Instituto Canario de Estadística
IT: Incapacidad Temporal

ITESPLUS: Intervención sobre Tabaquismo en Enseñanza secundaria
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
J01FA: Macrólidos
J01MA: Quinolonas
MCSS: Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social
NO₂: Dióxido de Nitrógeno
O₃: Ozono
OCSALUD: Observatorio Canario de la Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
P.P.: Puntos porcentuales
PAFCAN: Programa de Ayuda al Fumador en Canarias
PEGobCan: Plan Estratégico del Gobierno de Canarias
PGC: Programas de Gestión Convenida
PIB: Producto Interior Bruto
PM: Partículas en Suspensión
PNCOCA: Plan de Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria
POA: Plan Operativo Anual
PPA: Prescripción por Principio Activo
PSC 2026-2031: Plan de Salud de Canarias 2026-2031
RASCM: Registro Sanitario Autonómico de Comercio al por Menor
RCV: Riesgo Cardiovascular
RGSEAA: Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos
RPCC: Registro Poblacional de Cáncer de Canarias
SCASEST: Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST
SCIRI: Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información
SCS: Servicio Canario de la Salud
SENIC: *Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control*
SG: Secretaría General del SCS
SINAC: Sistema de Información de Aguas de Consumo
SIVAMIN: Sistema de Información de Vacunaciones del Ministerio de Sanidad de España
SO₂: Dióxido de Azufre
SU: Sondaje Uretral
TIA: Toxiinfecciones Alimentarias
TICS: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TMG: Trastorno Mental Grave
TV: Triple Vírca
VAB: Valor Añadido Bruto
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VLA: Valores Límites De Exposición Anual

VPI: Poliomieltis

WAST: *Women Abuse Screening Tool*

Anexo V. Participantes

MIEMBROS DEL COMITÉ DIRECTOR

Esther María Monzón Monzón – Consejera de Sanidad

Adasat Goya González – Director del Servicio Canario de la Salud

María Jesús López-Neira de la Torre – Secretaria General del Servicio Canario de la Salud

Esther García Cabrera - Secretaria General Técnica de Sanidad

Sebastián Fuentes Tarajano – Director General de Recursos Económicos

José Fernando Díaz-Flores Estévez – Director General de Salud Pública

Antonia María Pérez Pérez – Directora General de Programas Asistenciales

José Ángel González Díaz – Director General de Recursos Humanos

Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río – Director General de Salud Mental y Adicciones

Rita Tristanchó Ajamil – Directora General del Paciente y Cronicidad

Carlos Jesús Viera Rodríguez – Director General de Relaciones Externas e Inspección

Francisco Javier Rodríguez Sosa – Director General de Hemodonación y Hemoterapia

Lidia Esther Mejías Suárez – Directora de Área de Salud de Gran Canaria

Tomás Marcial Pérez González – Director de Área de Salud de Fuerteventura

Erasmus Manuel García de León - Director de Área de Salud de Lanzarote

Diana Mora Izquierdo – Directora de Área de Salud de Tenerife

Eva Ravelo González – Directora de Área de Salud de La Gomera

María Cecilia Sánchez Rodríguez – Directora de Área de Salud de La Palma

Pilar Inocencia Mora González – Directora de Área de Salud de El Hierro

COORDINACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Miguel Ángel Hernández Rodríguez – Coordinador del Plan de Salud. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Apoyo – Plan de Salud

José Andrés Henríquez Suárez – Auxiliar Administrativo, Servicio de Evaluación y Planificación. Unidad de Apoyo – Plan de Salud

Francisco Javier Pérez García – Administrativo de Área. Unidad de Apoyo – Plan de Salud

María Eloísa Mendoza Alemán – Auxiliar Administrativo, Servicio de Evaluación y Planificación. Unidad de Apoyo – Plan de Salud

MIEMBROS DEL COMITÉ TÉCNICO ASESOR

Patricia Carrillo Ojeda - Jefa de Servicio de Sistemas de Información. Unidad de Apoyo del Servicio Canario de la Salud

Manuel Francisco Herrera Artilles - Técnico Inspector de Unidad de Apoyo de la Dirección General de Salud Pública.

Silvia Rodríguez Mireles - FEA de Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información, Dirección General de Programas Asistenciales

Sara Trujillo Alemán - FEA Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales.

Javier Hugo Duque Arimany- Jefe de Servicio Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Canarias

Vinita Mohandas Mahtani Chugani - Unidad de Apoyo Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife / Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

José Luis Alonso Bilbao - Técnico de Salud Pública del Área de Salud de Gran Canaria.

Lilisbeth Inmaculada Perestelo Pérez - Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud.

Luis Pedro Martínez del Castillo - Unidad de Calidad del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Ana Isabel Lorenzo Álvarez. Jefa de Servicio de la Unidad de Apoyo a la Secretaría General Técnica.

Alfredo Miranda González. Jefe de Servicio Planificación y Negociación Colectiva de la Dirección General de Recursos Humanos.

Santiago Asenjo González-Valerio. Jefe de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información. Dirección General de Programas Asistenciales

PARTICIPANTES GRUPOS DE TRABAJO DEL BLOQUE TEMÁTICO I: **Promoción y protección de la salud. Prevención de la enfermedad**

Carlos Antonio Torres Lana – Médico de Familia, Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública

Amelia María Hernández García – Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Adicciones

Nicolás Perdomo Álamo – Técnico, Servicio de Coordinación Técnica de Adicciones

Ángel Rodríguez Palmero – Técnico, Servicio de Coordinación Técnica de Adicciones

María del Mar Velasco Villar – Técnica, Servicio de Coordinación Técnica de Adicciones

Santiago de la Huerza Moreno – Enfermero, Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales

María José García Mérida – Pediatra, Servicio de Atención Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales

María Eugenia Angulo Moreno - Pediatra. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

Ana Junco Acosta - Médica de Familia. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

Javier Lobato González - Jefe de Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

Yolanda Ramallo Fariña - Doctora en Biomedicina. Técnica del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud

Elena López Villarrubia – Jefa de Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública

Ana Hernández Aceituno – Técnica, Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública

Eduardo García-Ramos Alonso – Técnico, Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública

Abigail García Hernández – Técnica, Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública

Eduardo Marrero Marichal – Técnico, Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública

Álvaro Luis Torres Lana – Jefe de la Unidad Funcional de Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Transmisibles y de Transformación Digital, Dirección General de Salud Pública

Óscar Guillermo Pérez Martín – Médico de Familia, Técnico de la Unidad Funcional del Grupo de Trabajo de Vigilancia y Control de las ITS, VIH/SIDA en Canarias

Carles Josep Barrés Giménez – Enfermero, Técnico

Fabiola González Rancel – Enfermera, Técnica de la Unidad Funcional del Grupo de Trabajo de Vigilancia y Control de las ITS, VIH/SIDA en Canarias

Ricardo Jesús Moreno Saavedra – Enfermero, Técnico de la Unidad Funcional del Grupo de Trabajo de Vigilancia y Control de las ITS, VIH/SIDA en Canarias

Roque Abián Montesdeoca Melián – Pediatra, Responsable del Programa de Inmunizaciones de Canarias

Nancy Coromoto Cruz Barrera – Enfermera, Técnica del Programa de Inmunizaciones de Canarias

Raquel Domínguez Díaz – Enfermera, Técnica del Programa de Inmunizaciones de Canarias

Ana Isabel Barreno Estévez - Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Julia Campos Díaz – Jefa de Servicio de Sanidad Ambiental de la Dirección General de Salud Pública

Esteban Campos Trujillo – Técnico, Unidad de Apoyo, Dirección General de Salud Pública

Francisco Mateos Batista – Jefe de Servicio del Servicio de Salud Laboral

María del Mar Jaén Cambres – Coordinadora de la Unidad de Salud Laboral de Las Palmas

Soraya Castro Cabrera – Inspectora Médica, Coordinadora de la Unidad de Incapacidad de Las Palmas

Roberto Manuel Amador Curbelo – Inspector Médico, Coordinador de la Unidad de Incapacidad de Santa Cruz de Tenerife

María Ángeles Chopitea Gutiérrez – Coordinadora de la Unidad de Salud Laboral de Santa Cruz de Tenerife

Alba María Santos Villalba – Secretaria del Director General de Relaciones Externas e Inspección

Francisco M. Martín León – Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria, Veterinario

Miguel Ángel González Cortés – Jefe de Sección de Seguridad Alimentaria, Veterinario

María Fernanda Marín Barragán – Técnica del Servicio de Seguridad Alimentaria, Veterinaria

PARTICIPANTES GRUPOS DE TRABAJO DEL BLOQUE TEMÁTICO II: **Mejora en servicios y resultados de salud**

Ana Sánchez Gil – Médica de Familia, Técnica del Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales

Javier Maturral Pita – Médico de Familia, Técnico del Servicio de Atención Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales

María del Pilar Peláez Alba – Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales, Coordinadora del Área de Diabetes

Mariola de la Vega Prieto – Responsable de Programas Oncológicos, Dirección General de Programas Asistenciales

María Teresa Barata Gómez – FEA Medicina Familiar y Comunitaria, Técnica del Servicio de Programas Oncológicos

Isabel Regina Díez de la Lastra Bosch – FEA Radioterapia, Técnica del Servicio de Programas Oncológicos

Javier Lobato González – Jefe de Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales, Grupo de Trabajo del Proceso Asistencial Integrado de la EPOC en Canarias

Juan Carlos Rodríguez Bermejo – Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Sergio Gil Gil – Enfermero, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Virginia María Mirabal Sánchez – Médica de Familia, Centro de Salud de Arucas, Grupo de Trabajo Respiratorio de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria

Gustavo Moreno Valentín – Médico de Familia, Centro de Salud de Teror

Miguel Ángel Ponce González – Neumólogo, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Rafaela Sánchez Pérez – Médica de Familia, Centro de Salud de Vecindario

Héctor Antonio Socas Domínguez – Médico de Familia, CP El Tanque, ZBS Icod de los Vinos, Grupo de Trabajo Respiratorio de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria

Francisca Rosa Guerra Cabrera – Médica de Familia, Técnica del Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales

María Jesús Cardarelli Muñoz – Enfermera, Coordinadora de Área VII, Grupo de Trabajo Respiratorio de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Responsable de Espirometría

José Pereira Miragaia – Jefe del Servicio de Salud Mental

María Adelaida Gutiérrez León – Psicóloga, Unidad de Apoyo, Dirección General de Salud Mental y Adicciones

José Luis Hernández Fleta – Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Esperanza Bosch Casañas – Jefa de Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Francisco Javier Acosta Artilles – Psiquiatra, Técnico del Servicio de Salud Mental

Isaac González González – Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital General de Fuerteventura

Nicolás Amador Amador – Unidad de Apoyo, Dirección General de Salud Mental y Adicciones

María Dolores Suárez Santana – Técnica del Servicio de Salud Mental

María Rosario Cejas Méndez – Jefa de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias

Pedro Barreiro Marín – Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Sabrina González Santana – Jefa de Servicio de Psiquiatría Infantojuvenil, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Sandra Villanueva Alcojol – Jefa de Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote

Fernando de Montiano Valero – Jefe de Servicio de la Unidad de Hospitalización de Subagudos y Rehabilitación Activa

María Paloma García de Carlos – Médica, Responsable Autonómica de la Estrategia de Seguridad del Paciente, Servicio de Atención Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales

Nuria Bañón Morón – Farmacéutica, Servicio de Atención Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales

Víctor Naranjo Sintés – Médico, Jefe de Servicio de Atención Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales

PARTICIPANTES GRUPOS DE TRABAJO DEL BLOQUE TEMÁTICO III: **Envejecimiento saludable y atención a la cronicidad**

María Consuelo Company Sancho – Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Dirección General de Salud Pública

María Lourdes Brito González – Enfermera, Técnica de Salud, Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales

Elizabeth Hernández González - Médica de Familia. Responsable de la Unidad de Continuidad de Cuidados y Cronicidad. Plan De Atención al Paciente Crónico de Alta Complejidad - Plan 5C. Miembro del Comité Institucional de Abordaje a la Cronicidad del Ministerio de Sanidad. Dirección General del Paciente y Cronicidad

Paula Vivancos Pérez - Médica de Familia. Técnica en la Unidad de Continuidad de Cuidados y Cronicidad. Plan De Atención al Paciente Crónico de Alta Complejidad - Plan 5C. Dirección General del Paciente y Cronicidad

Josefa Maila Pérez Mendoza - Médica de Familia. Técnica en la Unidad de Continuidad de Cuidados y Cronicidad. Plan De Atención al Paciente Crónico de Alta Complejidad - Plan 5C. Miembro del Comité Institucional de Abordaje a la Cronicidad del Ministerio de Sanidad. Dirección General del Paciente y Cronicidad

Nuria María Ruiz Lavilla – Subdirectora Médica AE, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

María del Carmen Pérez Viéitez – FEA Neurología, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Juan Rafael García Rodríguez – Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

José Ramón Sabroso Mellado – Enfermero, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

José Ángel Fernández Hernández – Médico de Familia, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Norberto Rodríguez Espinosa – Servicio de Neurología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

José Antonio Rojo Aladro – FEA Neurología, Hospital Universitario de Canarias

Antonio Lorenzo Riera – Médico de Familia, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Miguel Ángel Hernández Rodríguez – Coordinador del Plan de Salud, Unidad de Apoyo, Dirección del Servicio Canario de la Salud

Milagrosa Medina Pérez – Enfermera, Unidad de Apoyo, Dirección General de Programas Asistenciales

Alejandro Guerra Pérez – Enfermero. Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales

Pedro Ruymán Brito Brito – Enfermero, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Noemí Montesinos Sánchez – Enfermera de Enlace, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Ana Ruth Padrón Hernández – Supervisora de Continuidad de Cuidados, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Ana Isabel Barreno Estévez – Enfermera, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Daniel López Fernández – Fisioterapeuta, Coordinador de la Escuela de Pacientes de Canarias

Vinita Mohandas Mahtani Chugani – Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife / HUNSC

Lilisbeth Inmaculada Perestelo Pérez – Servicio de Evaluación y Planificación, Dirección del Servicio Canario de la Salud

Ignacio Carlos López Puech – Jefe de Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Ángela María Martín Morales – Inspectora Farmacéutica, Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Fidelina de la Nuez Viera – Jefa de Sección, Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Jesús de León Romero – Técnico Inspector Farmacéutico, Dirección de Área de Salud de La Gomera

Francisco Javier Merino Alonso – Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Rafael Molero Gómez – FEA Farmacia Hospitalaria, Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

PARTICIPANTES GRUPOS DE TRABAJO DEL BLOQUE TEMÁTICO IV: **Intersectorialidad**

Dulce María Fernández Nakoura – Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Responsable de la Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad Raquel Zoraida Couto Expósito – Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica, Servicio de Inspección de Centros Concertados, Dirección de Área de Salud de Tenerife

Ingrid Rodríguez Manzano – Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Valoración Geriátrica, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Josefa Armas Santana – Trabajadora Social, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Coordinadora de Trabajo Social

Silvia Barreto Cruz – Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Luisa María Saavedra Jiménez. Trabajadora Social. Apoyo Coordinación Trabajo Social. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Teresa Méndez Siliuto – Médica Especialista en Geriátrica, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

María Nélida Cairós Dorta – Trabajadora Social, Jefa de Sección de Trabajo Social, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

Juan José Jiménez Rivera – Médico Especialista en Medicina Intensiva, Jefe de Sección Cardiovascular, Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Canarias

Lucía Rodríguez Camejo – Trabajadora Social, Coordinadora de Trabajo Social, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Lily Coromoto Afonso Pérez – Trabajadora Social, Jefa de Servicio de Trabajo Social, Hospital Universitario de Canarias

María Altabás Betancor – Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Eva María Hombre Aguiar – Trabajadora Social Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Marina Martín Torres – Farmacéutica, Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Carmen Gloria Ramos Martín – Trabajadora Social, Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Teresa Nayra Mederos López – Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Juan Manuel Méndez Pérez – Jefe de Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública

José Ramón Rodríguez Borges –Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Técnico del Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública

Inmaculada Santana Gil – Enfermera, Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información, Dirección General de Programas Asistenciales

Ana Sánchez Gil – Médica de Familia, Técnica del Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales

María Dolores Amador Demetrio - Médica. Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

Lila Damas Plasencia -Trabajadora Social. Unidad de Atención y Coordinación Sociosanitaria. Dirección General del Paciente y Cronicidad

Gloria María Toledo Hernández - Trabajadora Social. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

María José García Mérida. Pediatra. Servicio de Atención Especializada de la Dirección General de Programas Asistenciales

Alejandro Arteaga Rodríguez – Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad de Apoyo, Dirección General de Relaciones Externas e Inspección

María Lourdes Brito González – Enfermera, Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales

Carlos David Ramírez Álamo – Médico de Familia, Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales

Marta Elisa García – Jefa de Servicio Jurídico-Financiero, Dirección General de Hemodonación y Hemoterapia

Carmen Dolores Sánchez Rodríguez – Responsable de Comunicación y Marketing, Dirección General de Hemodonación y Hemoterapia

Miguel Ángel Pérez Gómez – Gestor de Proyectos ASEI, Servicios Centrales del Servicio Canario de la Salud

Idaira Reyes Cabrera – Técnica de Marketing, Dirección General de Hemodonación y Hemoterapia

Raquel Corcuera Brito – Técnica de Marketing, Dirección General de Hemodonación y Hemoterapia

PARTICIPANTES GRUPOS DE TRABAJO DEL BLOQUE TEMÁTICO V: **Perspectiva Transversal**

Ángela Guayarmina Luján García – Inspectora de Farmacia, Responsable de la Unidad de Humanización de la Atención Sanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Carmen Rosa Hernández Rodríguez – Médica de Familia y Urgencias Hospitalarias, Unidad de Humanización de la Atención Sanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Carmen del Pino Sánchez Reyes – Enfermera, Unidad de Humanización de la Atención Sanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Carlos Javier Fernández Barreto – Enfermero, Unidad de Humanización de la Atención Sanitaria, Dirección General del Paciente y Cronicidad

Natalia Elisa de Luis Yanes – Subdirectora de Gestión de Servicios Generales de Atención Hospitalaria, Unidad de Apoyo

Lucía Salas Vázquez – Jefa de Servicio de Contabilidad, Planificación y Relación con los Órganos de Control, Dirección General de Recursos Económicos

María Paula Martín Andrade – Enfermera de Enlace, Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales

Natividad López Pérez – Enfermera, Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales

Alba María Santos Villalba - Secretaria del Director General de Relaciones Externas e Inspección

Salvador Cruz Núñez Díaz – Médico de Admisión y Documentación Clínica, Responsable de la Unidad Funcional de Gestión de la Demanda Asistencial

Carmen Muñoz Darías – Médica de Admisión y Documentación Clínica, Unidad Funcional de Gestión de la Demanda Asistencial

Carlos Manuel Espinilla Yagüe – Enfermero, Unidad Funcional de Gestión de la Demanda Asistencial

Vijay Gul Mahtan Mahtani – Médico de Familia, Unidad Funcional de Gestión de la Demanda Asistencial

Francisco Mateos Batista – Jefe de Servicio de Salud Laboral

María del Mar Jaén Cambres – Coordinadora de la Unidad de Salud Laboral de Las Palmas

Soraya Castro Cabrera – Inspectora Médica, Coordinadora de la Unidad de Incapacidad de Las Palmas

Roberto Manuel Amador Curbelo - Inspector Médico Coordinador de la Unidad de Incapacidad de Santa Cruz de Tenerife

María Ángeles Chopitea Gutiérrez - Coordinadora de la Unidad de Salud Laboral de Santa Cruz de Tenerife

OTRAS PERSONAS PARTICIPANTES O COLABORADORAS DESDE 2018⁷

Carlos Mora Lourido. Jefe de Servicio Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Cristina García del Rosario. Supervisora Unidad de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Eva Elisa Álvarez León. FEA Medicina Preventiva y Salud del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Evelia Lemes Castellano. Jefa de Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Hilda Sánchez Janariz. Jefa de Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información – Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

José Félix Reyes Rodríguez. Coordinador EAP del Área de Salud de Tenerife

Román García Zerpa. Unidad de Apoyo del Servicio Canario de la Salud. Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

Natividad C. Almeida Falcón. Administrativa del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Unidad de Apoyo – Plan de Salud.

Laura del Otero Sanz. Servicio de Medicina Preventiva y Salud del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Alberto Talavera Déniz. Jefe de Servicio del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

José Ramón Vázquez Díaz. Médico de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Rosa del Valle Álvarez. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria.

Carlos Augusto Báez Martín. Consultor externo

Carolina Sara Romero Sánchez. FEA Especialista en Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

Juan Francisco Aguiar Rodríguez. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Jesús M. Quintero Febles. Enfermero Especialista en Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias.

Yerai Novoa Medina. Servicio de Pediatría y sus Áreas Específicas del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Jorge López García. Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

María José López-Madrado Hernández. FEA Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Magnolia Hernández Santana. Enfermera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Dácil Daswani Borges. Enfermera de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Isabel Miguel Mitre. Pediatra de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Ana María Moltó Llarena. Técnica de Salud Pública de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Ana Patricia Fariña Ruiz. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Enrique Palacio Abizanda. Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Francisca Pereyra García-Castro. Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Rosa Pérez Martín. Enfermera en Educación Diabetológica / CCEE Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Mónica Ruiz Pons. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Mercedes Murray Hurtado. FEA Especialista en Pediatría del Hospital Universitario de Canarias.

José Luís García Abreu. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Gloria Bolaños Martín. Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Pedro Martín Pérez. Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Teresa Hernández Rivero. Enfermera Consulta de Pediatría del Hospital Universitario de Canarias.

Esther Gladys Rodríguez Pérez. Pediatra de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Jaime Martínez Sánchez. Enfermero Funcional de Historia Clínica Digital de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

⁷ Se relacionan según los puestos que ocupaban en el momento de su participación

Juan Miguel Ortega García. Enfermero de Urgencias de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Encarnación Cebrián Cuevas. Enfermera Educación Diabetológica / CCEE Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

José Sebastián León González. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Alicia Hernández Rodríguez. Médica de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Juan José Delgado Perera. Farmacéutico Salud Pública de la Dirección del Área de Salud de Tenerife.

Dailos Manuel González Weller. Farmacéutico Salud Pública de la Dirección del Área de Salud de Tenerife.

Luis Manuel Piñero Sicilia. Farmacéutico Salud Pública de la Dirección del Área de Salud de Tenerife.

Raúl García Díaz. Técnico de la Unidad de Prevención de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

María José Santana Santana. Técnica Inspectora Veterinaria de la Dirección del Área de Salud de La Gomera.

Roberto Gómez Pescoso. Médico Servicio Atención Especializada. Dirección General de Programas Asistenciales.

Eduardo Caballero Dorta. Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Jorge Arencibia Borrego . FEA del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Rosa María Apolinario Hidalgo. Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Guillermo Miranda Calderín. Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Jorge Prelcic Seoane. Enfermero del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

María Rosario Calavia González. Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

David Cañadillas Hernández. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Melitón Dávila Ramos. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

José Javier Grillo Pérez. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Carima Belleyo Belkasem. FEA Especialista en Cardiología del Hospital Universitario de Canarias.

M. Chiquinquirá Mesa Suárez. Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Francisco J. Navarro Vázquez. Médico del Área Técnica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Ana María Quintana Afonso. Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Alexia Dorta Jiménez. Enfermera Supervisora de Cardiología del Hospital Universitario de Canarias.

Beatriz Martín González. Enfermera Consulta Pie Diabético del Hospital Universitario de Canarias.

Juan Luis Fernández Benítez. Enfermero de Atención Hospitalaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Álvaro Mateos Fernández . Enfermero de Atención Hospitalaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Pamela Álvarez Trencó. Técnica Superior Sanitaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Sybillé Kaiser Girardot. Enfermera de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Carlos Enrique Martínez Alberto. Enfermero Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Emma Navarro Brito. Médica de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Laura García Hernández. Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Ignacio Llorente Gómez de Segura. Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Paula Soriano Perera. FEA Especialista Endocrinología del Hospital Universitario de Canarias.

Antonio Medina Rodríguez. Servicio de Neurología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Mercedes Pueyo Morlans. FEA Especialista en Neurología del Hospital Universitario de Canarias.

Francisco Martín Hernández. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Inmaculada Plasencia García. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Lucio González González. Jefe de Servicio de Inspección, Prestaciones y Conciertos de la Dirección del Área de Salud de Tenerife.

Felipe Rodríguez de Castro. Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Juan Carlos Rodríguez Bermejo. Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Alicia Hernández Rodríguez. Médica de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Jorge Herrero Collantes. Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Itámar González Perera. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Héctor Manuel González Expósito. FEA Especialista en Neumología del Hospital Universitario de Canarias.

Sergio Gil Gil. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

Laura Blanco Sánchez. FEA Especialista en Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de Canarias.

María Cristina Díaz Díaz. Supervisora de Planta Neumología y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Canarias.

Mercedes Suárez Cabrera. Doctora en Medicina. Servicio de Medicina Interna y Coordinadora del Proyecto de Atención Integral al Paciente Frágil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Natalia Hernández Hernández. Enfermera Gestora de Casos del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

María Carla García Gómez. Médica Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Técnica de Salud Pública de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Beatriz Grandal Leirós. Servicio de Medicina Interna. Médica Especialista en Geriátrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Claudia Arango Salazar. Servicio de Medicina Interna. Médica Especialista en Geriátrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Alicia Tejera Concepción. Especialista en Medicina Interna. Unidad de fractura de cadera osteoporótica o por fragilidad del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Carol Moreno Ventura. Enfermera Gestora de Casos Paciente Alta Complejidad del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Ángel Julio Santana Santana. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Santa María de Guía. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Josefa D. Gil Pérez. Enfermera Gestora de Casos. Z.B.S. Puerto del Rosario. Gerencias de Servicios Sanitarios de Fuerteventura

Ana Belén Camaño Landeira. Enfermera Gestora de Casos. Centro de Salud Puerto del Rosario II. Gerencias de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Carmen Mesa Montenegro. Enfermera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Amparo Gómez Rodríguez de Acuña. Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Asunción M^a López Hijazo. Médica de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Jose Francisco Marrero León. Subdirector de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

María Elena Pérez Canovas. Directora Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

José Ramón Vázquez Díaz Médico de Familia (Unidad Docente del HUC) de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Juan Carlos Caramés Herme. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

M^a Eugenia Suárez Díaz. Enfermera de Enlace de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Juan Luis Burgazzoli Samper. Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Silvia Barreto Cruz. Médica de Familia Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Juan Sebastián Melián Santana. Pediatra de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Félix González Meas. Enfermero de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Nieves Martínez Cías. Enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

María del Rosario Álvarez Estévez. Enfermera CAELL Perfil Educ. Diabetológica del Hospital Universitario de Canarias.

Aimón Sáchez Molinero. Matrona Presidenta Comité Lactancia del Hospital Universitario de Canarias.

Yolanda González García. Enfermera de Coronarias del Hospital Universitario de Canarias.

Alexis Fajardo Ledesma. Grupo Administrativo Servicio de Información del Hospital Universitario de Canarias.

Carolina Morales Ríos. Enfermera de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Miriam Rodríguez Suárez. Enfermera de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Ana Isabel García Morago. Enfermera de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Carmen María Artilles Curbelo. Médica de Familia. Centro de Salud de Maspalomas

Elsa María Rodríguez Suárez. Enfermera de Enlace. Centro de Salud de Canalejas

Daniel Ponce Pérez. Enfermero de Equipo de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Alba Francisco Sánchez. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Palma

María Tezaida Herrera Negrín. Médica de Familia. Coordinadora de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera

María Begoña Hernández Berriel. Enfermera de Equipo de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote

Isabel Cristina Lemos Chica. Enfermera de Área de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote

Yaiza Díaz Machín. Trabajadora Social de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote

Noelia Sainz Merino. Enfermera de la Unidad Técnica de la Dirección de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote

Pedro Díaz Fernández. Técnico del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública

Almudena Rodríguez Hernández. Trabajadora Social Hospitalaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro

Andrea María Padrón Espinosa. Trabajadora Social de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro

Yacari Carballo González. Enfermera de Enlace de la Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro

Itahisa de la Caridad Quintero Canelas. Enfermera de la Gerencia de Servicios Sanitarios de El Hierro

Gemma Leticia Zerpa Suárez. Técnica responsable de la EPSP del Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana. Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Adicciones

Carlos Álamo Abreu. Coordinador Proyecto Intervención Comunitaria del Ayuntamiento de San Bartolomé

Vanessa Rodríguez Medina. Coordinadora Proyecto Intervención Comunitaria del Ayuntamiento de San Bartolomé

Aythamy González Darías. Dirección General de Programas Asistenciales. A.Cuidados

María Pilar Valerón Domínguez. Médica de Familia. Centro de Salud San Roque. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

José Miguel Rodríguez Lugo. Informático del Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información de la Dirección General de Programas Asistenciales

Eva Elisa Álvarez León. FEA Medicina Preventiva y Salud del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Luisa Esther Gutiérrez García. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Ángel Henríquez Ojeda. Enfermero del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

María Asunción Ramos González. Matrona de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Lesbia Herrera García. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Marcelino Hayek Peraza. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

María Isis Suárez Hernández. Matrona Supervisora de Parto del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

José Luis Sanz Gutiérrez. SAF Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Antonia Alberta Estévez López. Enfermera Hospital de Día VIH del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Juan Luis Gómez Sirvent. FEA Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias.

María Inmaculada Hernández Hernández. Enfermera Hospital de Día Infecciones del Hospital Universitario de Canarias.

Diego González Castillo. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Martín Castillo de Vera. Pediatra de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Gema del Pino Martín Rodríguez. Matrona de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Julián Ojangurén Llanes. Enfermero de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Guadalupe Alemán. Medicina Preventiva de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Santiago Pérez García. Enfermero del Trabajo de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Sofía Hernández Cáceres. FEA Especialista en Pediatría del Hospital Universitario de Canarias.

Lucy Abella Vázquez. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

María Concepción Martín Bello. Enfermera Unidad de Salud Mental de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera

Carmen Gloria Sicilia Plasencia. Trabajadora Social Unidad de Salud Mental de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera

Encarnación Muñoz Díaz. Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Virginia Martín Santana. Enfermera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

María Carla García Gómez. Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Luisa María Saavedra Jiménez. Técnica Titulado Medio (A. Soc. /T. Soc.) de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Eduardo Vera Barrios. FEA Especialista en Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias

Francisca Rosa Guerra Cabrera. Médica de Familia. Técnica del Servicio de Atención Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales

María Luz Torralba Pinedo. Psiquiatra. Técnico del Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.

Ruth Auxiliadora Díaz Melián. Enfermera Supervisora de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

Eliana Galaz Hierro Enfermera de Atención Especializada de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Carlos Frandis Montesdeoca Supervisor de Enfermería de la Unidad de Internamiento Breve de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Raquel Ferrera García. Pediatra de AP y AE de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera.

Carmen Rosa Rivero González. Médica de AP de la Gerencia de Servicios Sanitarios de La Gomera.

José Alejandro Medina García. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Claudia Arango Salazar. Servicio de Medicina Interna. Geriatria del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Javier Merino Alonso. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Fermín Rodríguez Moreno. FEA Especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario de Canarias.

Juan José Jiménez Rivera. FEA Especialista en Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.

Olga Hernández Cabrera. Enfermera Gestora de Casos HADO del Hospital Universitario de Canarias.

Begoña Bellas Beceiro. Jefa Servicio Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario de Canarias.

José Luis Rodríguez Cubas. Médico de Familia de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Manuel Ramírez González. Médico de Familia de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Yarely Alonso Gordillo. Enfermera de Urgencias de Atención Hospitalaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Celestino Hernández García. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Uriel Bohn Sarmiento. Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Claudio Fuentes Sánchez. Servicio de Oncología Radioterapia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Manuel Morales González. Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Inmaculada Rosa González. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Manuel Castillo Padrós. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Dinesh S. Lanchandani Lanchandani. Médico de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Jesús de León Romero. Técnico Inspector Farmacéutico de la Dirección del Área de Salud de La Gomera.

Victoria Morales. Jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Aránzazu Velaz Suárez. Servicio de Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Elisenda Dolz Bubi. Servicio de Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Isabel Álvarez Dorta. Médica de Familia - Farmacia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Maribel González Febles. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Guillermo González de la Fuente. Farmacéutico del Hospital Universitario de Canarias.

Vicente Olmo Quintana. Farmacéutico de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

María Sánchez Berriel. Farmacéutica de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Mónica Sánchez Oñoro. Servicio de Microbiología de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Pino del Carmen Sánchez Bordón. Servicio de Microbiología de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Erica Montes Gómez. Técnico del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Mercedes Plasencia Núñez. Técnico del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Juan Martínez Oliva. Técnico del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación

Mercedes Suárez Cabrera. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Coordinadora del Proyecto de Atención Integral al Paciente Frágil. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

María Dolores Marrero Díaz. Médica de Familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

M^a Ángeles Hernández Sánchez. Supervisora Continuidad de Cuidados del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Isabel González Córcoles. Enfermera Continuidad de Cuidados del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Ángeles Cansino Campuzano. Pediatra de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Matilde Pérez Yuste. Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

María Dolores Fabelo Marrero. Trabajadora Social Atención Hospitalaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Joseba Imanol Arnedo Zugazaga. Médico de Familia de Atención Primaria de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

María de los Ángeles Araya Perdomo. Técnica Tit. Medio A. Soc. / T. Soc. de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.

Patricia Couto Comba. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Pedro Laynez Cerdeña. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Sara Alfonso Gómez. Servicio de Medicina Interna. Geriátrica del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Luis Álvarez Acosta. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Jorge Gómez Sirvent. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Samuel Aguiar Santana. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

María del Rosario Álvarez Estévez. Enfermera CAELL Perfil Educ. Diabetológica del Hospital Universitario de Canarias

Félix González Meas. Enfermero de EAP de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Juan José Suárez Sánchez. Enfermero de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

José Carlos Salas Hospital. Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

AGRADECIMIENTOS

Pedro Guillermo Serrano Aguilar

José Joaquín O'Shanahan Juan

José Luís Arocha Hernández

Anexo VI. Índice de tablas, figuras y gráficos

Índice de tablas

Tabla 1. Centros directivos, servicios participantes y líneas prioritarias relacionadas con el PSC 2026-2031	11
Tabla 2. Consejos de Salud de Área de Salud a los que se ha presentado el Proyecto PSC 2026-2031	16
Tabla 3. Densidad de población de las Islas Canarias por isla (2024)	22
Tabla 4. Indicador AROPE y desglose por componentes en Canarias y España (2023-2024)	28
Tabla 5. Comparativa de indicadores socioeconómicos entre España y Canarias (2024)	29
Tabla 6. Indicadores de salud percibida y salud mental (2021)	31
Tabla 7. Indicadores de bienestar en España y Canarias (2023)	32
Tabla 8. Evolución del consumo de tabaco y características asociadas en Canarias (2009, 2015 y 2021)	33
Tabla 9. Evolución de la actividad física en población adulta e infantil en Canarias (2009, 2015 y 2021)	34
Tabla 10. Evolución del sobrepeso y la obesidad en población adulta e infantil en Canarias (2009, 2015 y 2021)	35
Tabla 11. Indicadores de desempeño de los programas de cribado de cáncer en Canarias (2024)	38
Tabla 12. Indicadores de seguridad del paciente 2025–2031	41
Tabla 13. N° de brotes, afectados, hospitalizados y defunciones de TIA en Canarias (2014-2024)	49
Tabla 14. Promedio anual de superaciones de PM10 en Canarias por islas (2018-2024)	51
Tabla 15. Clasificación anual de la calidad de las aguas de baño en Canarias (2019-2023)	54
Tabla 16. Gasto sanitario público Canarias (2023)	55
Tabla 17. Satisfacción con los servicios sanitarios públicos 2024 (España y Canarias)	56
Tabla 18. Valoración de la atención recibida por parte de los usuarios 2024	57
Tabla 19. Evolución de los presupuestos por programas 2024-2025	80
Tabla 20. Expedientes de contratación objetivo específico RSO4.5	113

Índice de figuras

Figura 1. Valores de la Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias	9
Figura 2. Ejemplo de Ficha Técnica Normalizada del Plan de Salud 2026-2031	14
Figura 3. Desarrollo de los objetivos específicos del Plan de Salud 2026-2031	15
Figura 4. Aspectos analizados en la situación actual en Canarias	20
Figura 5. Bloques temáticos, subapartados y líneas prioritarias del PSC 2026-2031	61

Índice de gráficos

Gráfico 1. Población en 2024 y porcentaje de variación desde 2023 - 2024 por islas	21
Gráfico 2. Porcentaje de personas > 64 años respecto a la población total en Canarias (2015-2024).....	23
Gráfico 3. Distribución de la población por sexo y edad en Canarias (2024)	24
Gráfico 4. Población en Canarias según lugar de nacimiento (2023)	25
Gráfico 5. Porcentaje residentes de población española y de nacionalidad extranjera por isla en Canarias (2023)	25
Gráfico 6. Deuda pública por Comunidad Autónoma en España (% del PIB, 2024) 26	
Gráfico 7. Evolución de la tasa de paro en Canarias y España (2014-2024)	27
Gráfico 8. Renta neta media por persona por Comunidades Autónomas (2023).....	29
Gráfico 9. Proporción del nivel de estudios de la población canaria mayor o igual a 16 años (2022).....	30
Gráfico 10. Proporción de fumadores diarios por Comunidad Autónoma (2023)	36
Gráfico 11. Proporción de personas con un estilo de vida sedentario por Comunidad Autónoma (2023).....	36
Gráfico 12. Porcentaje de población > 18 años con obesidad por Comunidad Autónoma (2023).....	37
Gráfico 13. Porcentaje de menores con obesidad por Comunidad Autónoma (2023)	37
Gráfico 14. Cobertura de la vacuna Hexavalente en España y Canarias (2024)	39
Gráfico 15. Cobertura de la vacuna Triple Vírica en España y Canarias (2024)	40
Gráfico 16. Principales problemas de salud identificados los últimos 12 meses por personas mayores de 16 años en Canarias (2021)	43
Gráfico 17. Principales problemas de salud diagnosticados por un médico/a en Canarias (2021).....	44
Gráfico 18. Principales problemas de salud identificados los últimos 12 meses por menores de 16 años en Canarias (2021).....	45
Gráfico 19. Prevalencia registrada ajustada por edad por cada 1.000 habitantes: Canarias vs. España (2022).	46
Gráfico 20. Tasa bruta de mortalidad por cada 100.000 habitantes en España (2023)	47
Gráfico 21. Gasto sanitario público por CCAA 2023 (€ por habitante)	55
Gráfico 22. Evolución presupuestaria del Servicio Canario de Salud 2016-2025.....	79

Anexo VII. Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. Censo población anual [Internet]; 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&idp=1254735572981#:~:text=Table title:%20Censo%20de%20poblaci%C3%B3n%20anual%20%2D%2001/01/2024,Valor:%2039.781.461%20%7C%20Variaci%C3%B3n%20anual:%20%2D0%2C25%20%7C.
2. Instituto Canario de Estadística. Censos de Población y Viviendas. Series anuales. Municipios e islas de Canarias. 2021 - 2024 [Internet]; 2024. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/collection.html?resourceType=collection&agencyId=ISTAC&resourceId=E30243A_000003.
3. Insituto Canario de Estadística. Superficie. Islas y municipios de Canarias [Internet]; 2024. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?agencyId=ISTAC&resourceId=X00004A_000001&resourceType=dataset&version=1.0&utm_source=chatgpt.com#visualization/table.
4. Instituto Canario de Estadística. Baja el número de nacimientos en 2023 hasta el nivel más bajo en lo que va de siglo [Internet]; 2025. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/estadistica-nacimientos-canarias-noticia-2023.html.>
5. Instituto Canario de Estadística. El crecimiento vegetativo fue negativo en Canarias en 2023 por sexto año consecutivo [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/estadistica-crecimiento-vegetativo-canarias-noticia-2023.html.>
6. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1448&.>
7. ISTAC. Índice de envejecimiento [Internet]; 2025. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=42c9a01c-6faf-11e8-99b0-01f83bae52e6&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117.>
8. Instituto Canario de Estadística. Población según sexos. Municipios por islas de Canarias y años [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical->

[visualizer/visualizer/data.html?resourceType=query&agencyId=ISTAC&resourceId=E30243A_000001#visualization/table](https://visualizer.visualizer/data.html?resourceType=query&agencyId=ISTAC&resourceId=E30243A_000001#visualization/table).

9. Instituto Nacional de Estadística. Inmigraciones procedentes del extranjero por isla, año y país de nacimiento (agrupación de países) [Internet]; 2023. Disponible en: <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=69701>.
10. Instituto Nacional de Estadística. Saldos por comunidad autónoma, año, sexo, edad (grupos quinquenales), nacionalidad (España/extranjero) y tipo de saldo [Internet]; 2023. Disponible en: <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=69762&L=0>.
11. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad regional de España. Últimos datos [Internet]; 2024. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581.
12. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional de España [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/avCRE2024.htm>.
13. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera [Internet]; 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5730>.
14. Banco de España. Boletín Estadístico, Comunidades Autónomas [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.bde.es/webbe/es/estadisticas/otras-clasificaciones/publicaciones/boletin-estadistico/capitulo-13.html>.
15. Consejo Económico y Social de Canarias. Informe Anual [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.cescanarias.es/descargas/informe-anual-2024/>.
16. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, primer trimestre 2025 [Internet]; 2025. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPA1T25.htm>.
17. Instituto Canario de Salud. Desciende el porcentaje de población de Canarias que está en riesgo de pobreza o exclusión social en 2024 [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/encuesta-condiciones-vida-canarias-noticia-2024.html>.
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECV2024.htm>.

19. Instituto Canario de Estadística. Población de 16 y más años según nivel de estudios de las personas ocupadas. Grandes comarcas de Canarias. 2022 [Internet]; 2022. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=dataset&agencyId=ISTAC&resourceId=C00034B_000431&version=~latest#visualization/table.
20. Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios en 2022 [Internet]; 2022. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/descargas/C00034B/EICVHC-2022-PrincipalesResultados.pdf>.
21. Red Europea de Lucha contra la pobreza y Exclusión Social. Informe del Estado de la Pobreza [Internet]; 2024. Disponible en: <https://eapncanarias.org/informe-arope-2024/>.
22. Gobierno de Canarias. Encuesta de Salud de Canarias 2021 [Internet]; 2021. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=e9dabce7-281a-11ec-ac03-7f6d3ac6e484&idCarpeta=6bcc897d-ab21-11dd-970d-d73a0633ac17>.
23. Gobierno de Canarias. Encuesta de Salud de Canarias 2015 [Internet]; 2015. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c94bc08d-56cc-11e5-aefc-4f3c0d2343ca&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>.
24. Gobierno de Canarias. Encuesta de Salud de Canarias 2009 [Internet]; 2009. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=a900df0c-082a-11e0-a822-57ec4778ee0a&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>.
25. Ministerio de Sanidad. Encuesta de Salud de España [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023Detalles.htm>.
26. Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública [Internet]; 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>.

27. Red de Programas de Cribados de Cáncer de Mama. Cáncer de Mama [Internet]; 2024. Disponible en: https://cribadocancer.es/#mama_seccion.
28. Instituto Canario de Estadística. Tasas estandarizadas de mortalidad de los residentes según sexos y causas de muerte (lista reducida de CIE-10) por años. Canarias [Internet]; 2024. Disponible en: <https://datos.canarias.es/catalogos/general/dataset/tasas-estandarizadas-de-mortalidad-de-los-residentes-segun-sexos-y-causas-de-muerte-lista-reduc>.
29. Red de Programas de Cribado de cáncer. Red de Programas de Cribado de cáncer [Internet]; 2024. Disponible en: https://cribadocancer.es/#colon_seccion.
30. Gobierno de Canarias. Análisis de la efectividad clínica y coste-efectividad de la ampliación a 74 años del cribado del cáncer colorrectal [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c355a55c-129d-11ef-b21f-8994a3d7cc3a&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>.
31. Boletín Oficial de Canarias. BOC Nº 111. Viernes 7 de junio de 2024 [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/boc/2024/111/>.
32. Ministerio de Sanidad. SIVAMIN Cobertura de vacunación [Internet]; 2024. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS//sivamin/sivamin>.
33. Instituto de Salud de Carlos III. IRAS – Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria [Internet]; 2024. Disponible en: <https://cne.isciii.es/en/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/iras-infecciones-relacionadas-con-la-asistencia-sanitaria>.
34. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Encuesta de Prevalencia de infecciones Nosocomiales en España [Internet]; 2021. Disponible en: <https://sempspgs.es/wp-content/uploads/2025/05/Informe-de-Vigilancia.-Encuesta-de-Prevalencia-de-infecciones-relacionadas-con-la-asistencia-sanitaria-y-uso-de-antimicrobianos-en-hospitales-de-agudos-en-Espana-2012-2021.pdf>.
35. R W Haley DQHEFJVB. The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design [Internet]; 1980. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6246798/>.

36. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf.
37. Instituto Nacional de Estadística. Tasa Bruta de Mortalidad por comunidad autónoma [Internet]; 2023. Disponible en: https://ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1445#_tabs-tabla.
38. Instituto Nacional de Estadística. Tasas estandarizadas de mortalidad por causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), comunidades y ciudades autónomas, sexo y tasa/coeficiente de variación [Internet]; 2023. Disponible en: <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=72080&L=0>.
39. Instituto Canario de Estadística. Desciende el número de fallecimientos en Canarias en 2023 por el menor número de muertes por covid [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/analisis-mortalidad-canarias-noticia-2023.html>.
40. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte [Internet]; 2023. Disponible en: <https://ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>.
41. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por suicidios [Internet]; 2023. Disponible en: <https://ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=12118&capsel=12120>.
42. Gobierno de Canarias. Observatorio Canario de la Salud [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=ba5d4671-60dc-11ed-9e04-cd68079ec7ca&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>.
43. Insituto Nacional de Estadística. Años potenciales de vida perdidos por comunidades y ciudades autónomas, causa de muerte (capítulos de la 10ª revisión de la CIE), sexo y tipo de indicador [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=72083&L=0>.
44. Gobierno de España 2025. Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2021-2025 [Internet] Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/pncoca/PNCOCA_2021_2025_V5_Rev_Espana.pdf.
45. Gobierno de Canarias. Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (RGSEAA) [Internet]; 2024. Disponible en:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=68b4dc94-9c41-11e7-9741-41170b267b01&idCarpeta=4cc5b940-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.

46. Gobierno de Canarias. Registro Autonómico Sanitario de Comercios al por menor [Internet]; 2019. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=271c3c99-9c53-11e7-9741-41170b267b01&idCarpeta=4cc5b940-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.
47. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Memoria del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información 2024 [Internet]; 2025. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/alertas/sciri/MEMORIA_SCIRI_2024.pdf.
48. Gobierno de Canarias. Informes de la Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire de Canarias [Internet] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/medioambiente/calidaddelaire/documentos.do>.
49. Gobierno de Canarias. Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire de Canarias [Internet] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/medioambiente/calidaddelaire/documentos.do>.
50. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 3/2023, de 10 de enero, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de la calidad del agua de consumo, su control y suministro [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-628>.
51. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Directiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2020 relativa a la calidad de las aguas destinadas al consumo humano (versión refundida) [Internet]; 2020. Disponible en: [Directiva \(UE\) 2020/2184](#).
52. Servicio Canario de Salud. Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo de la CA de Canarias [Internet] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c7deec59-13b4-11de-9adc-e374ef74e50a&idCarpeta=17df8cd0-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.
53. Ministerio de Sanidad. Informe de calidad del agua de consumo humano en España 2023. Tomo 3 Tablas del informe técnico [Internet]; 2024. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/calidadAguas/aguasConsumoHumano/publicaciones/home.htm>.

54. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1341/2007, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño [Internet]; 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-18581>.
55. Ministerio de Sanidad. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.
56. Dirección del Servicio Canario de la Salud. La Participación Comunitaria en el Servicio Canario de la Salud, 4ªEd [Internet]; 2013. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/da6cc923-3b23-11ed-9b1b-99ed83fbeb48/ParticipacionComunitariaSCS.pdf>.
57. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias [Internet]; 1994. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-19583>.
58. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2024-2025 [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=add8186c-0087-11ef-828c-1971b7d2034d&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>.
59. Gobierno de España. Localiza Salud. Mapa de recursos comunitarios y activos para la salud [Internet] Disponible en: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/index>.
60. Gobierno de Canarias. Canarias 2030 [Internet] Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/agendacanaria2030/dimensiones/personas/>.
61. Gobierno de Canarias. Estrategia Canaria de Islas y Municipios Promotores de la Salud [Internet] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listaImagenes.jsp?idCarpeta=a0b57764-cbac-11e7-9918-b77912148850&idDocument=d332db32-cae0-11e7-9ea5-b9b8b4166b63>.

62. La Estrategia Canaria Islas y Municipios Promotores de la Salud constituye la Comisión Técnica del Sur de Tenerife [Internet] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/la-estrategia-canaria-islas-y-municipios-promotores-de-la-salud-constituye-la-comision-tecnica-del-sur-de-tenerife/>.
63. Sumando Construimos Ofra Costa-Sur [Internet] Disponible en: <https://plataformasumandoconstruimos.wordpress.com/>.
64. Proceso Comunitario Las Remudas-La Pardilla [Internet] Disponible en: www.procesoremudaspardilla.org.
65. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. SCS. Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2024-2025 [Internet]; 2024. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3d170247-013f-11ef-a2b0-b90a111b9f7d/SaludComunitariaCompleto.pdf>.
66. Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 [Internet]; 2025. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2025-4913>.
67. Boletín Oficial del Estado. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias [Internet]; 1994. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1994-19583>.

Las fichas técnicas recogidas en el Anexo I contienen las referencias bibliográficas adicionales que apoyan a los diferentes objetivos específicos