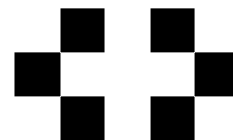




GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Servicio
Canario de Salud

LOS PROBLEMAS DE SALUD

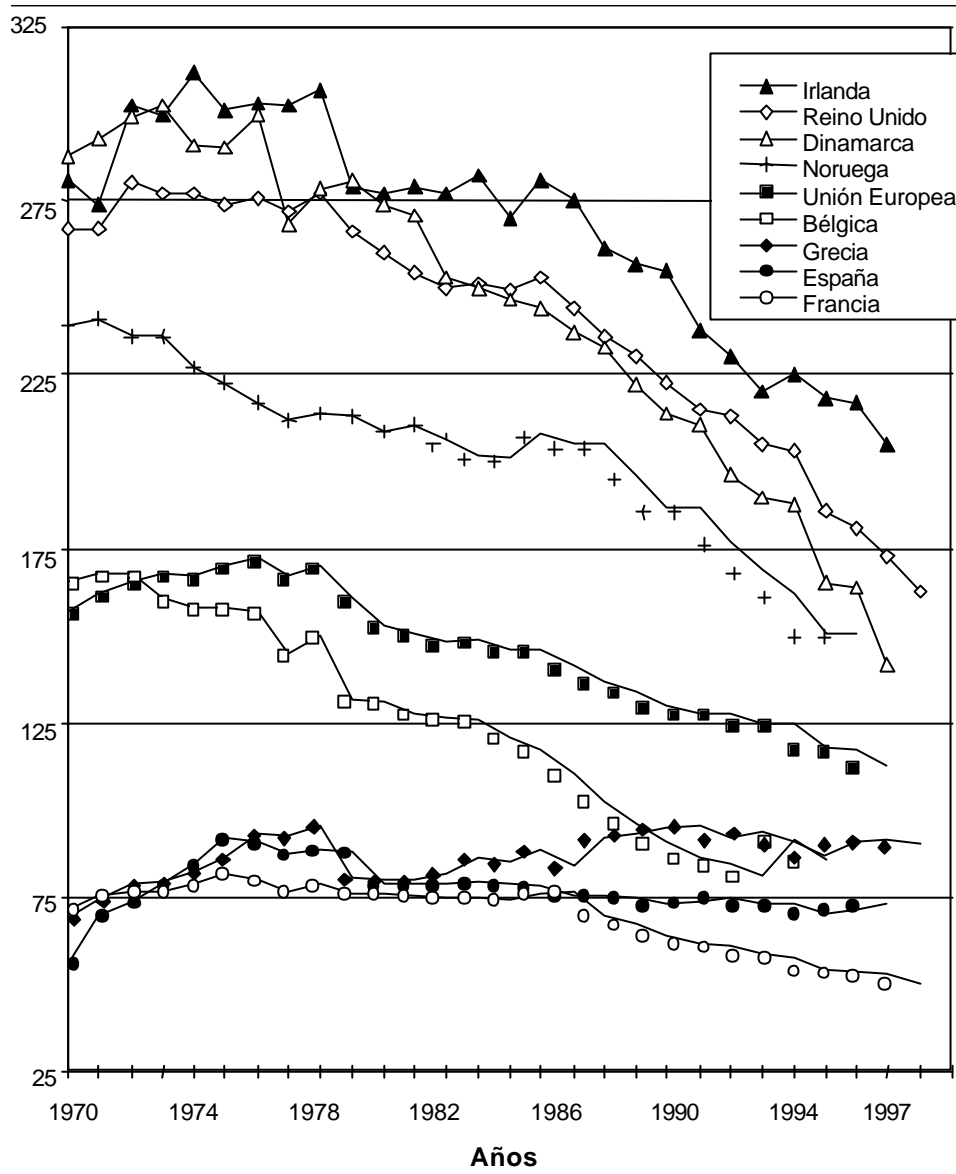
PRIORITARIOS

1. Cardiopatía isquémica

Hasta la actualidad, han sido descritos más de doscientos factores presuntamente relacionados con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica. Este acontecimiento define claramente, para esta enfermedad y en general para el conjunto de las enfermedades cardiovasculares, un modelo etiopatogénico de carácter multifactorial. No obstante, se distingue una serie mucho más reducida de factores o marcadores de riesgo de mayor impacto en la génesis de este grupo de enfermedades. Estos son el tabaquismo, las hiperlipoproteinemias, la hipertensión arterial, que constituyen los factores de mayor riesgo; y la obesidad, Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo y estrés, entre otros, que conforman un grupo considerable de factores de riesgo de segundo orden.

Dado que este grupo de enfermedades constituyen la primera causa de mortalidad tanto en nuestra Comunidad Autónoma como en el resto de los países desarrollados y siendo su reducción potencial altamente sensible a la acción de medidas de promoción de la salud (ejercicio, dieta sana, evitación del tabaco) y de prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado de las dislipemias, hipertensión arterial —HTA—, obesidad, DM, entre otras), hemos de considerar a este grupo de problemas de salud como prioridad sanitaria. Esta consideración cobra aún más importancia al comprobar que las provincias canarias ocupan lugares de importancia en el ranking de mortalidad nacional por cardiopatía isquémica.

Gráfico 1. Evolución de las tasas estandarizadas (por 10⁵ habitantes) de mortalidad por cardiopatía isquémica. Países europeos, 1970 a 1997

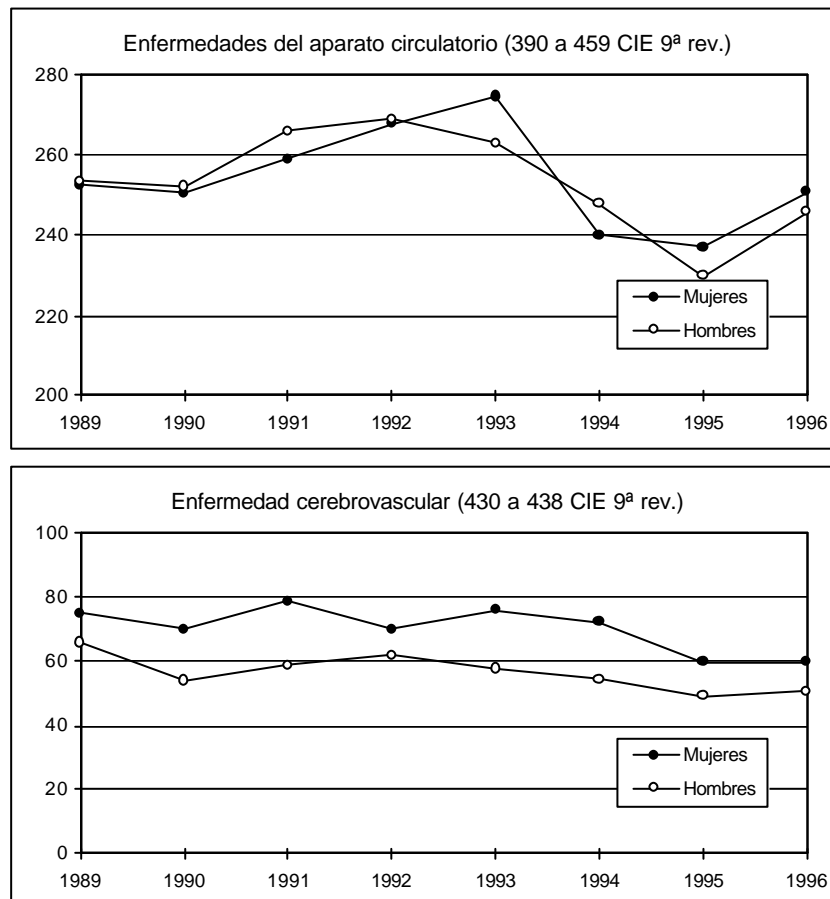


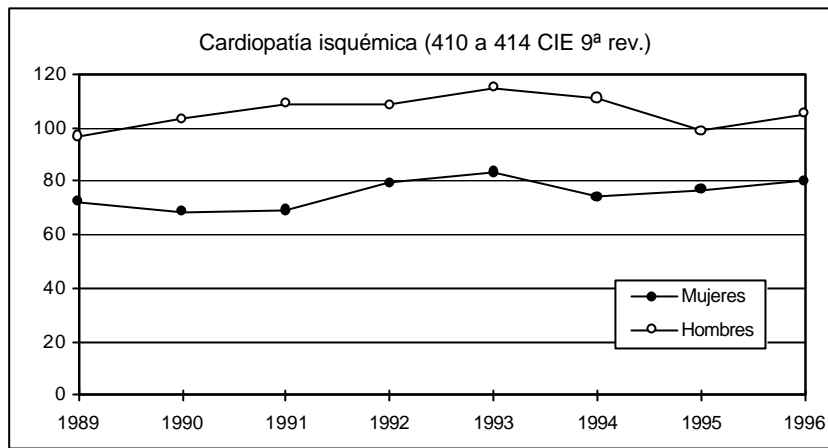
Fuente: -WHO Regional Office for Europe: HFA Statistical Database]

8.1. Mortalidad

En el Gráfico 2 se observa la evolución de las tasas específicas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Canarias durante el período 1989 a 1996 ajustadas por sexo, comprobándose que la mortalidad global por éstas ha descendido en Canarias tanto para los hombres como para las mujeres, a expensas de la reducción por enfermedades cerebrovasculares. Se mantiene, sin embargo, la presencia de un patrón estacionario de muerte por cardiopatía isquémica en los hombres y una discreta elevación en las mujeres.

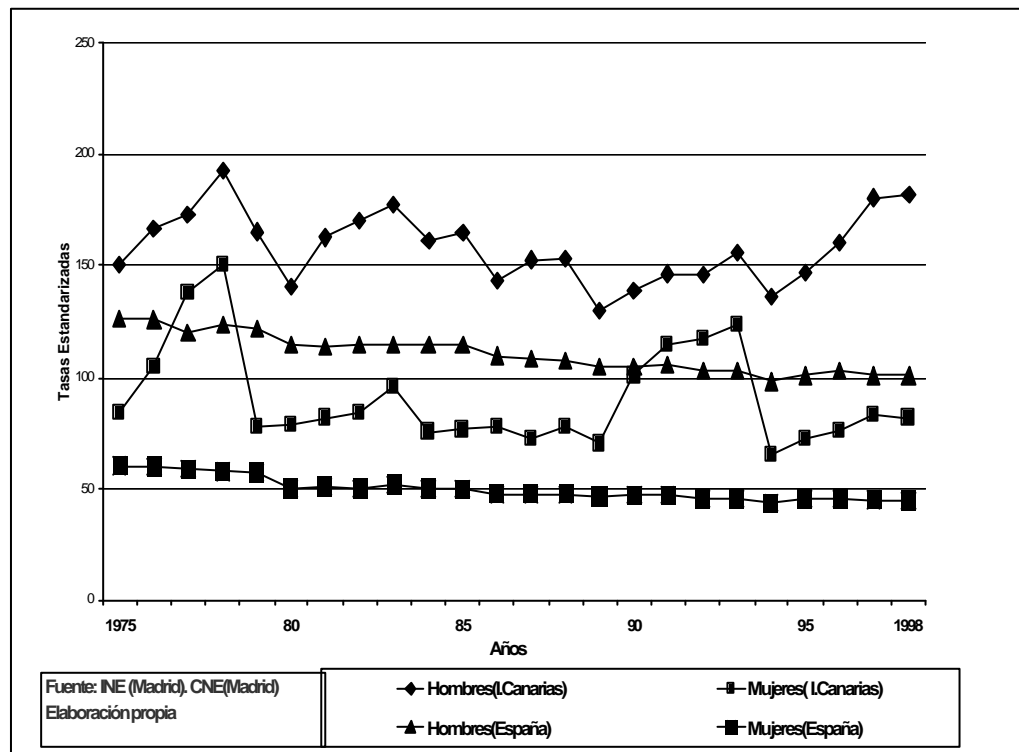
Gráfico 2. Evolución de la tasas específicas (x 10⁵ habitantes) de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según género. Canarias, 1989 a 1996





Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994
 -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996
 -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 -ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991

Gráfico 3. Evolución de la mortalidad estandarizada por Enfermedad Isquémica del corazón. Islas Canarias y España. 1975-1998



Las Islas Canarias presentan desde 1975 hasta 1998 una sobremortalidad por cardiopatía isquémica con respecto a España. En 1998 la tasa estandarizada se situó en 182,5 para hombres y 82,1 para mujeres (en España 101,1 para hombres y 44,9 para mujeres).

La Tabla 1 refleja las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca de los años 1995 y 1996. Se observa que la afectación del género masculino es casi el doble del femenino.

Tabla 1. Tasas estandarizadas (x 10⁵ hab.) de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca. Canarias, 1995 y 1996

Enfermedad	1995		1996	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Infarto agudo de miocardio	86,36	42,83	84,22	41,40
Otra enfermedad isquémica del corazón	41,10	27,28	44,16	27,07

Fuente: -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996

Situadas en el primer lugar de la lista de tasas estandarizadas de mortalidad (tomando como población de referencia la europea), el conjunto de las enfermedades del aparato circulatorio en el año 1996 presentó una tasa total de 253,77; con una tasa de 305,08 para los varones y de 210,02 para las mujeres.

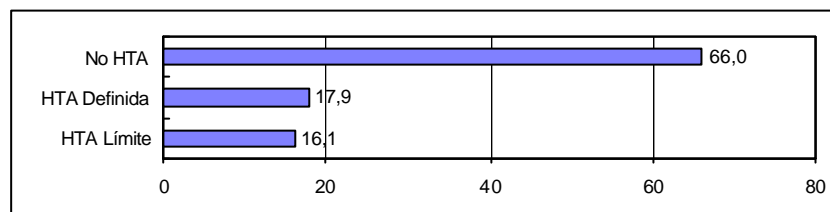
Las provincias canarias presentaron en 1997 las mayores tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón (EIC, códigos CIE-9: 410-414), dentro del contexto español. El exceso de mortalidad es aún más evidente en las zonas turísticas. Al estudiar esta causa de muerte en tres de los municipios turísticos más importantes de las Islas Canarias, San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) y Adeje-Arona (Tenerife), se encuentra que las tasas de mortalidad fueron de 430,7 y de 384,6, ó sea, cuatro y tres veces y media respectivamente la tasa media de la Comunidad Canaria por la misma causa y periodo. Estas tasas se encuentran al nivel de las tasas más elevadas del mundo. Sin embargo, el análisis de la mortalidad por cardiopatía isquémica en estos municipios turísticos de Canarias nos permite deducir que, el exceso de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón que se produce en nuestro archipiélago, no se explica únicamente por un exceso de riesgo cardiovascular en la población residente en las zonas turísticas, sino con errores censales en la clasificación del lugar de residencia. Este error de clasificación supone un sesgo que sobreestima la tasa de las Islas Canarias, ya que se contabilizan defunciones en el numerador, en población que no está incluida en el denominador. Esto supondría, por ejemplo, un 18% de sobreestimación de fallecidos por enfermedad isquémica del corazón en hombres y un 9,2% en mujeres en toda la Comunidad Canaria para ese año.

La prevalencia de cardiopatía isquémica ha sido determinada con procedimientos homogéneos en las islas de Lanzarote y El Hierro, mostrando cifras de 1,6% y 1,8% respectivamente en población de 20 y más años de edad, siendo la población de El Hierro más envejecida.

8.2. Hipertensión arterial

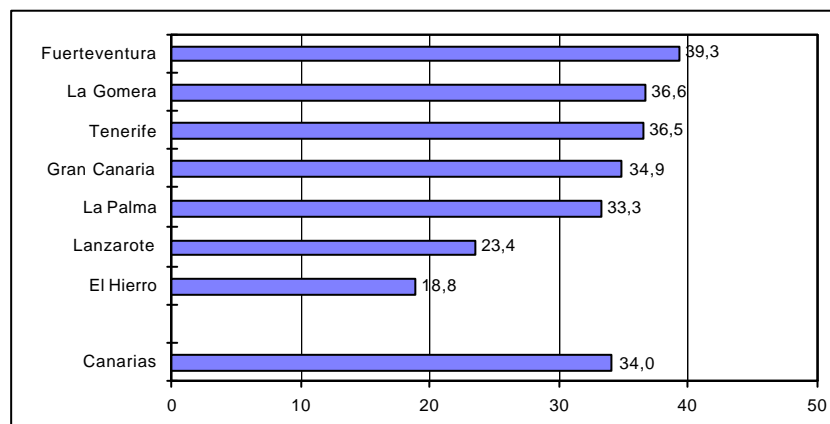
La prevalencia de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Canarias varía, entre otras razones, en relación a la sensibilidad y especificidad de los procedimientos utilizados en la determinación de los mismos. Así, por ejemplo, en relación a la hipertensión arterial (HTA) y utilizando los criterios de la OMS, se comunican cifras de prevalencia del 20% para la población de Tenerife durante el período 1975-1977. Estudios posteriores en Lanzarote ofrecieron cifras del 24% en 1989; Gran Canaria del 28% y en El Hierro del 17%. Información más reciente de la Encuesta Nutricional de Canarias de 1997-1998 recoge, aplicando los mismos criterios diagnósticos de la OMS, que la prevalencia de HTA en Canarias asciende al 34% (18% con HTA definida y 16% con HTA límite) para la población comprendida entre 18 y 75 años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en población de 18 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Gráfico 5. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en población de 18 a 75 años, según Áreas de Salud. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Tabla 2. Prevalencia (%) de hipertensión arterial límite y definida por grupos de edad y género. Canarias, 1997-1998

	Hombres (n=423)		Mujeres (n=527)	
	Límite	Definida	Límite	Definida
18 a 24 años	17,5	2,1	6,9	-
25 a 34 años	15,2	8,0	4,1	4,1

35 a 44 años	16,2	12,4	4,5	6,7
45 a 54 años	23,8	16,8	13,7	20,6
55 a 64 años	28,4	38,9	19,1	32,2
65 a 75 años	26,3	41,3	28,0	44,1
Total	20,8	18,8	12,0	17,0

Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Al igual que ocurre en los países desarrollados, en Canarias es más frecuente que la población hipertensa presente, además, otros factores de riesgo como son la hipercolesterolemia, DM, obesidad y sedentarismo.

8.3. Hiperlipoproteinemia

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, en nuestra Comunidad se reproducen los hallazgos descritos en otros entornos referente al incremento paulatino de los niveles de colesterol total en relación al envejecimiento, como podemos ver para los mayores de 65 años (Tabla 3) con una media de 236,3 (216,1 en los hombres y 256,4 en las mujeres), siendo asimismo más frecuente la asociación con otros problemas de salud como son la obesidad, la hipertensión e hipertrigliceridemia. Las cifras de colesterol total de la población entre 6 y 10 y entre 11 y 17 años de edad son respectivamente de 180,6 (DT de $\pm 38,8$) y 161,4 (DT de $\pm 29,2$). Según la misma Encuesta, la población canaria presenta unos valores de colesterol total muy elevados con respecto a la media del país, con una media de 205,6 mg/dl (201,6 para los hombres y 208,9 para las mujeres) (Tabla 3 y Tabla 4).

En Cataluña se han comunicado en 1998 valores medios algo inferiores (203,9 mg/dl con una DE de 39,7 mg/dl). En otros estudios realizados en España se han descrito concentraciones medias de colesterol total que oscilan entre 210 y 220 mg/dl. La fracción HDL del colesterol se sitúa en niveles de alto riesgo (≤ 35 mg./dl.) para el 18-19% de los varones canarios y para el 28-36% de las mujeres de esta Comunidad (≤ 45 mg./dl.).

En Canarias los valores medios de triglicéridos son de 113,6 mg/dl para ambos sexos y de 117,9 y 109,9 para los hombres y las mujeres, respectivamente (Tabla 3 y Tabla 4). La concentración media de triglicéridos en la población de Cataluña resultó ser de 103,9 mg/dl (DE de 75,4 mg/dl).

Tabla 3. Distribución de los parámetros lipídicos (en mg/dl) según edad. Valores medios y DT. Canarias, 1997-1998

	Colesterol	HDL colesterol	LDL colesterol	Triglicéridos
< de 18 años	168,2 \pm 34,1	52,8 \pm 14,25	99,8 \pm 31,7	78,4 \pm 39,7

De 18 a 34 años	186,3 ± 41,2	53,0 ± 15,7	113,9 ± 36,2	97,5 ± 60,7
De 35 a 49 años	218,6 ± 48,1	52,9 ± 17,6	140,8 ± 45,7	123,9 ± 74,5
De 50 a 64 años	231,9 ± 50,0	53,4 ± 19,3	151,4 ± 49,2	136,4 ± 71,9
De 65 a 75 años	236,3 ± 55,4	50,1 ± 17,0	156,2 ± 51,7	146,4 ± 77,6
Total	205,6 ± 52,2	52,7 ± 16,8	130,1 ± 47,7	113,6 ± 69,5

Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4

Tabla 4. Distribución de los parámetros lipídicos (en mg/dl) según género. Valores medios y DT. Canarias, 1997-1998

	Colesterol	HDL colesterol	LDL colesterol	Triglicéridos
Hombres	201,6 ± 51,3	48,7 ± 15,4	129,3 ± 46,5	117,9 ± 75,4
Mujeres	208,9 ± 52,7	56,0 ± 17,2	130,7 ± 18,7	109,9 ± 64,0
Total	205,6 ± 52,2	52,7 ± 16,8	130,1 ± 47,7	113,6 ± 69,5

Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 4

Otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular son analizados en su impacto sobre la sociedad canaria, en apartados específicos. Así, el tabaquismo y el ejercicio físico son abordados en el apartado de hábitos de vida. La DM y la obesidad lo son respectivamente en cada uno de sus apartados correspondientes.

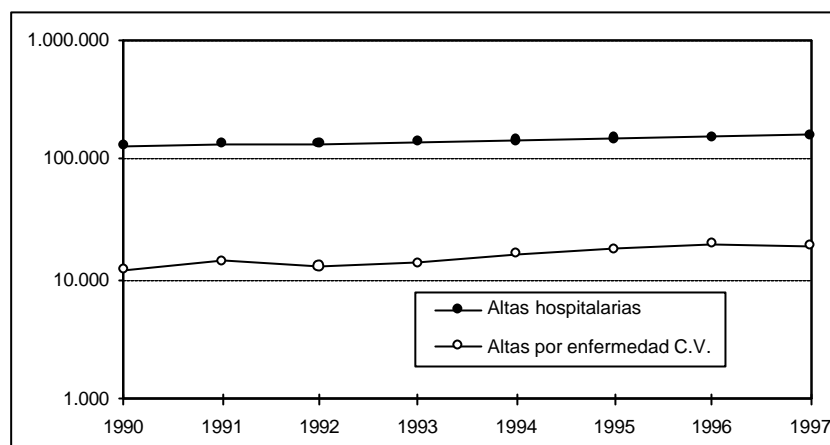
8.4. Otros factores de riesgo

Otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular son analizados en su impacto sobre la sociedad canaria, en apartados específicos. Así, el tabaquismo y el ejercicio físico son abordados en el apartado de hábitos de vida. La DM y la obesidad lo son respectivamente en cada uno de sus apartados correspondientes.

8.5. Actividad asistencial

Por otro lado, la información sobre utilización de recursos sanitarios y más específicamente de recursos hospitalarios, obtenida de la “Encuesta de Morbilidad Hospitalaria”, puede ser utilizada como un indicador de necesidades de atención sanitaria, contribuyendo de este modo a completar la dimensión real que provoca este problema de salud en Canarias. Según la citada publicación, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron un total de 19.522 altas en Canarias, frente a un total de altas de 162.562 (el 12,01%) durante 1997 (Gráfico 6). Para el conjunto del país las cifras fueron de 486.532 y 4.422.263 (lo que representa el 11,00%), respectivamente.

Gráfico 6. Altas hospitalarias por enfermedad cardiovascular. Canarias, 1990 a 1997



Fuente: -INE: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de los años 1990 a 1997

Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los principales motivos de utilización de servicios sanitarios. Suponen la séptima causa de consulta en nivel asistencial de Atención Primaria de Salud y el primer motivo de ingreso hospitalario en Canarias (1993-1994), si excluimos los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Durante este período de tiempo, el 10,22% de las altas hospitalarias y el 12,82% de las estancias de los hospitales adscritos al Servicio Canario de Salud, fueron originadas por este grupo de enfermedades, siendo estos porcentajes de 11,59% y de 13,30%, respectivamente durante el año 1997. Si consideramos al grupo de personas de más de 65 años de edad, el porcentaje de altas por este motivo asciende al 22,86% de las mismas durante el período 1993-1994, alcanzando el 20,53% para el año 1997, con un 19,52% de las estancias en el mismo año. Los hospitales analizados en el citado año han sido: el Universitario de Canarias, El Pino, El Sabinal, el General de Lanzarote y el de Nuestra Señora de las Nieves de La Palma.

Según información del Servicio de Control de Gestión del Servicio Canario de Salud, en el año 1998, las altas y estancias medias por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades del aparato circulatorio de los hospitales del Servicio Canario de Salud fueron de 3.862 (el 3,62% del total) y 9,95; 2.251 (el 2,11% del total) y 16,16 y 6.062 (el 5,68% del total) y 11,05, respectivamente. El global de altas por enfermedades cardiovasculares fue de 12.175 lo que representa el 11,4% del total. Aunque el conjunto de hospitales analizado es superior, comprobamos que el porcentaje de altas se ha mantenido prácticamente constante desde 1993. En relación a las estancias, el porcentaje de estancias por cardiopatía isquémica con respecto al total de estancias hospitalarias

fue de 3,62%, por enfermedad cardiovascular fue del 3,42% y por otras enfermedades del aparato circulatorio fue de 6,30%.

8.6. Costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares

En la última década, las enfermedades cardiovasculares se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia en Canarias por las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costes económicos y sociales. Asimismo, el impacto de las enfermedades cardiovasculares sobre el entorno social, familiar y laboral de los enfermos es cada vez más importante, tanto en lo referido a los costes directos como indirectos. Una aportación importante en este ámbito de estudio ha sido realizada por primera vez en España, por parte del Servicio Canario de la Salud, incorporando los Grupos Relacionados con el Diagnostico (GDRs) para calcular los costes de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, creando un ambiente propicio al cumplimiento de las medidas de prevención y tratamiento.

Los costes socioeconómicos totales para los pacientes con enfermedades cardiovasculares en Canarias durante 1998 fueron de 278,90 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 134,44 millones de euros representando un 48% del coste total, lo que supone el 11,9% del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 71,36 millones de euros; consultas externas con 6,34 millones de euros; Atención Primaria con 11,41 millones de euros y fármacos con 45,31 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 144,46 millones de euros representando el 52% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 80,83 millones de euros, mientras que el absentismo laboral y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 30,85 y 32,78 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 4.418 fallecidos en 1998 produjeron 44.447 años de vida perdidos (considerando defunciones hasta 84 años y la esperanza de vida como edad límite), 8.711 años de vida productivos perdidos y 646.925 días de baja laboral.

2. Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte en Canarias, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. En 1998 fallecieron por cáncer 2.950 personas en nuestra Comunidad. Además, el cáncer es la primera causa de muerte prematura (antes de los 70 años) tanto en el conjunto de la población, como específicamente en mujeres, y la segunda en hombres, tras los accidentes de tráfico, causando ese mismo año 18.943 años potenciales de vida perdidos.

Aproximadamente uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres canarias presentará algún tipo de cáncer antes de los 75 años.

Dada la importancia del cáncer, en 1993 se creó el Registro Poblacional de Cáncer de Canarias, que en estos primeros años de funcionamiento se ha centrado en las islas de Gran Canaria y Tenerife (aprox. 86% de la población). La información recogida ha proporcionado los datos de la incidencia de cáncer de 1993 a 1996, para ambas áreas de salud. Este trabajo ha permitido conocer las tasas de incidencia de cáncer en las Islas y su comparación con los datos de otros registros. La continuidad del mismo permitirá observar la evolución de la incidencia y estudiar otros aspectos relevantes como la supervivencia.

9.1. Incidencia

El número de casos nuevos de cáncer (excluyendo epidermoides y basocelulares de piel) registrados en las áreas de salud de Gran Canaria y Tenerife en el período 1993-1996 fue de 16.026; 9.199 en hombres y 6.827 en mujeres.

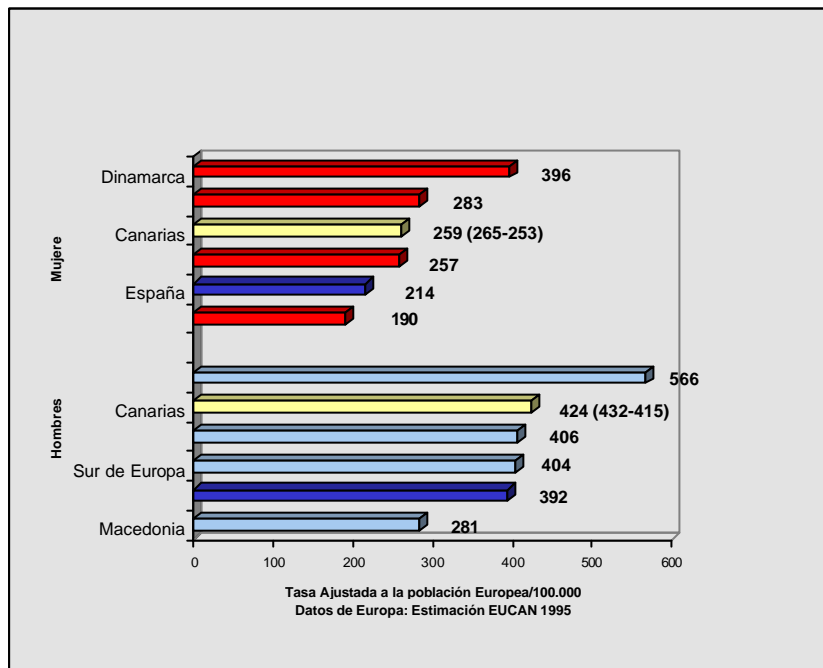
La tasa bruta para este mismo período fue de $343,37/10^5$ en hombres y $249,34/10^5$ en mujeres; por lo que el número medio anual de casos estimado para la Comunidad Autónoma es de 4.500.

Las tasas ajustadas a la población europea de ese período son de $423,67/10^5$ (Intervalo de Confianza: 414,91- 432,43) en hombres y de $259,09/10^5$ (IC: 252,83-265,34) en mujeres.

Con estas cifras y utilizando como referencia las estimaciones de incidencia de cáncer en Europa para el año 1995 disponibles en la Base de Datos Europea de Cáncer (EUCAN-OMS), observamos que en los hombres el valor puntual de la tasa de incidencia ajustada por edad, de Canarias es superior a la estimada para Unión

Europea y para España. En las mujeres el valor de la tasa de incidencia es superior al estimado para España pero inferior al de la Unión Europea, no obstante, al no disponer de los intervalos de confianza de las tasas europeas no podemos saber si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. (Gráfico 7)

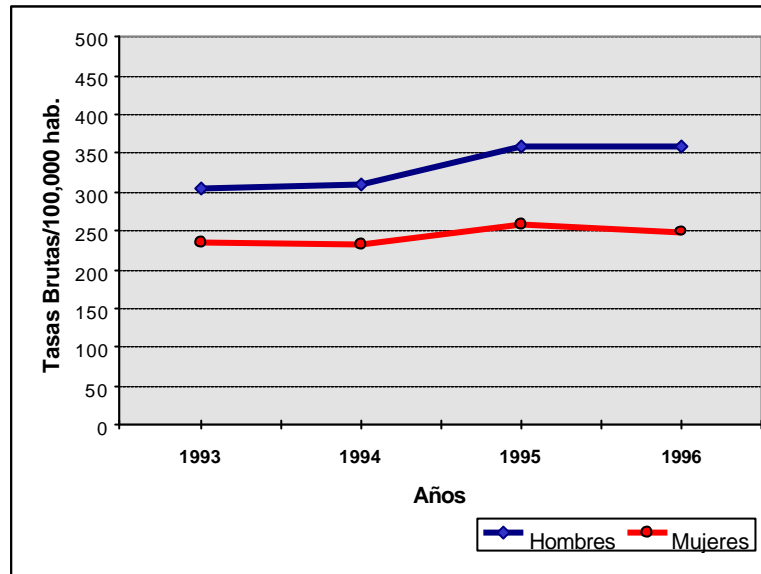
Gráfico 7. Comparación de las tasas de incidencia estandarizadas a la población europea. Conjunto de tumores malignos (expto. piel no melanoma), según sexo 1993-96.



Fuente: - Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

La evolución de las tasas brutas de incidencia se muestra en el Gráfico 8. El porcentaje de variación de la tasa del año 96 con respecto al 93 es de un 18 % en hombres, mientras que entre las mujeres es del 6%.

Gráfico 8. Evolución de las Tasas Brutas. Conjunto de tumores malignos (expto. piel no melanoma), según sexo 1993-96.

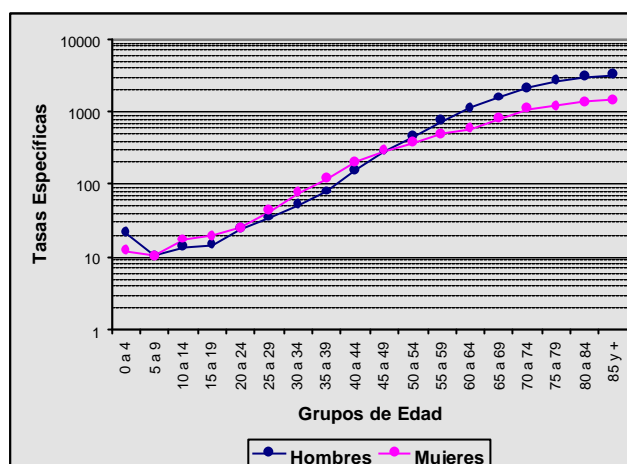


Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

Como era de esperar, en la distribución por edad de los casos, las curvas de las tasas específicas muestran tasas más elevadas en el grupo de 0-4 años que disminuyen en el de 5-9 y aumentan a partir de esa edad, siendo máximas en los grupos de edad más avanzada tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 9).

Asimismo, a pesar de que las mujeres tienen tasas globales significativamente menores que los hombres, las tasas específicas de éstas son más altas en los grupos de edad comprendidos entre los 10-49 años. Esto se explica por el hecho de que en las mujeres el tumor más frecuente es el de mama que tiene una edad de aparición más temprana que los más frecuentes en hombres (pulmón y próstata).

Gráfico 9. Tasas específicas por edad ($\times 10^5$) para el Conjunto de tumores malignos, según sexo. Canarias. 1993-96.



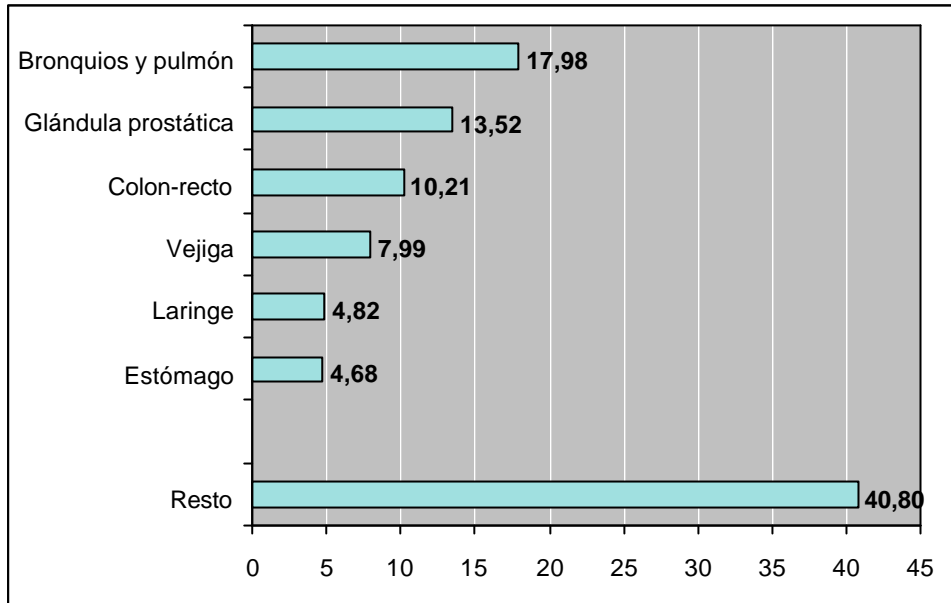
Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

En concordancia con lo publicado sobre esta patología, en Canarias la incidencia de cáncer es significativamente más alta en los hombres que en las mujeres (Gráfico 7); observándose tanto para el conjunto de las localizaciones tumorales, como para las neoplasias más frecuentes, a excepción de la mama, un mayor número de casos entre los hombres, destacando la incidencia de los tumores relacionados con el consumo de tabaco. La razón de tasas hombre/mujer oscila entre 8,52 en el cáncer de pulmón y 1,28 en el cáncer de colon.

Los tumores basocelulares y epidermoides de piel son los más frecuentes en nuestra Comunidad Autónoma, registrándose en el período 93-96 unos 1.540 casos al año de promedio, de los cuales aproximadamente el 86% son basocelulares y el 14% epidermoides.

En los hombres, los tumores más frecuentes (Gráfico 10), sin tener en cuenta los basocelulares y epidermoides de piel, afectan a las siguientes localizaciones: traquea, bronquios y pulmón, próstata, colon-recto, vejiga, laringe y estómago, que representan aproximadamente el 60% de los tumores.

Gráfico 10. Localizaciones tumorales más frecuentes. Hombres. Canarias 1993-96.



Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias. Elaboración propia.

Este patrón de distribución es algo diferente del que presenta España y el Sur de Europa, ya que en Canarias adquiere una mayor importancia relativa el tumor maligno de próstata en detrimento del de vejiga, además presenta tasas ajustadas más altas que las españolas y las del Sur de Europa.

A continuación la Tabla 5 muestra las localizaciones más frecuentes en hombres según grupos de edad. Como puede observar sólo el 4% de los tumores se diagnostican antes de los 35 años.

Tabla 5. Localizaciones tumorales más frecuentes. Frecuencias Relativas según grupos de edad. Hombres. Canarias 1993-96.

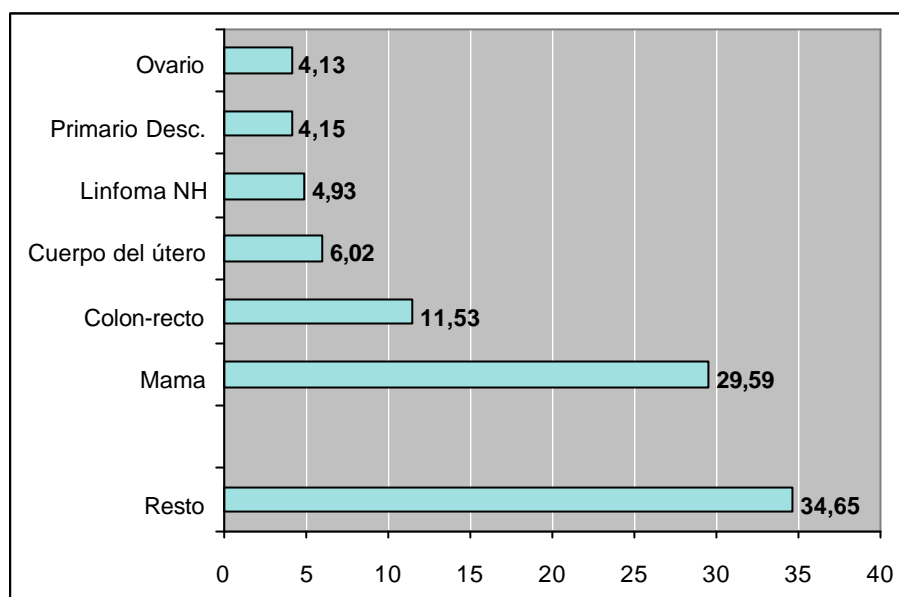
Grupo de Edad	Localización Tumoral
0-14 años (1%)	Sistema Hematopoyético (24%) Encéfalo (19%) Linfomas Ganglionares (19%)
15-34 años (3%)	Linfomas Ganglionares (16%) Encéfalo (13%) Sistema Hematopoyético (9%) Testículo (9%) Sarcoma de Kaposi (6%) Tiroides (5%)
35-64 (40%)	Bronquios y Pulmón (19%) Colon-Recto (9%) Laringe (7%) Próstata, Vejiga (6%)
65 y más (56%)	Próstata, (20%) Bronquios y Pulmón (18%) Colon-Recto (11%) Vejiga (10%) Estómago (5%)

Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

En las mujeres el tumor maligno más frecuente, con diferencia, es el de mama (30%), seguido del de colon-recto 12% y a distancia cuerpo de útero, linfoma no Hodgkin y ovario con frecuencias ya inferiores al 10%.

Este patrón de distribución es el mismo que en España y Sur de Europa en los tres tumores más frecuentes. En las restantes localizaciones hay diferencias, cobrando más importancia en Canarias los linfomas no Hodgkin y ovario, en detrimento del de estómago.

Gráfico 11. Localizaciones tumorales más frecuentes. Mujeres. Canarias 1993-96.



Fuente:- Dirección General de Salud Pública del SCS: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias . Elaboración propia.

El porcentaje de casos diagnosticados en mujeres antes de los 35 años asciende a un 7 % debido al peso ejercido por el tumor maligno de mama que tiene una edad de presentación más temprana. (Tabla 6).

Tabla 6. Localizaciones tumorales más frecuentes. Frecuencias Relativas según grupos de edad. Mujeres. Canarias 1993-96.

Grupo de Edad	Localización Tumoral
0-14 años (1%)	Sistema Hematopoyético (31%) Encéfalo (18%) Linfomas Ganglionares (7%)
15-34 años (6%)	Mama (14%) Tiroides (12%) Linfomas Ganglionares (11%) Cuello de Útero, Ovario (9%) Melanoma (7%) Encéfalo (6%)
35-64 (43%)	Mama (39%) Colon-Recto (10%) Cuerpo de Útero (6%) Cuello de Útero (5%)
65 y más (50%)	Mama (24%) Colon-Recto (14%) Cuerpo de Útero (7%) Primario Desconocido (6%) Sistema Hematopoyético (5%)

De los datos recogidos por el RPCC en el período 1993-96 se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las islas de Gran Canaria y Tenerife

en los tumores de colon-recto, mama y hepatocarcinoma, según se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7. Tasas ajustadas a la población mundial (10^5) e intervalos de confianza. Gran Canaria, Tenerife 1993-96.

	Gran Canaria	Tenerife
Hombres		
Colon-Recto	25 (28-23)	33 (35-30)
Próstata	43 (46-40)	30(33-28)
Hepatocarcinoma	9 (11-8)	3 (4-2)
Mujeres		
Mama	65 (68-61)	52 (56-49)
Hepatocarcinoma	3 (4-2)	0.85 (1-0.4)

9.2. Mortalidad

En 1998 se produjeron 2.950 defunciones por cáncer en nuestra Comunidad, de las cuales 1.135 corresponden a mujeres y 1.815 a hombres. El cáncer supuso el 25,25% de todas las defunciones, constituyendo la segunda causa global de muerte en Canarias, tras las enfermedades cardiovasculares. En 1997, las tasas ajustadas por edad (población europea) en hombres ($258,46 \times 10^5$) y en mujeres ($119,10 \times 10^5$) son algo más altas que las observadas a nivel nacional para ese mismo año ($255,84 \times 10^5$ y $114,64 \times 10^5$ respectivamente).

En las últimas décadas se ha observado una tendencia ligeramente ascendente, registrándose un incremento del 43,5% respecto a la mortalidad media por cáncer del período 1982-1990 (2.056 muertes/año, que suponían el 21,7% del total de muertes). Este incremento ha sido debido, por una parte, a un aumento real de las tasas de incidencia en algunos grupos de edad y localizaciones tumorales y, de otra, a la mejora en el diagnóstico y certificación de las defunciones.

Tabla 8. Evolución del número de defunciones, mortalidad proporcional y tasas específicas y estandarizadas de mortalidad por cáncer ($\times 10^5$). Canarias, 1995 a 1998

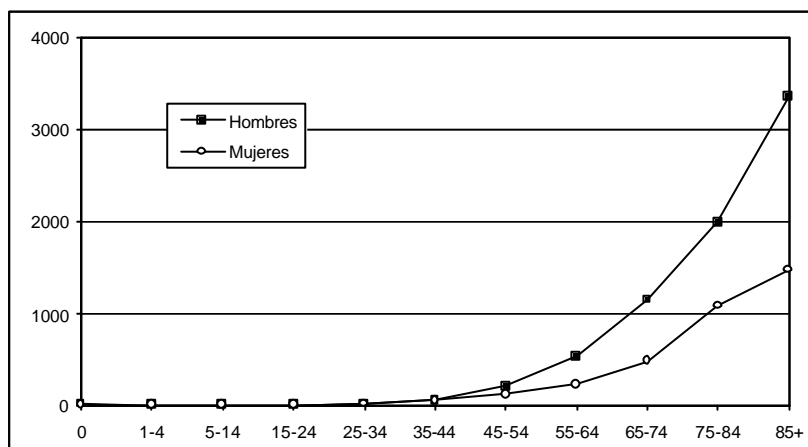
	1995	1996	1997	1998
Hombres				
Núm. de defunciones	1.657	1.670	1.708	1.815
Mortalidad proporcional	29,31	27,76	27,50	28,01
Tasa bruta	204,61	209,50	212,03	221,37

Tasa ajustada	268,42	256,23	258,46	281,71
Mujeres				
Núm. de defunciones	997	1.016	1.008	1.135
Mortalidad proporcional	22,54	21,29	21,02	21,81
Tasa bruta	121,34	125,50	123,22	136,51
Tasa ajustada	125,75	121,45	119,10	138,43
Total				
Núm. de defunciones	2.654	2.686	2.716	2.950
Mortalidad proporcional	26,33	24,90	24,68	25,25
Tasa bruta	162,67	167,20	167,29	178,64
Tasa ajustada	188,71	180,53	180,59	198,76

Fuente: -ISTAC: Defunciones Canarias 1995 a 1998

La mortalidad por cáncer aumenta conforme avanza la edad, incrementándose considerablemente a partir de los 45 años, y elevándose de forma casi exponencial a partir de los 65 años (Gráfico 12). Por grupos de edad, los tumores son la primera causa de muerte en nuestra Comunidad en personas de 35 a 64 años, y la segunda causa de muerte entre los 5 y 34 años y de 65 a 84 años.

Gráfico 12. Tasas específicas de mortalidad por cáncer según grupo de edad y género (x 10⁵). Canarias, 1998



Fuente:- ISTAC: Defunciones Canarias 1998

Analizando los años potenciales de vida perdidos (APVP), los tumores ocupan la primera causa de muerte precoz (antes de los 70 años) para el conjunto de la población y para las mujeres, y la segunda para los varones tras las causas externas (accidentes de tráfico). En 1998 causaron 18.943 años potenciales de vida perdidos, el 28,9% del total de APVP. El cáncer de mama es la primera causa de muerte precoz en mujeres, y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el cuarto lugar tanto en hombres como en población general.

Por áreas de salud, los tumores son la primera causa de muerte precoz en Tenerife y Gran Canaria, pasando a ocupar el segundo lugar en Lanzarote, La Palma y Fuerteventura, y el tercero en El Hierro. En La Gomera no entra a formar parte de las causas más frecuentes de muerte precoz.

La probabilidad de morir por cáncer en Canarias antes de los 75 años, se elevó en el período 1986-1996 al 17,53% para los hombres, y al 8,8% para las mujeres.

9.3. Diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer

Un estudio reciente que analiza las diferencias geográficas en la mortalidad por cáncer en Canarias entre 1986 y 1996, observó que el riesgo de muerte por cáncer en hombres difiere en las dos provincias canarias, destacando la sobremortalidad por tumor maligno colo-rectal de Santa Cruz de Tenerife y la debida al cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, próstata, laringe y páncreas en Las Palmas. La mortalidad por cáncer (todas las localizaciones) es también significativamente superior en los hombres de Las Palmas.

El exceso de mortalidad por cáncer de colon-recto en la provincia occidental se debe fundamentalmente al peso de la isla de Tenerife; y el menor número de muertes observado en el caso de los tumores de páncreas, pulmón y el conjunto de tumores malignos, se debió a las bajas tasas de La Palma, si bien en el último caso también contribuyen las tasas significativamente bajas de La Gomera y El Hierro. Además, en La Palma también fueron significativamente menores a las esperadas las muertes por cáncer de esófago, estómago y próstata; y en La Gomera, las debidas al cáncer de vejiga.

La isla de Gran Canaria es la que aporta el mayor peso en la provincia de Las Palmas tanto del significativamente menor número de defunciones masculinas por cáncer de colon-recto como del exceso de mortalidad por cáncer de páncreas, traquea, bronquios y pulmón, y conjunto de localizaciones; incluso en estos dos últimos grupos, a pesar de la tasa significativamente reducida que caracteriza a Fuerteventura. Además, en Gran Canaria se observó igualmente una mortalidad por cáncer de laringe y próstata significativamente elevadas.

En el caso de las mujeres, también la isla de residencia determina diferencias en la mortalidad por cáncer, de forma significativa en diversas localizaciones, siendo más importantes en los cánceres ginecológicos (útero y mama). En Las Palmas se produjo un número de defunciones significativamente superior al esperado en los cánceres de

páncreas, pulmón, mama, útero y linfomas, y considerando el cáncer en conjunto. En Santa Cruz de Tenerife, al contrario, las diferencias significativas en las localizaciones citadas siempre fueron protectoras, a excepción de los linfomas.

Las diferencias observadas entre las dos áreas de salud en estas localizaciones y en el conjunto de tumores, se explican por el mayor número de defunciones que aporta la isla de Gran Canaria. Entre las islas de esta provincia, solamente Fuerteventura presentó un número de defunciones significativamente menor al esperado, y esto para el conjunto de tumores.

La menor mortalidad por cáncer de páncreas de la provincia de Santa Cruz de Tenerife se manifestó significativamente sólo en la isla de La Palma. En el cáncer de mama la mortalidad fue significativamente menor, además de en La Palma, en las islas de Tenerife y El Hierro. La protección frente al cáncer de útero fue significativa en Tenerife y en La Gomera. Para el cáncer considerado en su conjunto las diferencias protectoras significativas se produjeron en Tenerife, La Gomera y La Palma. Sin embargo, a pesar de serlo para el total de la provincia, la mortalidad debida al cáncer de tráquea, bronquio y pulmón no fue significativamente inferior en ninguna de las cuatro islas. La mortalidad por linfomas en La Gomera y por cáncer de ovario en La Palma, fueron significativamente menores a las esperadas.

Tanto para hombres como para mujeres, las mayores diferencias al comparar las tasas de las dos provincias, una vez estandarizadas de acuerdo a la población europea, correspondió al cáncer de páncreas.

9.4. Costes socioeconómicos de las neoplasias

En la última década, las neoplasias se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia en Canarias por las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad, secuelas y costes económicos y sociales. Asimismo, el impacto de las neoplasias sobre el entorno social, familiar y laboral de los enfermos es cada vez más importante, tanto en lo referido a los costes directos como indirectos. Una aportación importante en este ámbito de estudio ha sido realizada por primera vez en España, por parte del Servicio Canario de la Salud, incorporando los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) para calcular los costes de los pacientes con neoplasias, creando un ambiente propicio al cumplimiento de las medidas de prevención y tratamiento.

Los costes socioeconómicos totales para los pacientes con neoplasias en Canarias durante este período fueron de 206,91 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 58,04 millones de euros representando un 28% del coste total, lo que supone el 5,1% de gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 45,66 millones de euros; consultas externas con 1,95 millones de euros; atención primaria con 1,08 millones de euros y fármacos con 9,35 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 148,87 millones de euros representando el 72% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el primero es el que ocasiona un coste mayor con 122,40 millones de euros, mientras que el absentismo laboral y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 13,28 y 13,19 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 2.950 fallecidos en 1998 produjeron 47.982 años de vida perdidos (considerando defunciones hasta 84 años y la esperanza de vida como edad límite), 13.800 años de vida productivos perdidos y 367.643 días de baja laboral.

3. Diabetes Mellitus

La importancia de la Diabetes Mellitus (DM) viene determinada fundamentalmente por las repercusiones que, tanto su tratamiento continuado como las complicaciones derivadas de su control clínico inadecuado, provocan sobre la calidad y cantidad de vida. Además, otro aspecto de consideración es el gasto sanitario y social destinado a tratar la enfermedad y sus complicaciones. Así, según un estudio realizado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud, los costes directos de la enfermedad supusieron el 2,13% de gasto sanitario en Canarias durante 1998.

Por estas razones la declaración de San Vincent subrayó la necesidad de actualizar los conocimientos epidemiológicos sobre la DM al objeto de establecer estrategias eficaces de prevención y tratamiento, tanto para la propia enfermedad como para sus complicaciones.

En Canarias ha sido, precisamente, la política de investigación definida a partir de las necesidades de información detectadas a lo largo del proceso de elaboración del I Plan de Salud (1997-2001), la que hoy hace posible conocer la prevalencia de DM en cada una de las áreas de salud, la incidencia anual de DM tipo 1, su relación con determinados factores de riesgo, las repercusiones sobre la calidad de vida de los enfermos de diabetes y las repercusiones económicas para la sociedad canaria.

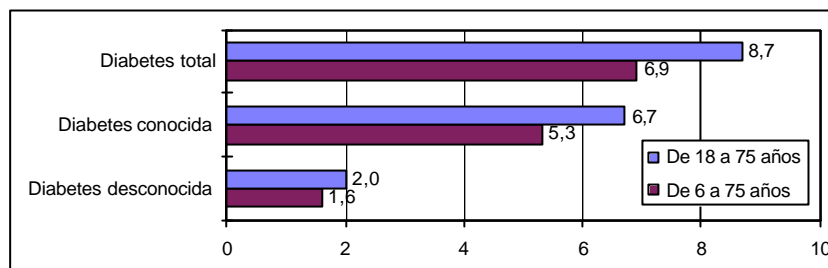
La disponibilidad de este tipo de información epidemiológica permite, ahora, discernir mejor la medida en la que los indicadores de resultados de la atención a la DM, en una determinada área de salud, se explica en base a su prevalencia, accesibilidad a los servicios sanitarios, o calidad de la atención sanitaria recibida, entre otros.

10.1. Epidemiología

Según la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998, que utiliza los criterios diagnósticos de la OMS, la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) es de 8,7% para el conjunto de la población canaria de 18 a 75 años de edad, descendiendo hasta 6,9% si consideramos la población de 6 a 75 años de edad (Gráfico 13).

La prevalencia de DM, y en especial la variedad tipo 2 ó del adulto, aumenta con la edad. En Canarias, la prevalencia de DM es de 0,9% para el grupo de edad de 6 a 24 años, ascendiendo hasta 20,9% para el grupo de edad de 65 a 75 años. Estas cifras superan los valores conocidos para la mayoría de las regiones europeas, que sitúan la prevalencia de este trastorno entre un 2% y un 5% de la población.

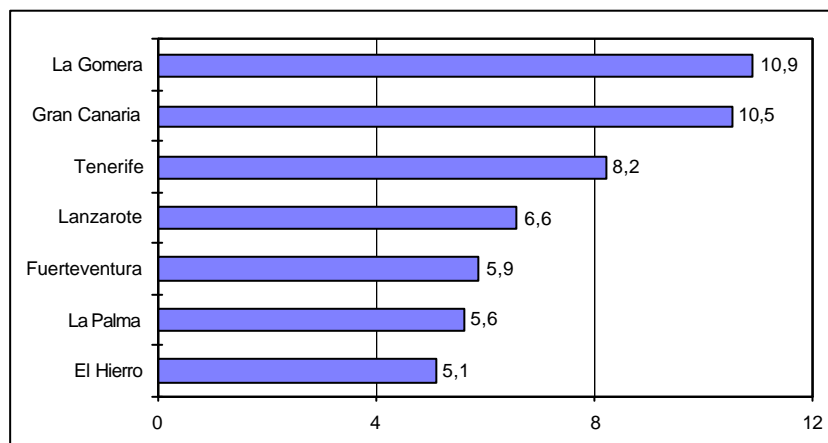
Gráfico 13 - Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus en población de 18 a 75 años y en población de 6 a 75 años. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998. Volumen 2

Según áreas de salud y tal como se observa en el Gráfico 14, la prevalencia de DM en población de 15 a 75 años es más alta en las Áreas de La Gomera (10,9%) y de Gran Canaria (10,5%).

Gráfico 14 - Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus total en población de 15 a 75 años, según áreas de salud. Canarias, 1997-1998



Fuente: -Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

Tabla 9. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus conocida en España

Autor/año	Método	Población, ámbito de estudio	Prevalencia
Pallardo 1964	Cuestionarios médicos	Rural. Nacional	0,33
Ponz 1967	Registros farmacia	Provincial. Castellón	0,35
Jara 1977	Cuestionario	Madrid	1

Pallardo 1978	Cuestionarios médicos	Rural. Nacional	1
Useros 1983	TTOG. Criterios OMS	Rural. Valladolid (25-65 a.)	3,1
Antó Boque 1985	Cuestionarios médicos	Barcelona (>14 a.)	2,9
Figuerola 1988	Consumo de fármacos	Nacional	1,6
Nadal 1992	TTOG. Criterios OMS	León	3,9
Calle 1992	Consumo de fármacos	Ávila	3,85
M. Sanidad 1991	Cuestionario	Nacional	3,8
Monereo 1997	Registros médicos	Madrid. Área 10	2,2
ENCA 1997-1998	Asoc. Americana Diabet. (ADA)	Canarias (18-75 a.)	6,7

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias

Tabla 10. Prevalencia (%) de Diabetes Mellitus total (conocida y desconocida) en España

Autor/año	Método	Población, ámbito de estudio	Prevalencia
Rodríguez 1969	Prueba dieta	Rural. Ciudad Real	7,88
Useros 1983	TTOG. Criterios OMS	Rural. Valladolid (25-65 a.)	5,37
Nadal 1992	TTOG. Criterios OMS. Capilar	León	3,9
Bayo 1993	TTOG. Criterios OMS. Capilar	Lejona (Vizcaya)	6,4
Castells 1996	TTOG. Criterios OMS. Capilar	Cataluña	10,3
Tamayo 1997	TTOG. Criterios OMS. Plasmática	Aragón	6,1
ENCA 1997-1998	Asoc. Americana Diabet. (ADA)	Canarias (18-75 a.)	8,7

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Estudios sobre Diabetes Mellitus en Canarias

Con respecto a la DM tipo 1, observamos una incidencia anual de 23,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en menores de 15 años de edad durante 1995-1996; lo que sitúa a Canarias entre las regiones de Europa con tasas más elevadas, junto con Finlandia y algunas islas mediterráneas.

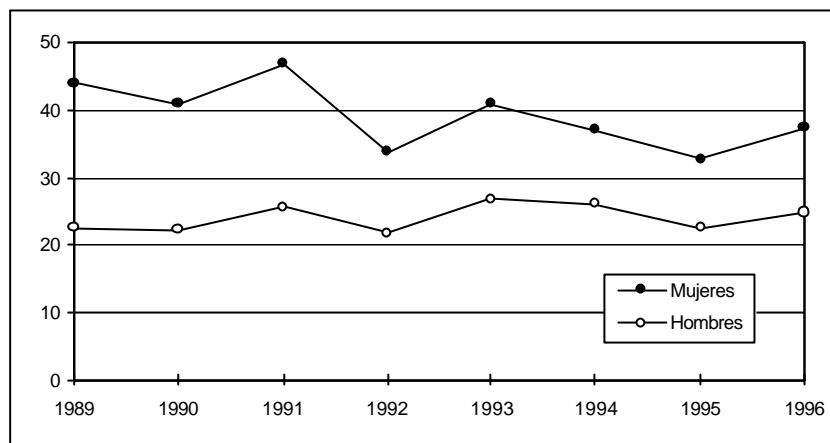
Para la DM tipo 2 ó del adulto, se observa un incremento de la prevalencia en relación al envejecimiento y a la obesidad. El que la población canaria continúe presentando los índices más elevados de sobrepeso de España constituye un factor asociado a la más alta prevalencia de diabetes en Canarias, tal como se deriva de los resultados de la Encuesta Nutricional de Canarias.

La Encuesta de Salud de Canarias de 1997 nos informa que los tratamientos más frecuentemente utilizados por los enfermos de DM fueron dieta y antidiabéticos orales (AO) (40,4%) y, en un porcentaje inferior, sólo AO (21,1%). Llama la atención que un 22% de los diabéticos declaran no tener su glucosa debidamente controlada.

En esta Comunidad, la DM constituyó la tercera causa de mortalidad proporcional en la mujer y la séptima para el hombre durante el trienio 1988 a 1990; descendiendo en 1996 al cuarto lugar en la mujer y ascendiendo al sexto en el hombre. A lo largo de la década de los 90 se produjo una caída de la mortalidad específica atribuida a esta causa en la mujer. Así pues, la tasa de mortalidad ajustada

para este género bajó desde $44,1 \times 10^5$ en 1989 a $37,6 \times 10^5$ en 1996. A pesar de ello, esta tasa supera la tasa nacional de mortalidad por DM para mujeres, situada para ese mismo año en $28,1 \times 10^5$.

Gráfico 15 - Evolución de la tasa ($\times 10^5$ habitantes) de mortalidad por Diabetes Mellitus ajustada según género. Canarias, 1989 a 1996



Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1989 a 1994
-ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991

10.2. Actividad asistencial

La Diabetes Mellitus (DM), debido a la elevada incidencia y prevalencia en Canarias y a su carácter de enfermedad crónica, contribuye de una forma sensible a la demanda de actividad tanto en Atención Primaria como en el nivel de Atención Especializada.

La propia Organización Mundial de la Salud ha expresado que incluso en países con elevados niveles de calidad de servicios sanitarios, la mitad de los diabéticos tipo 2 están sin diagnosticar. Este hecho ha cambiado drásticamente en Canarias a partir del esfuerzo asistencial desarrollado por los profesionales de Atención Primaria. Esta actuación ha conseguido reducir la cifra de diabéticos no diagnosticados hasta el 23% del total estimado (Gráfico 13).

La Tabla 11 nos muestra que el volumen de pacientes afectados de DM incorporados al Programa de Atención al Diabético en Atención Primaria, es sensiblemente inferior al esperado, en base a que algunos reciben seguimiento en las estructuras públicas de Atención Especializada, otros en la sanidad privada, y, un número sin determinar, abandonan los controles sanitarios.

Tabla 11. Distribución de los diabéticos en seguimiento en Atención Primaria por áreas de salud. Canarias, 1999

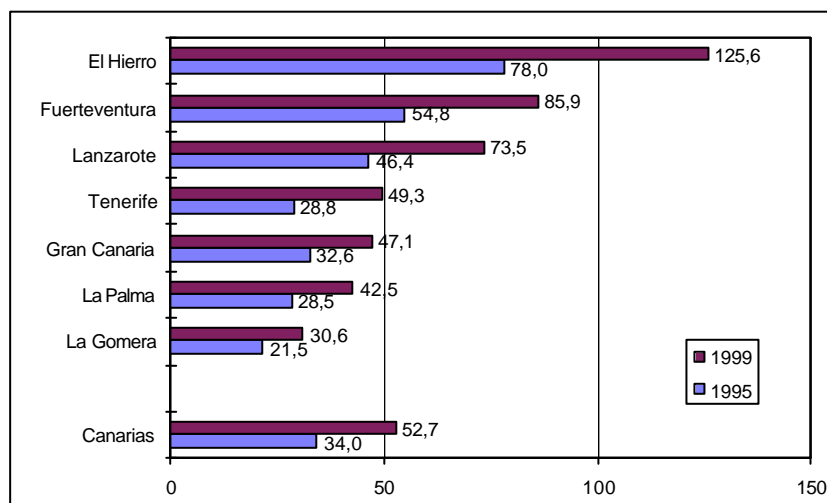
Áreas de salud	Incluidos	Población diana*	Cobertura (%)
El Hierro	451	359	125,6
Fuerteventura	1.682	1.957	85,9
Lanzarote	2.991	4.067	73,5
Canarias	57.691	109.449	52,7
Tenerife	21.936	44.453	49,3
Gran Canaria	28.538	60.566	47,1
La Palma	1.613	3.799	42,5
La Gomera	480	1.566	30,6

(*) Población diana: población padronal de 15 años o más en 1996, considerando las prevalencias de DM total detectadas en la ENCA 1997-1998, en cada Área de salud y para el grupo de edad de 15 a 75 años

Fuentes: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación: Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria 1999
 -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 -Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

A pesar de ello, el esfuerzo realizado por los servicios de Atención Primaria queda claramente expresado en el Gráfico 16, en el que se muestra el crecimiento de cobertura en todas las áreas de salud.

Gráfico 16 - Evolución (%) de la distribución de los diabéticos en seguimiento en Atención Primaria por áreas de salud. Canarias, 1995-1999



La población de referencia se obtiene del Padrón de 1996 (≥ 15 años), considerando las prevalencias de DM total detectadas en la ENCA 1997-1998, en cada Área de salud y para el grupo de edad de 15 a 75 años

Fuentes: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación: Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria 1999
 -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 -Explotación específica de la Encuesta Nutricional de Canarias 1997-1998

10.3. Impacto económico

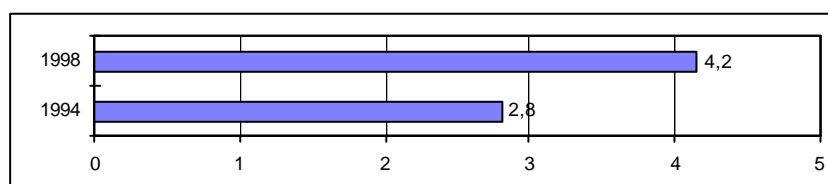
Los costes socioeconómicos totales (directos e indirectos) para los pacientes diabéticos en Canarias durante 1998 fueron de 85,79 millones de euros, o el equivalente a 1.673 euros por cada paciente diabético conocido.

Los costes directos se elevaron a 66,84 millones de euros, representando la partida más importante con un 78% del coste total, lo que supone el 5,9 % del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 10,20 millones de euros; la asistencia ambulatoria con 25,25 millones de euros y el coste farmacéutico con 31,39 millones de euros

Los costes indirectos se elevaron a 18,95 millones de euros representando el 22% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que el segundo es el que ocasiona un coste mayor con 8,38 millones de euros, mientras que la mortalidad anticipada y la incapacidad permanente ocasionan un coste de 6,39 y 4,18 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 489 fallecidos por diabetes produjeron 5.066 años de vida perdidos, 689 años de vida productivos perdidos y 229.954 días de baja laboral.

El gasto farmacéutico sólo en insulinas y antidiabéticos orales en 1998 ascendió a 9,27 millones de euros, lo que constituye el 4,4% del total del gasto farmacéutico adquirido con recetas del Servicio Canario de Salud para ese año.

Gráfico 17 - Evolución (%) del gasto farmacéutico en insulinas y antidiabéticos orales sobre el gasto total. Canarias, 1994 y 1998



Fuente: -Secretaría General: Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia

A nivel hospitalario la DM origina una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 1.240 altas hospitalarias (diagnóstico principal) en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 15.534 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 12,5 días.

La DM es responsable de una importante carga de incapacidad a través de las complicaciones vasculares que produce sobre la circulación cerebral, retiniana,

coronaria, renal y en las extremidades inferiores. A este respecto, en Canarias, la retinopatía diabética es la complicación más frecuente, refiriéndose en el 24,9% (21,0-28,8) de los casos estudiados; seguida de la cardiopatía y la arteriopatía periférica que figuran en el 16,6% (13,3-19,9) en cada caso y la neuropatía en el 10,7% (8,1-13,8). En cuanto a la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, el 56,6% (52,0-61,1) presentaban hipertensión arterial, en el 76,0% (71,6-80,1) constaban cifras de colesterol superiores a 200 mg/dl y en el 14,6% (10,1-18,9) cifras de triglicéridos superiores a 300 mg/dl. Además, la DM actúa como enfermedad de base en el 35% de los pacientes en diálisis en 1998 (más del 40% de los pacientes en diálisis peritoneal y más del 30% en hemodiálisis) y en más del 40% de las amputaciones de origen no traumático.

Un estudio de carácter sociológico realizado en 1995 en el Área de Salud de Lanzarote, facilita el dato de que el 67% de los diabéticos conocen que su enfermedad se relaciona con una alteración de los niveles de azúcar o glucosa en la sangre y un tercio de los enfermos la atribuye a una deficiencia del páncreas. El 70% de los diabéticos consideran que el médico que les trata tiene la cualificación suficiente, expresando mayoritariamente sus preferencias por recibir tratamiento y control en los centros de Atención Primaria. En relación a las repercusiones potenciales sobre la productividad y el absentismo laboral, el 14% de los diabéticos declara requerir bajas laborales de forma ocasional, siendo el promedio de baja de seis días al año.

Tabla 12. Costes directos de la asistencia sanitaria debidos a los pacientes diabéticos en Canarias, 1998

	Coste	%
Coste total hospitalización	10.205.186	15,3
Coste por GRD (diagnóstico principal y secundario)	10.205.186	
Coste total ambulatorio	25.248.375	37,8
Diálisis	7.659.318	
Visitas endocrinólogo	449.858	
Visitas a especialistas	4.410.417	
Visitas a profesionales paramédicos	4.030.492	
Visitas a urgencias	1.702.743	
Pruebas	2.050.880	
Visitas al médico general	4.944.667	
Coste total farmacéutico	31.387.725	46,9
Insulinas, antidiabéticos orales y material	9.273.929	

Fármacos (cardiovasculares, antidepresivos, gastrointestinales, antibióticos, hipolipemiantes y otros)	21.761.888	
Análisis y otras pruebas complementarias	351.908	
Total	66.841.286	100

4. Salud Mental

11.1. Situación epidemiológica

Los patrones epidemiológicos de riesgo y vulnerabilidad para la salud mental en Canarias son similares a los encontrados en los países industrializados de nuestro entorno europeo y del resto de las comunidades autónomas que integran el Estado Español. Con la idea de situar el problema, se presenta a continuación una serie de indicadores tomados de los estudios realizados en nuestra Comunidad, y principalmente de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, enriquecidos con los datos aportados por otras fuentes epidemiológicas.

En Canarias, una de cada cuatro personas está en riesgo de padecer un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo este ratio superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Esto supone que aproximadamente unas 398.000 personas están en riesgo. La prevalencia de las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias es del 24,82% y los estudios realizados en otras comunidades muestran tasas de prevalencia similares.

Con el objetivo de actualizar los datos de prevalencia de trastornos mentales en Canarias, la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 dedicó un grupo de preguntas a este tipo de enfermedades. Para ello se utilizó el GHQ de 12 ítems, que es un instrumento autoadministrado que ha sido utilizado tanto a nivel nacional como internacional, para detectar pacientes afectados de trastornos psiquiátricos no psicóticos, demostrando ser un buen instrumento para este tipo de estudio. Los datos obtenidos nos permitieron conocer la situación en cada una de las siete islas, así como contrastarlos con los encontrados en otras comunidades. En la Tabla 13 se recogen los datos en porcentajes sobre la existencia de patología mental.

Tabla 13. Prevalencia de trastornos mentales en Canarias, corregidas según la validez del instrumento (GHQ-12). 1997

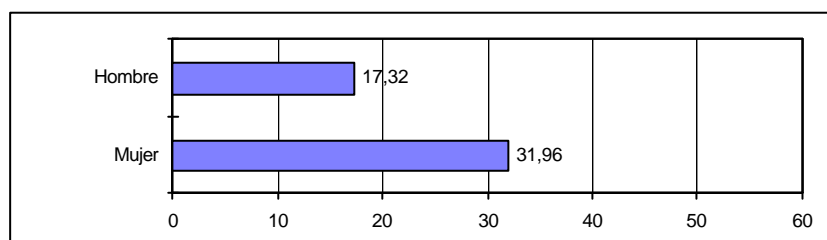
Áreas de salud	Prevalencia (%)
Lanzarote	31,42
Gran Canaria	29,28
Canarias	24,82
La Gomera	23,39
El Hierro	23,39
Tenerife	22,8
Fuerteventura	16,78
La Palma	15,17

Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Hace 6 años los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, destacaron un mayor riesgo de padecer trastornos mentales en la población de islas como Gran Canaria y Lanzarote, mientras que la población de La Palma y Fuerteventura son las de menor riesgo. Estos datos podrían estar en relación con los estilos de vida y los cambios sociales y económicos ocurridos en los últimos tiempos

Con respecto a posibles factores de riesgo, el estudio tuvo en cuenta, entre otras variables, el género, la edad y el estado civil. En los tres gráficos siguientes se resumen los datos para cada una de las variables demográficas mencionadas.

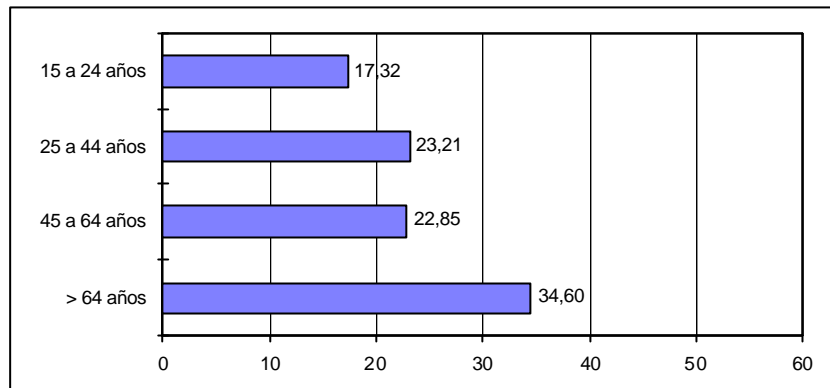
Gráfico 18 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según género. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Al igual que en los países de nuestro entorno, la mujer tiene un mayor riesgo de padecer un trastorno mental y/o a ser más proclive a la expresión de sus síntomas emocionales.

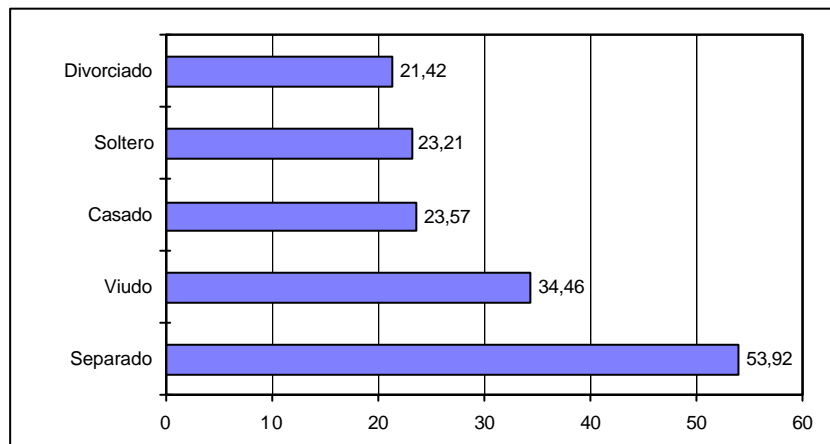
Gráfico 19 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según edad. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

También confirmamos un incremento de riesgo a padecer un trastorno mental en las personas mayores, al igual que en el resto de estudios de otras comunidades autónomas, y que hacen del colectivo de nuestros mayores, el más sensible a estos trastornos.

Gráfico 20 - Prevalencia (%) de trastornos mentales en Canarias, según estado civil. 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

En resumen, los datos correspondientes a nuestra Comunidad están dentro de los rangos encontrados en otras comunidades, mostrando también similares condiciones y poblaciones de riesgo (jóvenes y mayores, mujer, urbano, estado civil producto de alguna crisis y nivel socioeconómico bajo).

De las patologías mentales, la esquizofrenia, por su gravedad y persistencia, es una de las más importantes, estimándose que, de la población actual en Canarias, unas doce mil personas desarrollarán algún tipo de esquizofrenia a lo largo de su vida. La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en nuestra Comunidad se sitúa en un

8,1 x 10³ habitantes, siendo similar a la encontrada en otros estudios europeos. La sintomatología depresiva y ansiosa, se encuentra presente en un 25% de la población general, constituyendo uno de los principales problemas de salud por los que se acude a los centros de Atención Primaria.

Hasta hace poco, la incidencia de trastorno mental identificado en Atención Primaria podía parecer baja, sin embargo se señalaba que el 75% de los trastornos mentales eran experimentados por el paciente en un primer momento como padecimientos físicos, siendo diagnosticados y tratados como tales. Actualmente, y entre otras causas, por una mayor accesibilidad de los recursos de salud mental así como la mejor identificación de los mismos en el nivel de Atención Primaria, este porcentaje está disminuyendo y a la población le resulta más fácil reconocer un trastorno mental desde el principio. A esto contribuye también un clima de mayor tolerancia y aceptación social de estas enfermedades.

11.2. Grupos de riesgo: niños, adolescentes y mayores

Factores o situaciones como la edad, el género, el medio urbano, el estado civil, el nivel socioeconómico bajo, la marginación, el alcoholismo y otras toxicomanías, pueden favorecer la aparición y en ocasiones agravar la presencia de un trastorno mental. Los grupos de población más vulnerables a estos factores son los niños y los adolescentes, asociándose a menudo en los jóvenes con fenómenos como el alcoholismo, otras toxicomanías y la violencia.

En Canarias existen 303.586 menores de 14 años. Según estudios internacionales, el 6% de la población infantil en países similares al nuestro necesita algún tipo de intervención institucional específica (asistencial, educativa, sanitaria y/o nutricional). Las condiciones de marginación social, de desarticulación familiar y de pobreza grave constituyen factores que favorecen, entre otras, los malos tratos físicos y/o psicológicos en la infancia.

Otro grupo importante de riesgo es la población mayor, donde se asocian factores tales como pérdida de trabajo, muerte del cónyuge, discapacidades físicas y psíquicas, lo cual da lugar a que la prevalencia de problemas mentales sea mayor que en otros tramos de edad. Por encima de los 65 y los 80 años se incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental en un 10% y un 40% respectivamente, tal y como hemos podido confirmar en la Encuesta de Salud de Canarias.

11.3. Enfermedad mental y lugar de trabajo

La enfermedad mental es una de las principales causas de baja laboral en colectivos estratégicos en los Servicios Públicos como médicos y educadores. Por otra parte el trabajo aporta al individuo, no sólo contraprestaciones económicas, sino también otras muchas de orden individual, familiar y social, como autoestima, reconocimiento, marco de relaciones, etc., que siempre deben tenerse en cuenta a la hora de la indicación de una incapacidad laboral transitoria o definitiva.

11.4. Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico generado al Servicio Canario de Salud en 2002 por los psicofármacos fue de 39,49 millones de euros. Constituye uno de los grupos de fármacos más dispensados. No obstante, los nuevos antipsicóticos, fármacos específicos para los pacientes con esquizofrenia, están experimentando un incremento notable en su representación económica para los Servicios Sanitarios Públicos, dado que son mejor tolerados por los pacientes y su elevado precio frente a los antiguos.

11.5. Dispositivos asistenciales y actividad

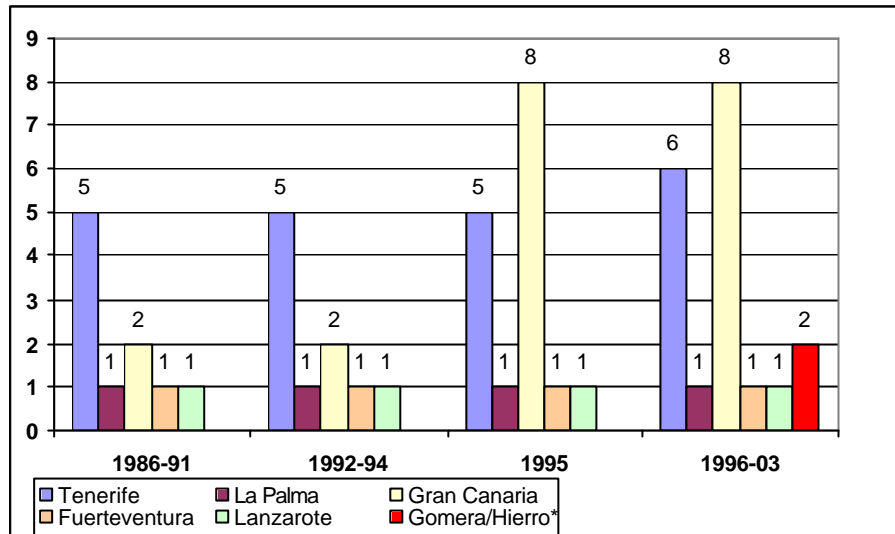
En lo que se refiere a morbilidad asistida, habría que tener en cuenta las cifras referidas al volumen de personas atendidas tanto en el nivel de Atención Primaria (Médico de Familia y Médico de Cabecera) como en el Especializada, al que pertenece la red de dispositivos asistenciales a los trastornos mentales (U.S.M.C., Unidades de Internamiento Breve, Unidades de Rehabilitación Activa, etc.). Antes de pasar a exponer los datos disponibles pertenecientes a los dispositivos especializados de Salud Mental, hay que hacer notar la existencia de un registro unificado de casos actualmente operativo en Gran Canaria en fase de pilotaje, aunque siguen funcionando registros parciales que nos permiten acercarnos más a la realidad. Algunos hospitales están terminando de instalar el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.), que ya ha superado la fase de diseño y homologación, fundamentalmente en el Área de Salud de Gran Canaria, por ser donde la red asistencial está más desarrollada. También es de destacar que no se dispone de datos acumulados para toda la Comunidad, excepto para los ingresos en Unidades de Internamiento Breve, a través de un estudio realizado desde la Dirección General de Programas Asistenciales.

A nivel extrahospitalario, las Unidades de Salud Mental Comunitarias (U.S.M.C.) representan el dispositivo sanitario especializado de consulta externa que toma a su

cargo de manera genérica los casos derivados por los equipos de Atención Primaria, además del seguimiento de pacientes crónicos ya identificados y de los pacientes de alta de las Unidades de Internamiento Breve (U.I.B.) La evolución de las Unidades de Salud Mental en el período 1986 a 2001 se muestra en el Gráfico 21.

Observamos que el número de Unidades de Salud Mental en el Área de Salud de Gran Canaria, sufrió un importante incremento de 1994 a 1995, pasando de dos a ocho, gracias al convenio firmado por el Servicio Canario de Salud y el Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria. En el resto de las áreas el número de dispositivos no ha variado sustancialmente, con la excepción de Tenerife en donde se ha incrementado en una Unidad, también debido a la creación del Consorcio Sanitario, ente que integra al Servicio Canario de Salud y al Cabildo de Tenerife. Sin embargo sí está variando sustancialmente el número de profesionales que integran las U.S.M.C. en el sentido de ir aumentando su dotación de recursos humanos, hasta lograr ratios equitativos en todas las islas; estos incrementos se están haciendo en parte con la ampliación de las USMC a través de consultorios periféricos dotados de un psiquiatra, un psicólogo y una enfermera dependiente de su USMC de referencia y en parte mejorando la dotación de recursos humanos en las USMC base.

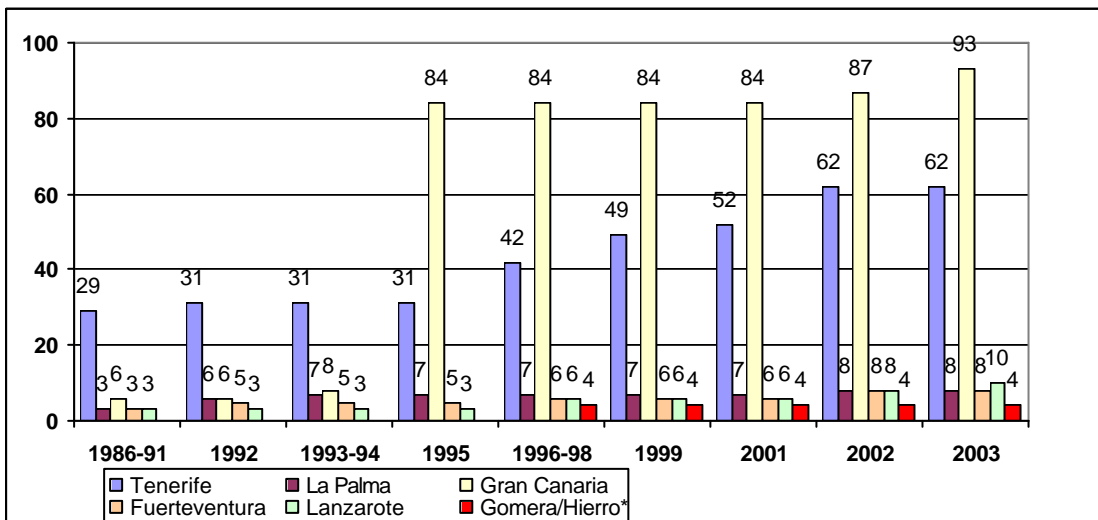
Gráfico 21 - Evolución del número de Unidades de Salud Mental. Canarias, 1986 a 2003



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En relación a los recursos humanos de las Unidades de Salud Mental, como se ve en el Gráfico 22, ha habido un aumento en todas las áreas, destacando igualmente los de Gran Canaria en virtud del Convenio referido anteriormente, así como en el área de Tenerife.

Gráfico 22 - Evolución de recursos humanos en las Unidades de Salud Mental. Canarias, 1986 a 2003

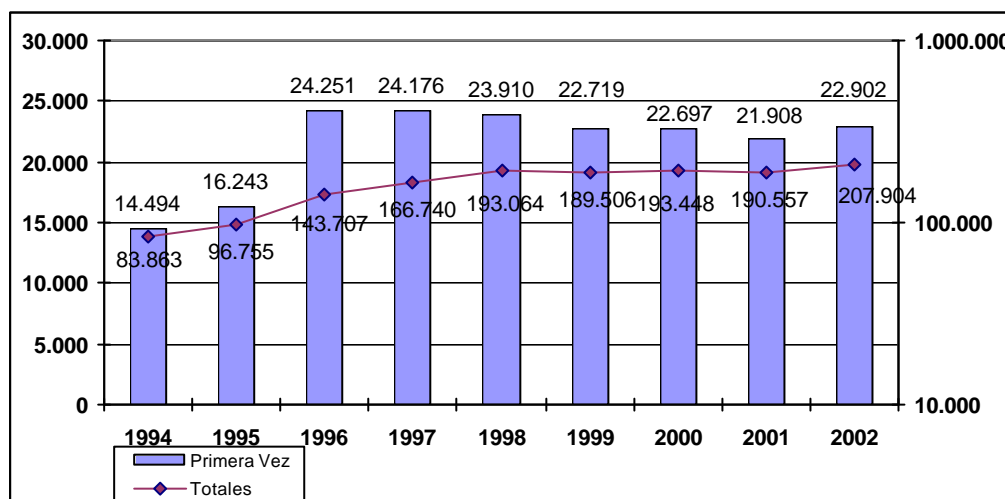


Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Con respecto a la actividad asistencial realizada en las Unidades de Salud Mental, el Gráfico 23 muestra un incremento sostenido de las consultas totales hasta

1998, y una cierta tendencia a la estabilización en los últimos años e incluso disminución de las primeras consultas, lo cual apunta a una consolidación del modelo de atención comunitario, al menos en las áreas de salud donde se ha podido implantar de forma más completa. No obstante, las listas de espera y los tiempos de dedicación por paciente recomiendan el incremento de recursos humanos, sobre todo en las zonas de mayor crecimiento demográfico.

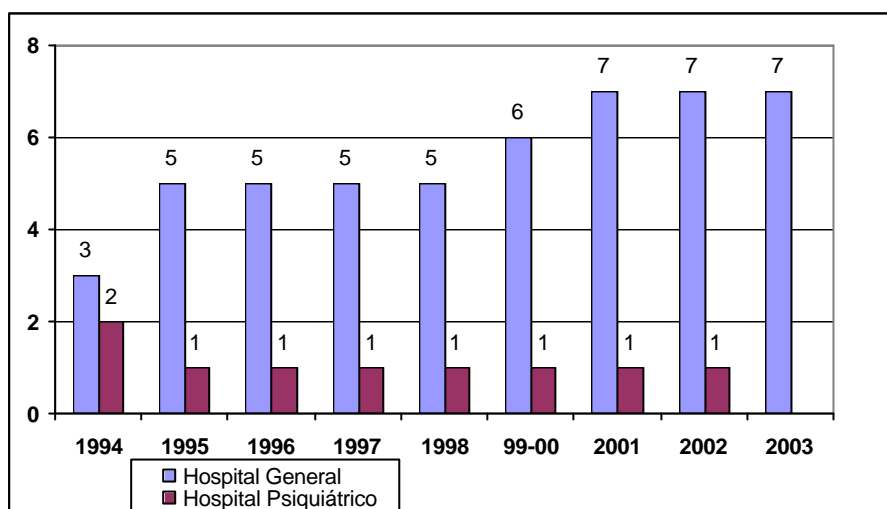
Gráfico 23 - Evolución de consultas en las Unidades de Salud Mental (primera y totales). Canarias, 1994 a 2002



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

A nivel hospitalario, la evolución de las Unidades de Internamiento Breve se muestra en el Gráfico 24, donde vemos que el aumento es a expensas de dispositivos ubicados en Hospitales Generales. Actualmente, y con la apertura en 2001 de la Unidad de Agudos del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria con 30 camas, así como la remodelación de la Unidad de Agudos de Fuerteventura, se ha completado la red de hospitalización. En marzo de 2004, las 25 camas de agudos que permanecían en el Hospital Psiquiátrico pasaron a ser de estancias intermedias (subagudos), con lo que se completó el proceso de traslado de camas para pacientes agudos desde los Hospitales Psiquiátricos a los Hospitales Generales.

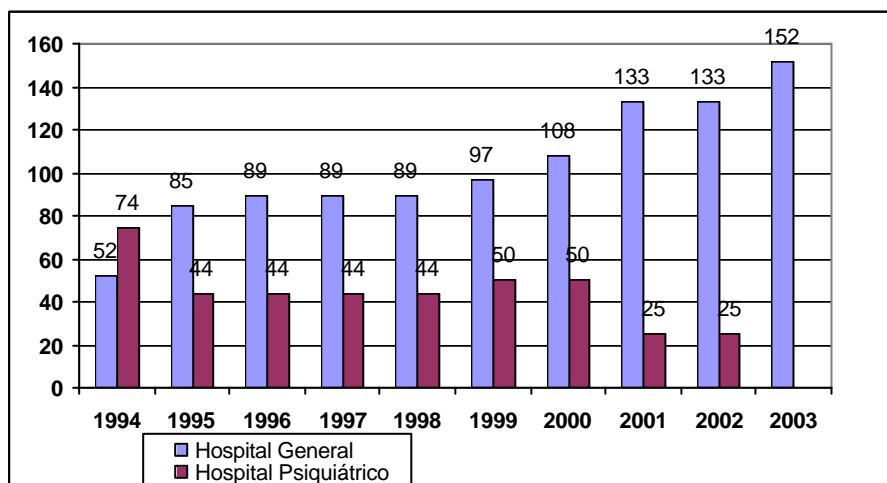
Gráfico 24. Evolución del número de Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2003



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Con respecto a las camas, en el Gráfico 25, observamos también un incremento de las mismas, que se produce a expensas de las camas en Hospitales Generales.

Gráfico 25 - Evolución del número de camas en Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2003

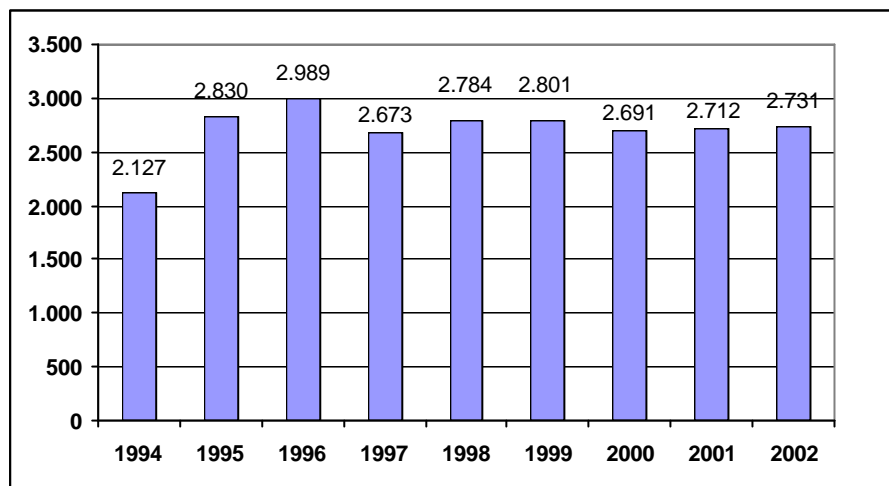


Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

La actividad asistencial, medida en función de los ingresos y las estancias se muestra en el Gráfico 26 y el Gráfico 27, para el período 1994 a 2002. En ellos observamos que desde 1998 hay una tendencia a la estabilización. No obstante el perfil de los pacientes que se ingresan, así como las estancias medias aconsejan el desarrollo de dispositivos “intermedios” versus “subagudos”, vinculados a las Unidades

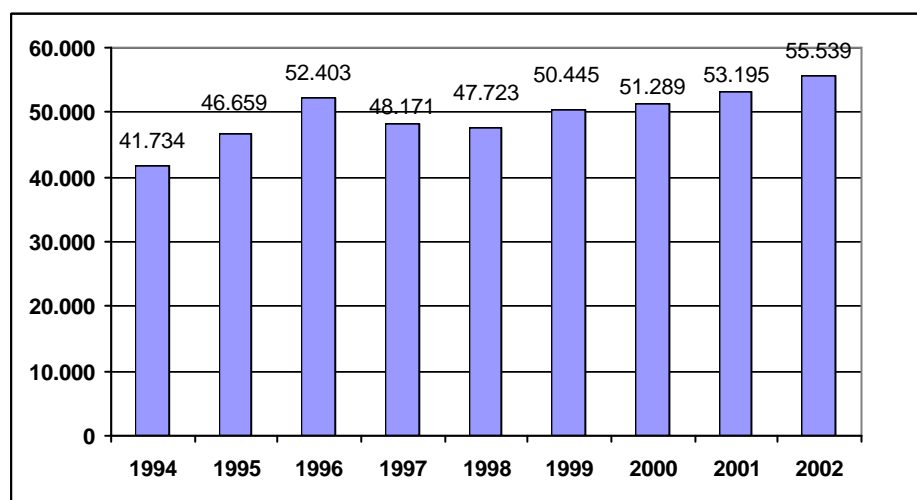
de Rehabilitación Activa (URA) para pacientes en los que los programas terapéuticos a desarrollar necesitan una estancia superior a las de las UIB, e inferior a las de las URA.

Gráfico 26 - Evolución del número de ingresos en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2002



Fuente: - Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Gráfico 27 - Evolución del número de estancias en las Unidades de Internamiento Breve. Canarias, 1994 a 2002



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Con objeto de analizar en detalle los ingresos en Unidades de Internamiento Breve, así como las causas que los producen, el Servicio de Salud Mental, de la Dirección General de Programas Asistenciales, llevó a cabo un estudio en donde se analizaron todos los ingresos ocurridos en las cinco Unidades de Internamiento Breve de Canarias durante los años 1995 a 1997, observando los siguientes resultados:

La evolución de los ingresos en todas las Unidades de Internamiento Breve de Canarias durante los años 1995 a 1997, mostró que la psicosis esquizofrénica generaba una media de 42,6% de los mismos (Tabla 14). En contrapartida, de las patologías atendidas por las Unidades de Salud Mental Comunitaria, son los trastornos del humor y los neuróticos los que constituyen la primera causa de consulta.

Tabla 14. Ingresos y estancia media por categoría diagnóstica. Canarias, 1995 a 1997

Diagnóstico (OMS CIE-10)	1995		1996		1997	
	% Ingreso	Estancia media	% Ingreso	Estancia media	% Ingreso	Estancia media
Esquizofrenia y otros	44,9	28,3	41,1	29,7	41,8	28,3
Trastornos del Humor	18,7	24,2	20,9	24,5	18,1	25,8
T. M. y del comportamiento por consumo de psicotropos	12,5	11,6	11,6	14,3	13,5	13,6
Trastornos de la Personalidad	6,3	19,1	7,6	16,6	9,5	18,3
Trastornos Neuróticos	7,8	16,9	7,7	18,3	6,0	18,6
Otros	3,4	15,2	4,5	14,5	4,4	14,4
Trastornos mentales orgánicos	3,5	27,2	3,8	24,5	2,8	23,4
Retraso Mental	2,1	29,0	1,7	23,1	2,5	27,1
Trastornos del Comportamiento	0,7	36,9	1,0	39,4	1,0	63,9
Trastornos del desarrollo	0,1	6,0	0,1	24,8	0,2	13,4
Trastornos del comportamiento infantil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	7,3

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En la Tabla 14 se muestran también los datos de estancia media y porcentajes de ingresos, para su análisis conjunto. El diagnóstico que genera una estancia media más alta corresponde a los trastornos del comportamiento (63,9), pero que influye muy poco globalmente puesto que tiene un peso muy bajo en cuanto a frecuencia de diagnóstico (1%). La estancia media generada por el diagnóstico de esquizofrenia es la segunda más alta (28,3), y coincide con el diagnóstico más frecuente.

Las tasas de ingreso por psicosis esquizofrénica son las que alcanzan el nivel más alto, y con una tendencia ascendente durante el período estudiado. Le siguen en frecuencia los trastornos del humor y los trastornos del comportamiento por consumo de psicotropos (Tabla 15).

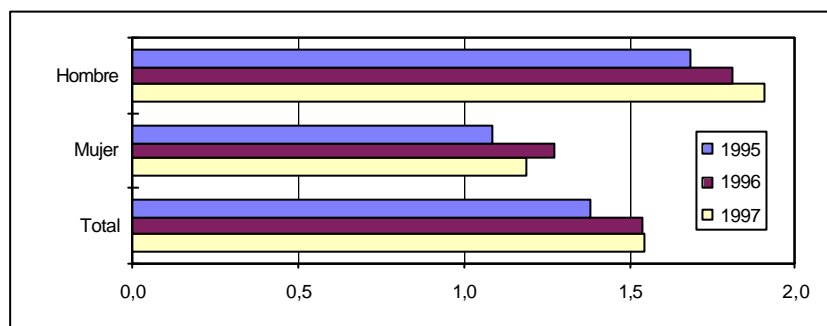
Tabla 15. Ingresos por categoría diagnóstica (tasas de ingreso por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997

Diagnóstico (OMS CIE-10)	1995	1996	1997
Esquizofrenia y otros	0,619	0,632	0,644
Trastornos del Humor	0,258	0,321	0,279
T. M. y del comportamiento por consumo de psicotropos	0,172	0,179	0,209
Trastornos de la Personalidad	0,087	0,117	0,146
Trastornos Neuróticos	0,107	0,118	0,092
Otros	0,047	0,069	0,067
Trastornos mentales orgánicos	0,047	0,058	0,044
Retraso Mental	0,029	0,027	0,038
Trastornos del Comportamiento	0,010	0,016	0,015
Trastornos del desarrollo	0,002	0,001	0,004
Trastornos del comportamiento infantil	0	0	0,002

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

La tasa de ingreso en los varones es sensiblemente superior a la de las mujeres, y con tendencia ascendente.

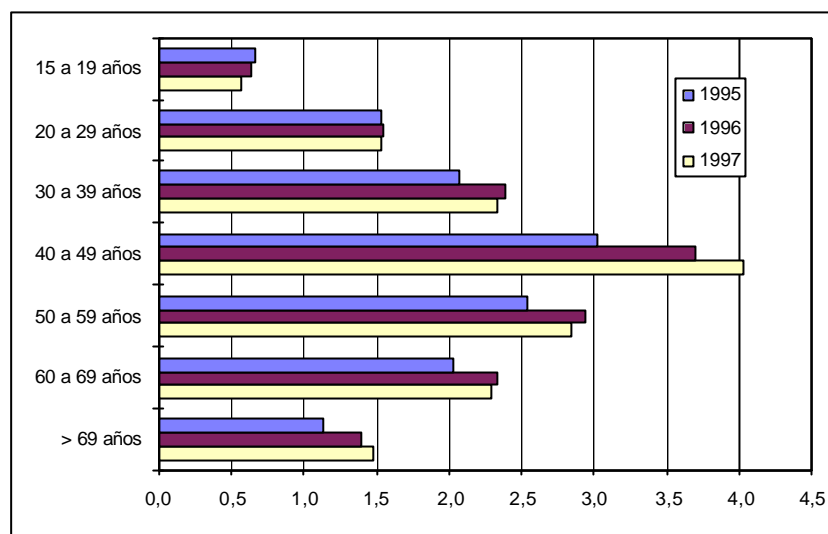
Gráfico 28 - Tasas de ingreso por géneros (por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Por grupos de edad, el grupo de 40 a 49 años es el que presenta tasas más altas incrementándose ésta en el período estudiado.

Gráfico 29 - Tasas de ingreso por grupos de edad (por mil habitantes y año). Canarias, 1995 a 1997



Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

11.6. Estrategias actuales y su proyección de futuro

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias (U.S.M.C.) tendrán que ir incrementando su participación en el tratamiento de las patologías psicóticas y delegando en el nivel de Atención Primaria la detección y tratamiento de los trastornos neuróticos, siempre y cuando el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica desde las Instituciones hacia la comunidad continúe y vaya acompañado de la correspondiente sectorización de la población a atender y el desplazamiento de los recursos desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, siendo especialmente sensibles en la dotación de recursos con las zonas de mayor desarrollo demográfico.

La formación continuada en el campo de los trastornos mentales a los profesionales de Atención Primaria por parte de los profesionales de las U.S.M.C. y las visitas domiciliarias dentro de los programas de seguimiento en la comunidad son, entre otras, algunas de las claves de esta necesaria transformación de los recursos existentes.

Las Unidades de Internamiento Breve (U.I.B.) para pacientes con trastornos mentales agudos que están ubicadas ya (marzo 2003) en Hospitales Generales, garantizan una atención al enfermo mental en igualdad de condiciones que cualquier otro enfermo agudo con otras patologías, permitiendo además una atención sanitaria completa física y psíquica cuando acuden a los servicios de Urgencias de dichos

Hospitales Generales. Estas U.I.B. deben ocuparse sólo de aquellos casos graves en donde no fuera posible la contención comunitaria en las Unidades de Salud Mental, con las que deben trabajar en estrecha relación, garantizando la continuidad de cuidados.

La atención a los problemas de la salud mental de la infancia y la adolescencia, debe ser reforzada, atendiendo a los resultados del estudio Delphi realizado a más de 60 expertos que se ocupan desde los distintos sectores implicados en la atención de la población infanto-juvenil de nuestra Comunidad Autónoma. Conforme a las recomendaciones de esta consulta, en los próximos años, se implantarán programas de formación específica en psicopatología infantil para los profesionales de los dispositivos de Salud Mental, y se crearán estructuras estables de coordinación entre los sectores implicados en la atención a la infancia y la juventud (profesores, pediatras, equipos específicos de educación, servicios sociales, etc.). Esto redundará en una asistencia de mayor calidad para nuestros menores, proporcionada por los profesionales de los equipos de Salud Mental. Como consecuencia de lo anterior, deberán existir de forma generalizada protocolos que garanticen una atención integrada y coordinada para los sectores de esta población con mayor riesgo, respaldados por profesionales con formación específica. De aquí surge el segundo objetivo general de este Plan de Salud.

Con el objeto de mejorar el desarrollo y promoción de una red de apoyo social y comunitario para el seguimiento de los enfermos mentales crónicos se aprobó el Decreto 83/1998, de 28 de mayo, a propuesta de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental, de la cual depende, la constitución y seguimiento de los C.I.R.P.A.C. (Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario para enfermos mentales crónicos), en el que están representadas todas las administraciones con recursos en esta materia, desde el Servicio Canario de Salud hasta las ONGs, pasando por los Cabildos, los Municipios, la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, la Dirección General de Servicios Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Sólo desde el desarrollo coordinado y la complementación de recursos sanitarios y sociales es posible despejar para el futuro la incógnita de la institucionalización del enfermo mental, exponente del fracaso de la contención comunitaria allí donde estos recursos intermedios no se han desarrollado. Todos estos C.I.R.P.A.C. ya se han constituido. Incluso alguno de ellos, como el de Gran Canaria, dispone ya de una monitorización de la población de enfermos mentales crónicos atendidos en los recursos públicos y se está elaborando una propuesta de cuáles son sus necesidades de tipo sociosanitario más inmediatas. Actualmente los

Programas de Atención Sociosanitaria – área de discapacitados y área de mayores – aprobados por el gobierno, refuerzan y garantizan el desarrollo de estos recursos para personas con enfermedad mental.

La formación especializada postgrado en Psiquiatría y Salud Mental está experimentando una mejora sustancial en sintonía con la nueva normativa (la especialidad de Psicología Clínica y la de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental). Así, hemos pasado de formar 1 MIR (Médico Interno Residente) de Psiquiatría al año en el H.U.C. de Tenerife hasta hace 6 años y para toda Canarias, a disponer, en la actualidad, de 2 unidades docentes acreditadas de Psiquiatría y Salud Mental, con capacidad y financiación para formar a 14 técnicos por año; 7 en Las Palmas y 7 en Tenerife, distribuidos, de forma equitativa: 2 psiquiatras, 2 psicólogos y 10 enfermeros especializados; además de la formación que se viene dando ya a los médicos de familia y neurólogos en formación MIR. Actualmente se estudia su incremento con nuevas Unidades Docentes o ampliación de las existentes. Actualmente (mayo 2003) están acreditadas tres plazas MIR y dos PIR en Gran Canaria y tres MIR y una PIR en Tenerife por año.

Resulta también imprescindible contar con un aumento del nivel de información y formación sobre los trastornos mentales de mayor presencia en la población, especialmente en los que los padecen y sus familiares; en este sentido el Servicio Canario de Salud ha iniciado la publicación y distribución de una serie de boletines de información a usuarios con la autorización del Royal College of Psychiatrists, reforzada este año con una segunda edición de cien mil ejemplares. El propósito de esta serie es ayudar a formar una nueva actitud en la población canaria hacia las diversas formas de presentación de la enfermedad mental. Con la información contenida en dichos folletos se pretende que tanto los pacientes como los familiares, educadores, profesionales sanitarios y público en general dispongan de los conocimientos necesarios sobre la enfermedad mental que les permitan percibirla, enjuiciarla, valorarla, así como comportarse con respecto a ella de un modo más adecuado, sin los temores ni vergüenzas del pasado. Evidentemente, ningún folleto puede sustituir a la consulta con el médico y si se precisa de información suplementaria o ayuda adicional debería acudir al médico de cabecera y solicitarla. El total de la serie consta de los siguientes títulos: Anorexia y Bulimia, Ansiedad y Fobias, Depresión, Depresión en el lugar de trabajo, Depresión en las personas mayores, Depresión postparto, Duelo, Fobias sociales, Problemas con el sueño y Sobrevivir a la adolescencia. Están en fase de publicación los folletos de Esquizofrenia y el Psicosis Maníacodepresiva.

De forma simultánea, el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.), completará su implantación en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, para lo cual se están dotando de soporte informático y apoyo administrativo en aquellas áreas donde todavía estos no existen. De esta forma, contaremos con un instrumento esencial que nos permitirá conocer y evaluar el funcionamiento de los recursos de la Red asistencial pública, a efectos de mejorar su dotación y optimizar su utilización.

Por último, y no por menos importante, la investigación en aspectos específicos de la Salud Mental en Canarias, se ha potenciado no sólo a través de las diferentes becas de FUNCIS (Fundación Canaria de Investigación para la Salud), sino también desde la propia Dirección General de Programas Asistenciales a través de cursos básicos itinerantes en metodología de la investigación a los profesionales de la red de dispositivos de Salud Mental, pretendiendo atender carencias formativas reclamadas por los propios profesionales. Estas iniciativas ayudan al desarrollo de una conciencia de gestión clínica en los profesionales, siendo el colectivo de los trabajadores públicos de la Salud Mental uno de los pioneros en esta tarea.

Finalmente, los escasos recursos aún dedicados a la rehabilitación de enfermos mentales crónicos (Unidades de Rehabilitación Activa, Hospitales de Día, Centros de Día, etc.) comienzan a adquirir un relevante protagonismo, que hará variar la distribución diagnóstica en los dispositivos asistenciales y permitirá mejorar el pronóstico de los nuevos enfermos mentales crónicos. En este sentido, en los últimos años se ha mejorado la situación de este tipo de recursos como se ve en la Tabla 16 y la Tabla 17, fundamentalmente a expensas de los Centros de Día, junto con la colaboración de otras Administraciones (Servicios Sociales, Ayuntamientos, ONGs...)

Tabla 16. Evolución de los recursos intermedios para la atención a enfermos mentales, por áreas de salud. Canarias, 1996 a 2002

	Centros de Día Nº (plazas)		Unidades de Noche Nº (camas)		Pisos Asistidos Nº (plazas)		Pensiones Tuteladas Nº (plazas)	
	1996	2002	1996	2002	1996	2002	1996	2002
Gran Canaria	1(40)	5 (150)	-	-	7 (27)	7 (28)	2 (12)	2 (15)
Tenerife	1 (45)	1 (52)	1(10)	1(10)	2 (10)	4 (21)	1 (6)	1 (6)
Lanzarote	-	1(65)	-	-	1 (5)	2 (10)	-	-
La Palma	-	2(60)	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2 (85)	9 (327)	1 (10)	1 (10)	10 (42)	13 (59)	3 (18)	3 (21)

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

En esta Tabla 17 no figuran todos los recursos dependientes de ONGs, debido a estar pendientes de su homologación al amparo del Programa de Atención Sociosanitaria Area de Discapacitados.

Tabla 17. Evolución de las camas para enfermos mentales crónicos, por áreas de salud. Canarias, 1994 a 2002

	Deficientes				Psicogerítricas				U.R.A.(**) Media y Larga Estancia			
	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
Gran Canaria (*)	66	65	66	60	85	77	85	70	138	139	129	133
Tenerife (*)	87	87	87	58	59	59	59	53	74	74	74	72
Lanzarote	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Palma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fuerteventura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
La Gomera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Hierro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	153	152	153	118	144	136	144	123	212	213	203	205

* Localizadas en los Hospitales Psiquiátricos

** Unidades de Rehabilitación Activa

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental

Los Programas Insulares para la Rehabilitación Psicosocial de los enfermos mentales crónicos (P.I.R.P.) a través de los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (C.I.R.P.A.C.), permitirán un desarrollo coordinado y complementario de los recursos intermedios (Tabla 16) para este colectivo de pacientes, garantizándoles un futuro de integración social y participación.

A lo largo del año 2002 se han ultimado 220 nuevas plazas de centros de día en el marco de los PIRP y del Programa de Atención Sociosanitaria Area de Discapacitados que se están abriendo a pacientes a lo largo de 2003 con la siguiente distribución: 180 en Tenerife, 90 en Gran Canaria, 30 en La Palma, 20 en Fuerteventura, 10 en La Gomera y 10 en El Hierro.

11.7.- Impacto económico

Los costes socioeconómicos totales (directos e indirectos) para los pacientes con trastornos mentales en Canarias durante 1998 fueron de 158,55 millones de euros. Los costes directos se elevaron a 55,71 millones de euros, lo que supone el 4,9 % del gasto sanitario en Canarias. Los costes directos se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 20,64 millones de euros; la Atención Primaria con

4,83 millones de euros, las consultas externas con 7,14 millones de euros y el coste farmacéutico con 23,10 millones de euros.

Los costes indirectos se elevaron a 102,84 millones de euros representando la partida más importante con un 65% del coste total. Al separar los costes indirectos en los tres subgrupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que éste último es el que ocasiona un coste mayor con 41,18 millones de euros, mientras que la mortalidad anticipada y el absentismo laboral ocasionan un coste de 35,76 y 25,89 millones de euros respectivamente. Asimismo, los 409 fallecidos produjeron 7.496 años de vida perdidos, 4.199 años de vida productivos perdidos. Los días de baja laboral ascendieron a 710.746.

A nivel hospitalario los trastornos mentales originan una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 3.618 altas hospitalarias (diagnóstico principal) en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 52.849 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 14,61 días.

5. Seguridad Vial y Laboral

12.1. Seguridad laboral. Concepto, incidencia y evolución reciente

Tanto el comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo como la Organización Mundial de la Salud, definen la salud ocupacional como aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, a la vez que prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas.

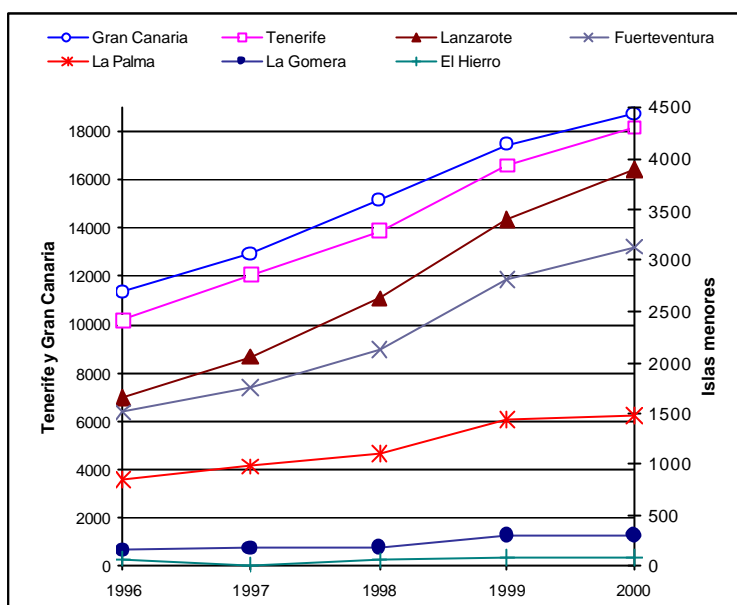
El total de accidentes relacionados con el trabajo a nivel nacional en el año 2001 fue de 1.812.507, lo que supone un aumento de nada menos que un 4.76 % con respecto al año anterior.

En el año 2000 el número de accidentes laborales con baja a nivel nacional fue de 935.772, lo que supuso un aumento del 7,7%. Con un índice de incidencia para los accidentes laborales con baja de 64,01.

Durante el mismo intervalo de tiempo el número de accidentes laborales con baja en Canarias en el año 2001 fue de 47.252, aumentando el 7,7 % con respecto al año anterior, en el que se produjeron 45.890 accidentes laborales.

El valor del índice de incidencia de nuestra Comunidad Autónoma fue de 73,77.

Gráfico 30. Accidentes laborales con baja en jornada de trabajo en Gran Canaria y Tenerife, 1996-2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

Si analizamos la evolución de la siniestralidad laboral desde 1996 a 2000, observamos que el número de accidentes laborales en Canarias ha ido en aumento en todas las islas, con un hallazgo de interés que sitúa a Fuerteventura por encima de los valores contabilizados en la isla de la Palma.

El mismo comportamiento ha mostrado la evolución de los accidentes *in itinere* en el conjunto del estado español 76.024, yendo o volviendo del trabajo, el número total se ha incrementado en un 6.8% con respecto al 2000.

En el año 2000 se han registrado en Canarias 3064 accidentes *in itinere*, lo que significa un incremento del 13,7 % con respecto al año anterior.

Gráfico 31. Accidentes laborales con baja "in itinere" en Canarias, 1996-2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

12.2. Gravedad de la siniestralidad laboral

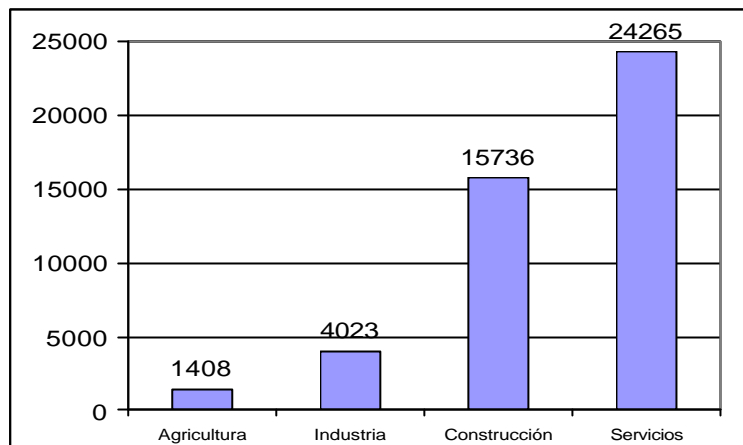
Si bien es cierto que, a nivel nacional, el número total de accidentes de trabajo en el año 2001 ha experimentado un incremento respecto al año anterior, afortunadamente, tenemos que destacar un descenso del 9.65 % en los accidentes con resultado de muerte en jornada de trabajo, no podemos decir lo mismo de las cifras de muertes *in itinere*, que siguen aumentando. Sin embargo en nuestro período de comparación entre el 1999 y 2000 los accidentes mortales habían aumentado, con una disminución de los *in itinere* como ocurre en nuestra Comunidad.

En Canarias por el contrario el número de accidentes mortales en el año 2000 ha aumentado en un 17,9 %. Estos han pasado de 39 en 1999 a 46, siendo el aumento mayor en la provincia de Tenerife. Mientras que los accidentes "in itinere" han disminuido en un 13 % en Canarias con respecto al año anterior.

En España los accidentes graves, 11.992, también experimentaron un incremento en el año 2001, en concreto del 5,57% más que el año anterior. El aumento de accidentes graves en Canarias ha sido de un 8,9% para el año 2000.

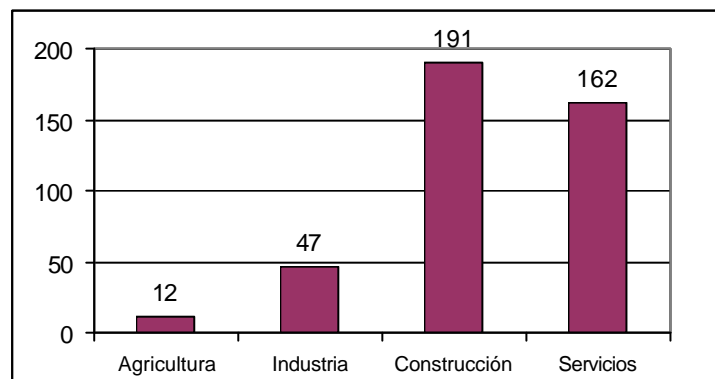
En lo que a la gravedad de los accidentes se refiere el mayor porcentaje de accidentes laborales que se produce son leves.

Gráfico 32. Accidentes laborales leves con baja en Canarias, año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

Gráfico 33. Accidentes laborales graves con baja en Canarias, año 2000



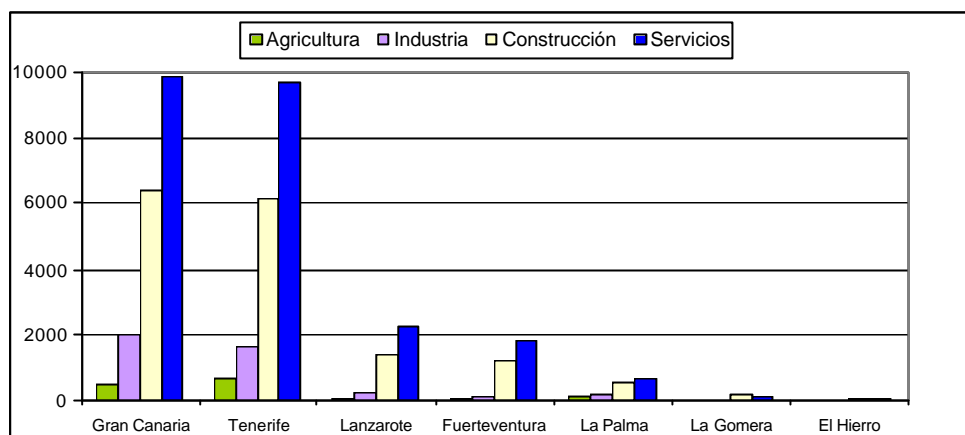
Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

12.3. Siniestralidad laboral según sector de actividad

En cuanto al desglose de los datos por sector de actividad, y refiriéndonos únicamente a los accidentes que requirieron baja laboral, a nivel nacional los accidentes muestran una disminución de en el ámbito agrario (- 6.74%) y en el industrial (- 1,91%) experimentando un marcado incremento el sector de la construcción (5.06 %) y en el de los servicios (5.1 %) en el año 2001.

El sector con mayor número de accidentes laborales en el año 2000 es en cada una las islas del archipiélago canario el de servicios, a excepción de la Gomera en el que es mayor el sector de la construcción.

Gráfico 34. Accidentes con baja en jornada de trabajo por sectores de actividad en Canarias, año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

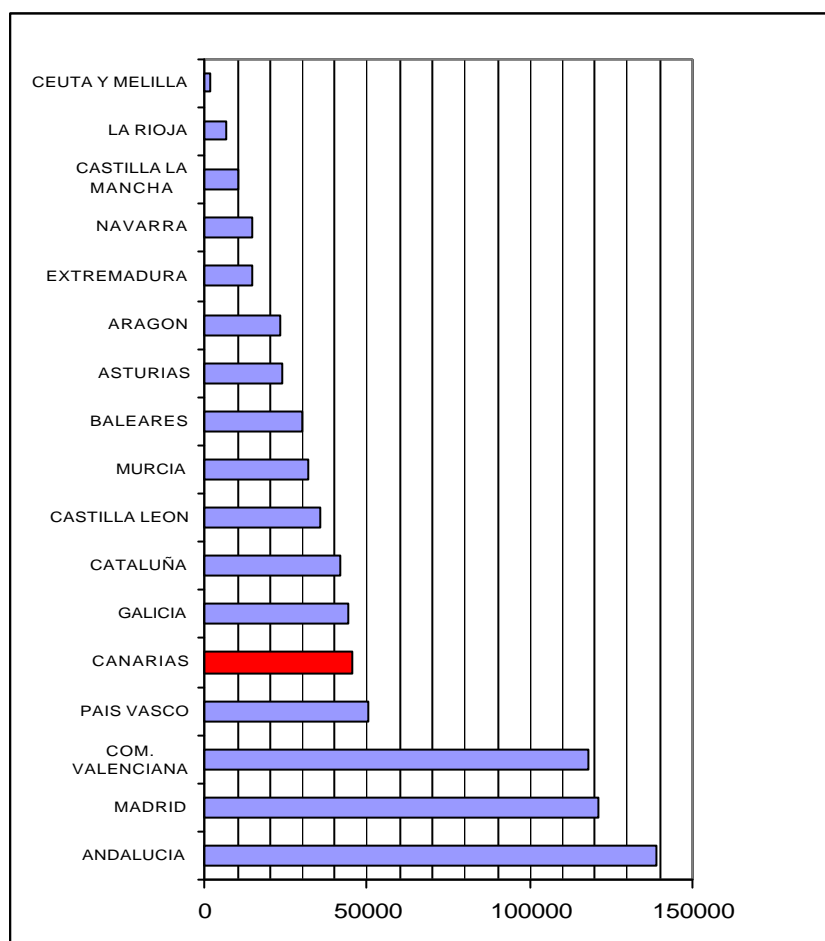
El incremento en Canarias en el año 2000 ha sido mayor para el sector de la construcción con un aumento del 15,5 %, en Servicios un 6,9 %, industria un 4,7%, y el sector agrícola es el único que ha disminuido en el 2000 un 15,6% con respecto al año 1999.

12.4. Comparación entre comunidades autónomas

Con relación a la incidencia de los accidentes laborales con baja por comunidades autónomas, se observa que prácticamente en todas ellas han experimentado incrementos, destacando Madrid, con un aumento del 11,4 % y Andalucía con el 11.1% con respecto al año 2000.

Sin embargo para el 2001 continúa destacando Madrid, con un aumento del 7.02 % (129.660) y Galicia, con el 6.41% con respecto al año 2000.

Gráfico 35. Accidentes laborales con baja por comunidades autónomas, año 2000.



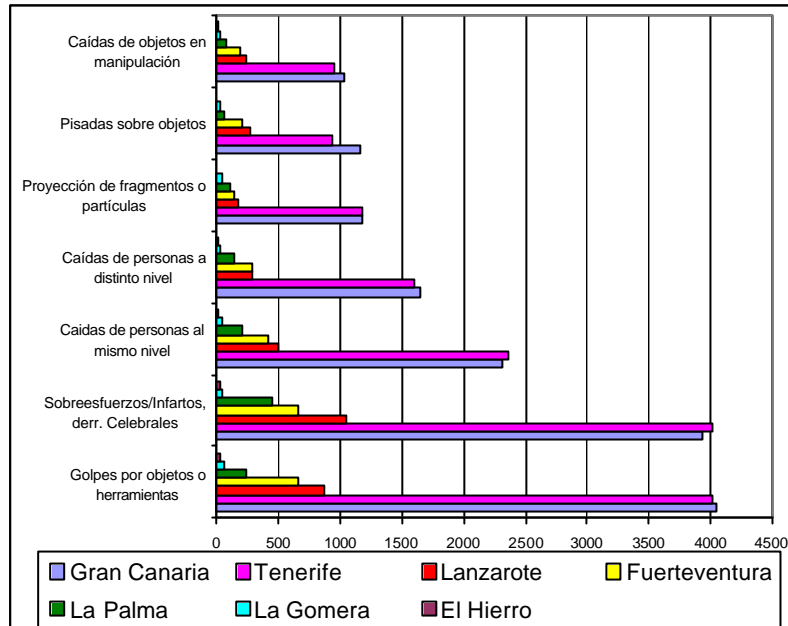
Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

12.5. Tipología y naturaleza de la siniestralidad laboral

Las tipologías de formas de accidentes más frecuente en el año 2000 en Canarias son los sobreesfuerzos/infartos, derrames cerebrales (el 22,80 % en Tenerife, 21,92% en Las Palmas); seguido de golpes por objetos o herramientas (21,86% en Tenerife, 21,66 % en Las Palmas).

En los accidentes con resultado de muerte, el mayor índice de incidencia se produce en el sector de la construcción. En Tenerife el 50% se producen por caídas a distinto nivel, en Las Palmas el 36,67% por sobreesfuerzos/infartos, derrames, representado las caídas de personas el 13,33 %.

Gráfico 36. Forma de accidentalidad laboral más frecuente por islas en el año 2000.



Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos de la Dirección General del Trabajo. Instituto Canario de Seguridad Laboral. Siniestralidad laboral Tenerife, Las Palmas 1996-2000.

La causa más frecuente de accidentes mortales son las lesiones múltiples, los infartos o derrames cerebrales. El tipo de lesión grave más frecuente las fracturas, y las leves los esguinces. No tenemos datos que nos permitan diferenciar el tipo de lesión más frecuente sin tener en cuenta los accidentes *in itinere*

La parte del cuerpo más frecuentemente lesionada en los accidentes laborales con baja son las extremidades distales, las manos y los pies.

El rango de edad en que se producen más frecuentemente accidentes laborales con baja está entre 25-34 años.

El mayor porcentaje de accidentes se produce el lunes, siguiéndole en frecuencia el martes y miércoles. Posiblemente porque en ocasiones los trabajadores se lesionan el fin de semana, pero no acuden al médico hasta el lunes, en el que se registraría el accidente.

En lo que respecta al horario de trabajo, las horas de mayor número de accidentes están entre las 10-12 horas, lo que coincide con el tiempo después del desayuno en el que el trabajador está más relajado.

12.6. Enfermedades Profesionales

Recientemente con la mejora de los sistemas de registro de enfermedades profesionales se observa un aumento notable de número de notificaciones, que han ascendido a 21.216 en el conjunto del estado español para el año 2001. Esta cifra supone un incremento del 18.80 % con respecto al año anterior.

El número de enfermedades profesionales notificadas en Canarias en el año 2000 fue de 309. De ellas, el mayor número se produjo en el sector servicios. Siendo las más frecuentes en la provincia de Las Palmas la lumbalgia y dermatitis de contacto. En Tenerife las más frecuentes correspondieron a dermatitis de contacto.

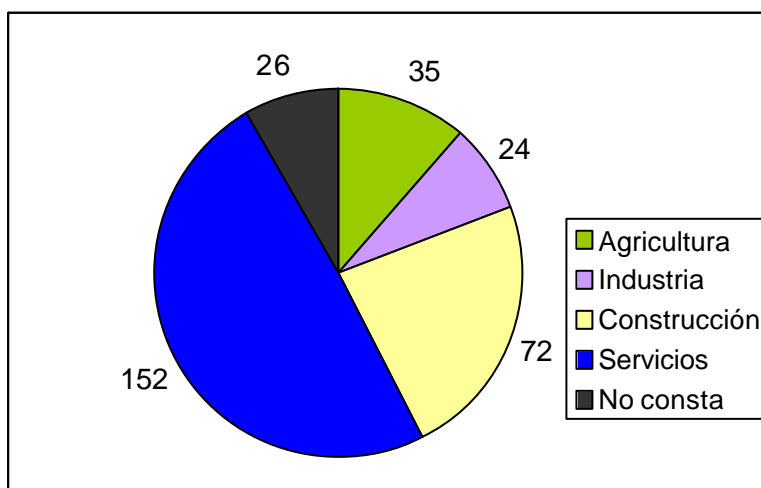
El mes en el que se producen el mayor número de enfermedades profesionales es en Enero. Y además el de más bajas. Coincide con el mes de mayor actividad en Canarias, por lo menos en lo que a sector servicios se refiere.

Las enfermedades profesionales son más frecuentes cuando se lleva más de 3 años contratado en la empresa.

El rango de edad en el que se producen un mayor número de enfermedades profesionales está entre los 35 y 44 años.

El mayor número de enfermedades profesionales se produjo en el sector servicios.

Gráfico 37. Enfermedades profesionales por sectores económicos en Canarias, año 2000



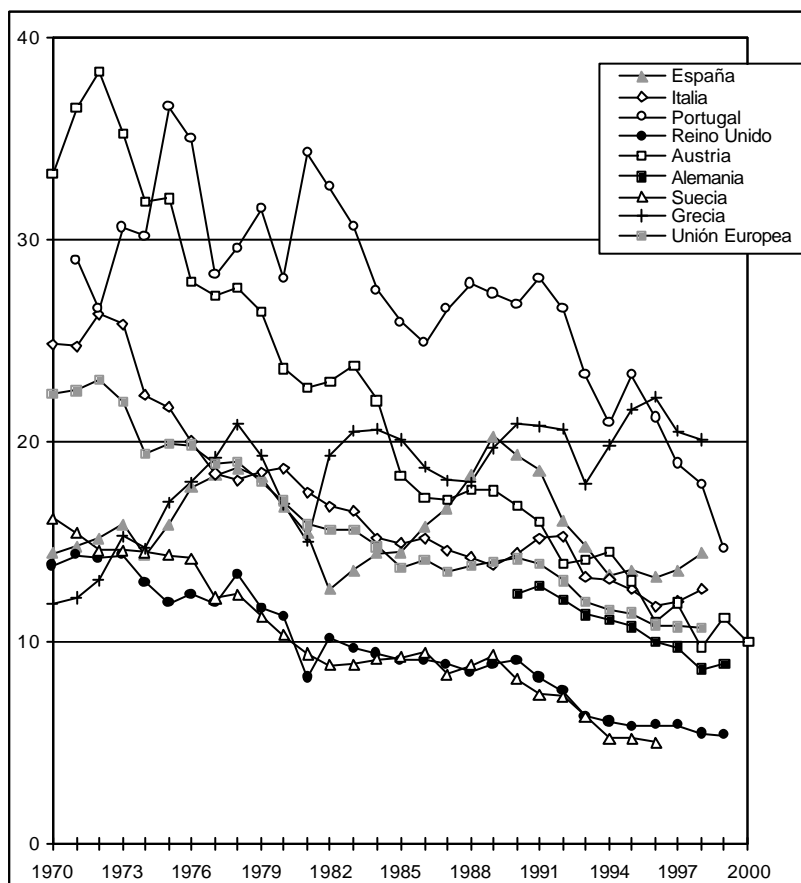
Fuente: Elaboración del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud, a partir de los datos del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de Salud.

12.7. Mortalidad por accidentes de tráfico

A la hora de ajustar las tasas a la población estándar europea, se ha decidido recoger las defunciones del Instituto Nacional de Estadística, pues aunque arrojan valores menores, nos permiten una homogeneidad en la visión comparativa según comunidades autónomas. Sin embargo, a la hora de mostrar el detalle para nuestro archipiélago, hemos preferido tener en cuenta los datos del Instituto Canario de Estadística, disponibles desde 1995, ya que suponen un mayor número de fallecimientos en la mayoría de los casos.

España se encuentra entre uno de los países europeos con tasas de mortalidad por accidentes de tráfico más elevadas, siendo superada en la actualidad por Portugal y Grecia. A partir de 1996 se aprecia un ascenso en la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en España.

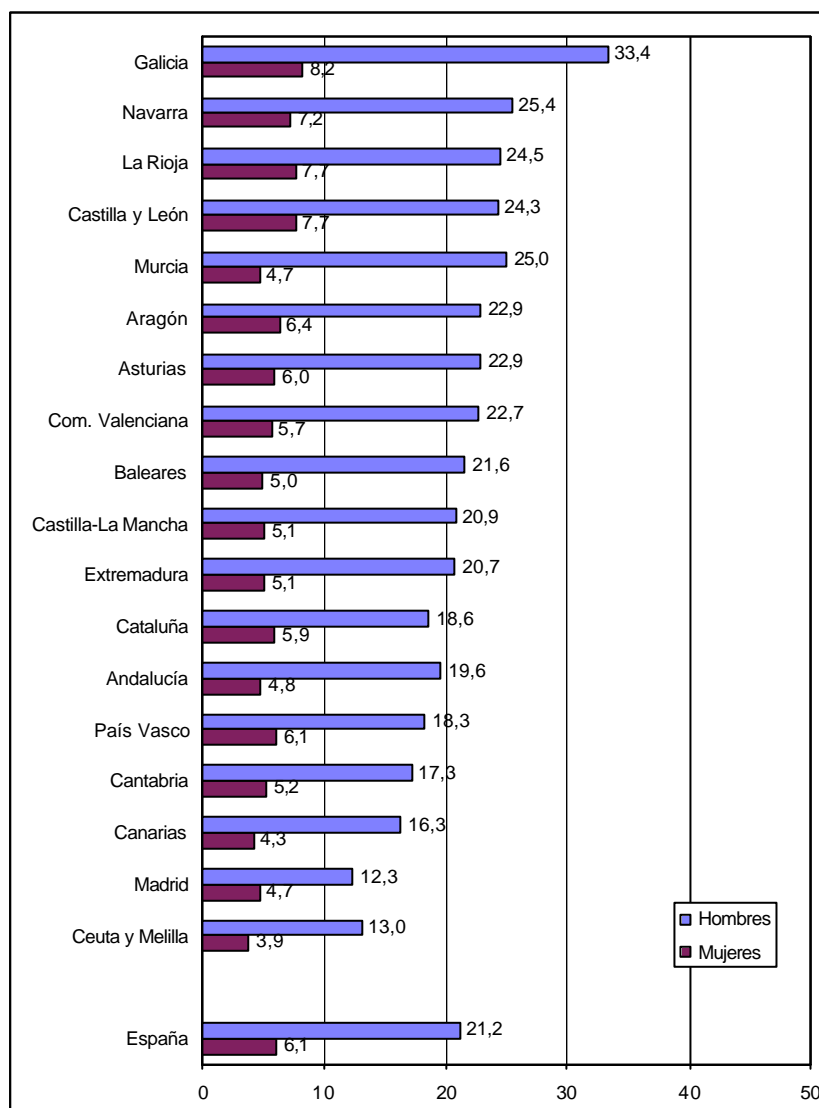
Gráfico 38. Evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor (por 10⁵ habitantes). Todas las edades. Países europeos, 1970 a 2000



Fuente: - WHO Regional Office for Europe: HFA Statistical Database

Si bien los accidentes de tráfico en Canarias son un importante problema de salud, al comparar las tasas ajustadas de mortalidad de nuestra Comunidad Autónoma con las del resto del país (Gráfico 39), comprobamos que Canarias ocupa las últimas posiciones, tanto en el caso de hombres como en el de las mujeres.

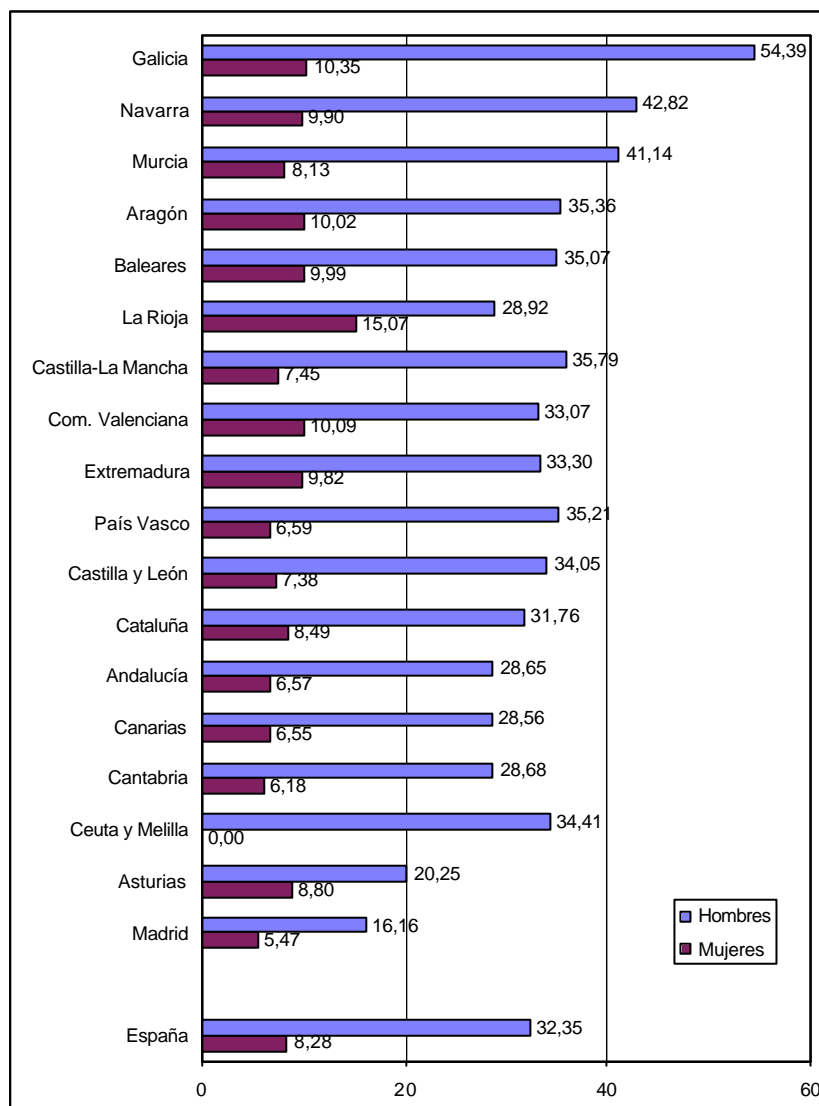
Gráfico 39. Tasas estandarizadas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor según género, por comunidades autónomas (por 10⁵ habitantes). España, 1994-1998



Fuentes: -INE: Defunciones según la causa de muerte 1994 a 1998
 -INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996

Canarias tiene también una tasa específica de mortalidad por accidentes de tráfico entre los 15 a 34 años baja en relación al país (Gráfico 40).

Gráfico 40. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor por 10⁵ habitantes de 15 a 34 años, según comunidades autónomas y género. España, 1998



Fuentes: -Instituto Nacional de Estadística: Defunciones según causa de muerte 1998
 -Área de Difusión a Medida del INE: Población de los Municipios Españoles. Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de mayo de 1996

En 1998 se registraron un total de 247 muertes por accidentes de tráfico, lo que supuso el 2,11% del total de fallecimientos de la Comunidad Autónoma en ese año. Por género, los hombres representaron un 1,66% frente a un 0,45% en las mujeres.

El análisis de las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en Canarias durante el período comprendido entre 1995-1998 ,muestra como los grupos de 15-24 años y el de 25 a 34 años son los que tienen unas tasas de mortalidad más elevadas, siendo la tendencia en los tres grupos al aumento. Cuando establecemos diferencias por géneros es claro que las tasas son mayores para los hombres, pero en las mujeres son las de entre 25-34 años las que tienen una tasa más elevada.

Los accidentes de tráfico ocasionan un total de 7736 años potenciales de vida perdidos en Canarias en el año 1998, lo que representa un 11,82 % del total de años potenciales de vida perdidos para ese año. De estos, 6289 corresponden a los hombres y 1447 a las mujeres.

Las tasas de mortalidad por áreas de salud muestran fluctuaciones importantes en algunas de ellas para los años considerados que nos inducen a sospechar problemas de registro. Considerando el período en su conjunto, las tasas más elevadas corresponden a las islas de Fuerteventura y Lanzarote, siendo en La Palma la tasa muy alta en el año 1996.

Tabla 18. Tasas brutas de mortalidad por accidentes de tráfico por 10⁵ habitantes, por áreas de salud. Canarias, 1996 a 1998

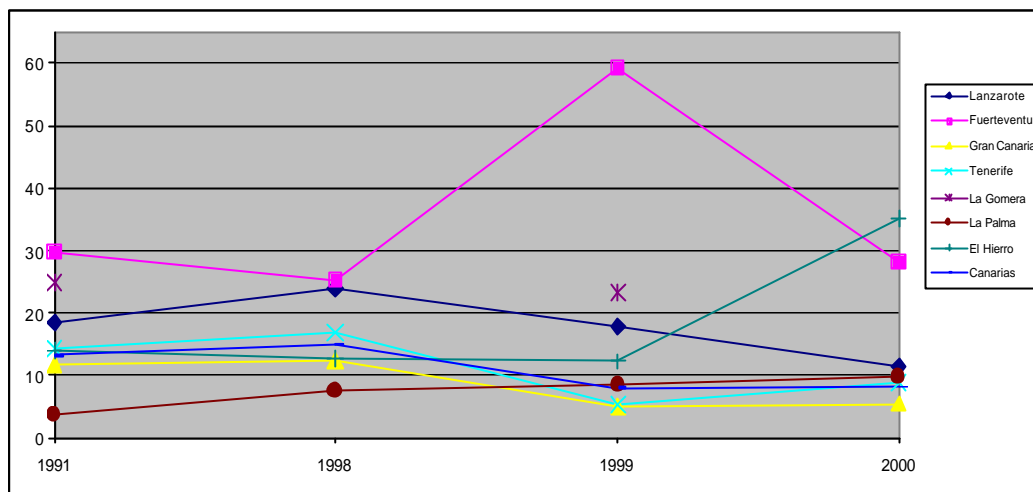
	1996		1997		1998	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Gran Canaria	83	11,63	60	8,31	90	12,46
Lanzarote	13	16,808	18	20,55	21	23,96
Fuerteventura	11	25,62	10	19,43	13	25,26
Tenerife	87	13,07	91	13,29	116	16,94
La Palma	9	23,520	8	5,89	6	7,47
La Gomera	1	11,04	1	9,96	0	0
El Hierro	1	11,99	0	0	1	12,69
CANARIAS	205	12,76	188	11,38	247	14,96

Fuente: Instituto Canario de Estadística. Dirección General de salud Pública del Servicio Canario de Salud. Defunciones, Canarias años 1996, 1997 y 1998

Si establecemos una comparación entre los años 91 y 2000 en Canarias vemos como la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico ha disminuido, siendo muy notable en 1999, con ligero aumento en el año 2000. En Tenerife, Lanzarote y Gran Canaria las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico han disminuido, aumentando

en las islas de La Palma y El Hierro. En Fuerteventura también tiende al descenso siendo muy llamativa la tasa del año 1999.

Gráfico 41. Tasas de mortalidad por accidentes de tráfico, por islas.

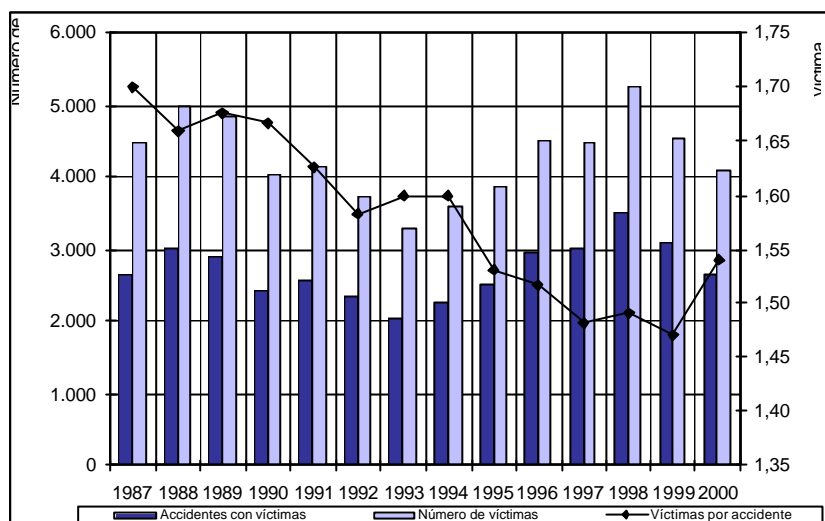


Fuente: - Población años 99 del ISTAC, 2000 del INE. Población de derecho.
- Defunciones por accidentes de tráfico de las comandancias de la guardia civil.

La siniestralidad viaria en ambas provincias se caracterizó desde 1980 a 1989 por un crecimiento constante en valores absolutos. Las medidas adoptadas por la Administración a la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Vial de 1989 y del Plan General de Carreteras, al que se unía la situación de crisis económica, motivaron un descenso de la misma en nuestro archipiélago pasando de 2.630 accidentes con 4.472 víctimas en 1987 a 2.251 accidentes con 3.599 víctimas en 1994 (Gráfico 41), las cifras de los años 1993 y 1994 de víctimas corresponden a fallecidos en el acto o dentro de los 30 días siguientes.

El número de víctimas (muertos y heridos) en accidentes de tráfico ha ido en aumento en Canarias hasta el 1998, momento en el que ha comenzado a descender. Sin embargo han aumentando el promedio de víctimas en cada accidente.

Gráfico 42. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, número de víctimas y víctimas por accidente. Canarias, 1987 a 2000



Fuente: -Dirección General de Tráfico. Boletines informativos de accidentes.

La accidentalidad por áreas de salud ha tendido al ascenso, con un aumento en el número de accidentes en el año 2000 que duplica los valores de 1994. El número de muertos en el conjunto de la Comunidad permanece estable durante este período, con comportamientos variables dependiendo de cada isla. Destacar no obstante el marcado incremento en el número absoluto de muertos que se produce en el 2000 en la isla de Tenerife. El número de heridos en la Comunidad ha descendido en un 23,36%.

Tabla 19. Accidentes y víctimas de tráfico de Canarias, por áreas de salud y año. 1994-2000

Nº de accidentes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	430	431	487	576	717	685	746
Lanzarote	130	169	229	197	227	214	239
Fuerteventura	57	135	90	123	186	253	243
Tenerife	788	804	726	587	1.383	510	1620
La Palma	101	150	119	110	208	83	282
La Gomera	25	15	16	29	38	44	52
El Hierro	11	7	3	6	6	18	28
Canarias	1.542	1.711	1.670	1.628	2.765	1.807	3.210

Muertos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	42	40	31	30	39	37	40
Lanzarote	11	9	9	9	15	16	11
Fuerteventura	21	16	11	15	14	32	17
Tenerife	60	50	58	59	78	37	64
La Palma	5	5	3	4	5	7	8
La Gomera	2	0	3	3	0	4	
El Hierro	1	1	0	0	1	1	3
Canarias	142	121	115	120	152	134	143
Heridos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gran Canaria	623	594	653	667	782	683	736
Lanzarote	170	200	221	196	225	206	218
Fuerteventura	118	176	112	132	168	224	229
Tenerife	1.063	1.040	1.131	932	1.244	786	316
La Palma	128	185	167	170	174	100	63
La Gomera	8	7	2	13	19	12	45
El Hierro	9	7	4	8	10	16	17
Canarias	2.119	2.209	2.290	2.118	2.622	2.027	1.624

Fuente: 151ª y 152ª Comandancias de la Guardia Civil.

El alcohol es el factor determinante en el 40% de los muertos por accidentes de tráfico, pero desconocen cuánto lo es en los heridos. A los heridos no se les practica la prueba de alcoholemia en la carretera, ya que la prioridad es su asistencia sanitaria. Esta prueba se les debe practicar en los hospitales.

Podemos tener datos sobre cuántos conductores lo hacen bajo los efectos del alcohol, a través de la información que nos proporciona los controles preventivos de alcoholemia, que han pasado de entre cuatro y cinco mil en el año 1997 a más de veinte mil en el año 2001 (sólo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife).

Tabla 20. Evolución de los controles de alcoholemia en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, 1996 a 2001.

Año	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Controles	14.012	25.290	18.392	22.888	35.649	33.852

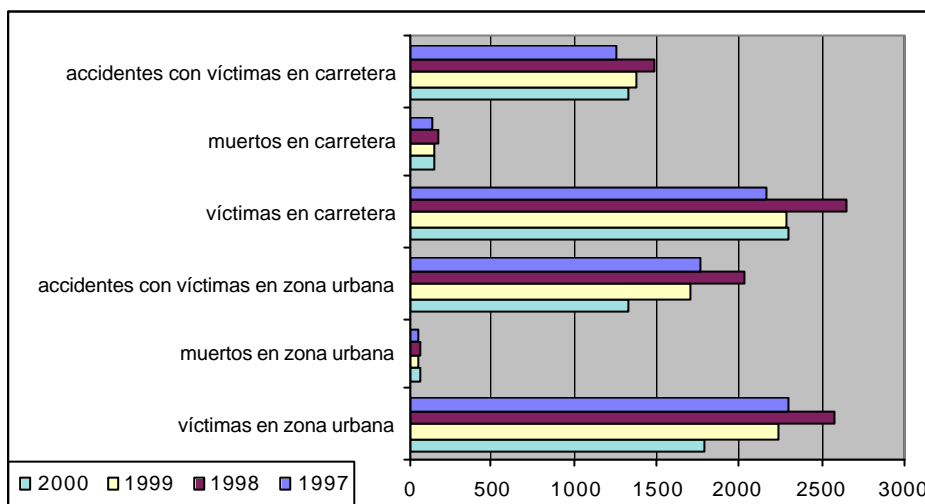
El 60% de los accidentes mortales de tráfico están vinculados al alcohol. Durante el año 1997 se registraron en total 882 altas por accidentes de tráfico en los hospitales públicos de Canarias, 17 de ellas asociadas al consumo de alcohol.

La gravedad de las lesiones está directamente relacionada con el tramo viario, urbano o de carretera, en el que se registran. Mientras que en vías urbanas uno de

cada cuatro heridos tiene la consideración de grave, en carretera este dato es de uno de cada tres.

En el Gráfico 43 se comprueba que el número de accidentes con víctimas en el período 1997-2000 es superior en zona urbana, sin embargo el número de muertos es mayor en los accidentes que se producen en carretera.

Gráfico 43. Accidentes de tráfico, víctimas en carretera y zona urbana. Canarias, 1994-1996



Fuente: - Anuario estadístico del 2000. Dirección General de tráfico

12.8. Impacto social y económico de los accidentes de tráfico

Los costes socioeconómicos totales para los accidentes de tráfico en Canarias durante 1997 fueron de 283,01 millones de euros o el equivalente a 202 euros por cada habitante de Canarias, o el 1,49 % del PIB canario.

Los daños materiales se elevaron a 100,59 millones de euros, representando la partida más importante con un 35,5 % del total. El coste correspondiente a la pérdida de la capacidad potencial de producción fue de 87,32 millones de euros, representando la segunda partida en importancia (31 % del total). Al separar este bloque en los tres grupos que lo integran: pérdida de productividad por mortalidad anticipada, por absentismo laboral y por incapacidad permanente, observamos que ésta última es la que ocasiona un mayor coste con 43,28 millones de euros, seguida muy de cerca por la mortalidad anticipada que suponen 41,38 millones de euros; en ambos casos son muy superiores al coste de la asistencia sanitaria que, con un coste de 14,47 millones de euros representa un 5% del total, lo que supone el 1,5% del

gasto sanitario en Canarias. Los gastos administrativos representaron la tercera partida en importancia con 80,63 millones de euros, lo que representa el 28,5 % del total. Asimismo, los 181 fallecidos y los 3.019 heridos graves produjeron 8.031 años de vida perdidos y 5.744 años de vida productiva perdidos, 74.814 días de baja laboral y 223.406 días de enfermedad.

Para el conjunto de España los costes fueron de 6.280,36 millones de euros, o el equivalente a 158 euros por cada habitante de España, lo que supone el 1,35% del PIB español.

La pérdida de la capacidad potencial de producción constituye la primera partida en importancia con 2.883,36 millones de euros (46% del total). Al separar este bloque en los tres grupos que lo integran, mortalidad anticipada, absentismo laboral e incapacidad permanente, observamos que fue esta última la que ocasionó un mayor coste con 1.597,78 millones de euros (25%), seguida por la mortalidad anticipada que supuso un coste de 1.221,07 millones de euros (19%).

La segunda partida en importancia son los gastos administrativos con 1.791,8 millones de euros (29% del total), seguidos en tercer lugar por los daños materiales con 1.364,86 millones de euros (21% del total). El coste de la asistencia sanitaria se situó muy por debajo de las otras partidas representando, con un coste de 258,34 millones de euros, el 4% del total del coste, lo que supone el 1 % del gasto sanitario en España.

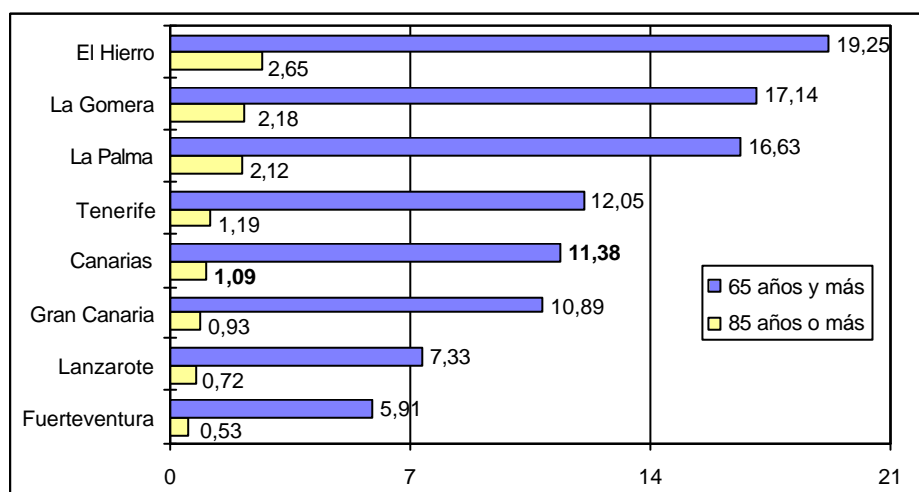
Asimismo, los 5.603 fallecidos y los 75.475 heridos graves produjeron 227.555 años de vida perdidos, 142.605 años de vida productivos perdidos, 1.675.545 días de baja laboral y 5.585.150 días de enfermedad.

6. Personas mayores

13.1. Aspectos demográficos

Los cambios de la estructura demográfica que han experimentado las sociedades occidentales en las últimas décadas y que, aunque más tardíamente, ocurren también en la sociedad canaria, junto con las migraciones internas de población derivadas de las transformaciones económicas de nuestro Archipiélago, son algunos de los determinantes del actual envejecimiento de la población canaria y de las diferencias entre las islas (Gráfico 44). Si a esto se le añaden las transformaciones sociales y de la estructura familiar, el análisis de la problemática de este grupo de población ha de constituir uno de los objetivos prioritarios del Plan de Salud.

Gráfico 44 - Proporción de población de 65 y 85 años y más en cada una de las áreas de salud (%). Canarias, 2000

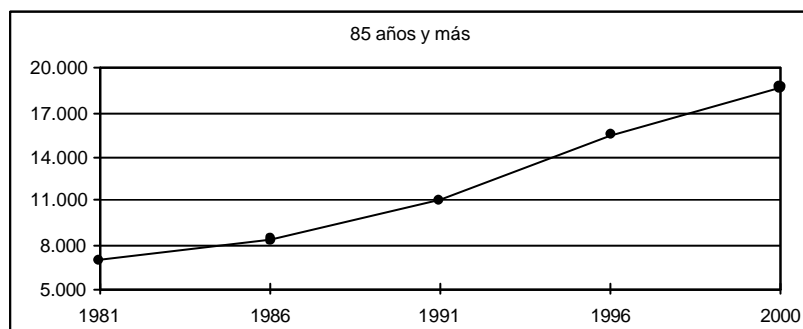
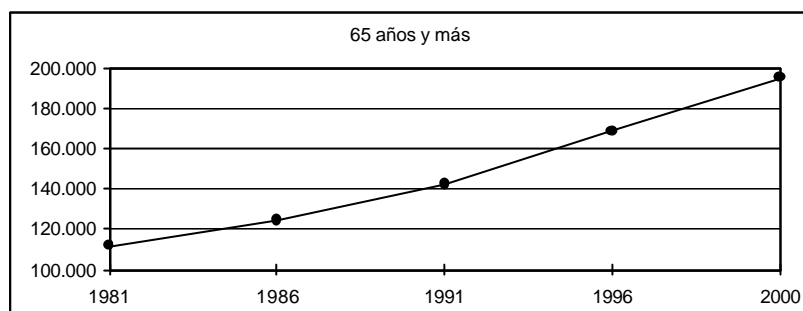


Fuente: -INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000

El índice de envejecimiento de 11,38 en 2000, sitúa a Canarias en el umbral de una sociedad envejecida, representando un incremento de 1 punto en relación al de 1996 y de 2 puntos con respecto al de 1991. El mayor crecimiento porcentual lo experimentan las personas de más de 85 años (Gráfico 45) pasando de 11.089 a 118.769 en el intervalo 1991-2000, lo que representa un aumento del 122,9% en el número de los muy ancianos.

Geográficamente, el envejecimiento por islas crece de oriente a occidente, siendo el índice de envejecimiento máximo en las islas occidentales de El Hierro, La Gomera y La Palma, moderado en las islas centrales de Tenerife y Gran Canaria y menor en las islas orientales de Lanzarote y Fuerteventura. En un territorio fragmentado como el de nuestra Comunidad, este hecho adquiere especial relevancia desde el punto de vista de la planificación.

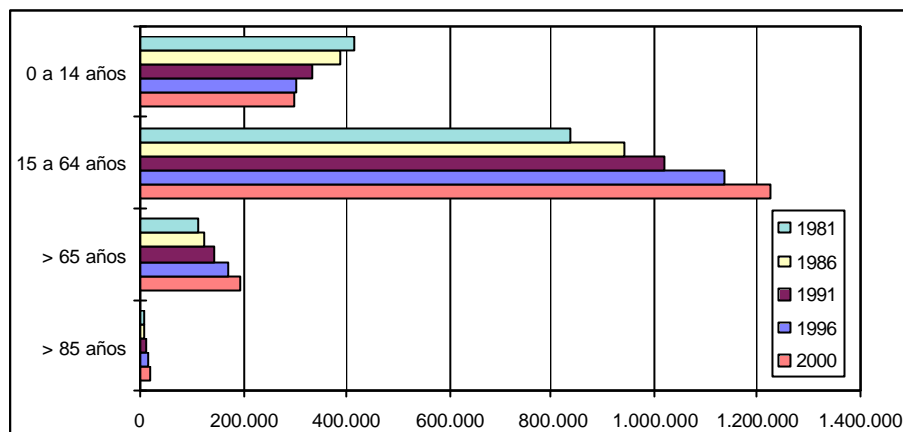
Gráfico 45 - Evolución de la población de personas mayores de 65 y 85 años. Canarias 1981, 1986, 1991, 1996 y 2000.



Fuentes: - INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000
-ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
-ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991
-CEDOC: Padrón Municipal. Habitantes de Canarias, 1986
-INE: Censo de Población de 1981

En el análisis evolutivo de la población se comprueba, a lo largo del período analizado, el incremento del grupo de mayores de 65 años (Gráfico 46).

Gráfico 46 - Evolución de la población por grupos de edad. Canarias, 1981, 1986, 1991, 1996 y 2000



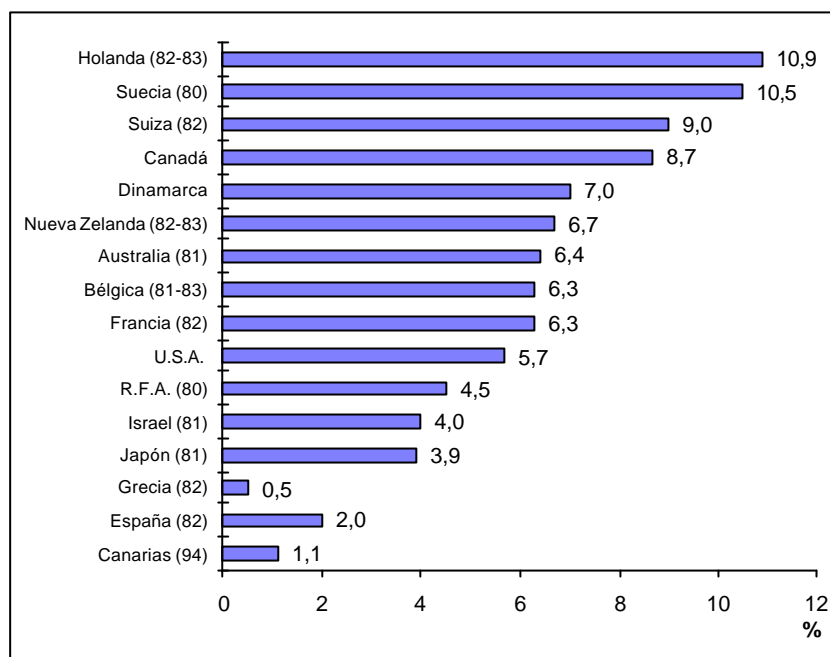
Fuentes: - INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2000
 -ISTAC: Encuesta de Población de Canarias 1996
 -ISTAC: Censos de Población y Viviendas. Canarias, 1991
 -CEDOC: Padrón Municipal. Habitantes de Canarias, 1986
 -INE: Censo de Población de 1981

En las proyecciones de población por grandes grupos de edad y género realizadas por el ISTAC en 1999, el porcentaje de participación de los menores de 20 años de Canarias, para el año 2000, está muy próximo al 24%, lo que corrobora el mencionado “envejecimiento poblacional por la base”. Para el año 2010 la participación porcentual de los mayores de 65 años será del 13,68%, alcanzando las cifras propias de los países desarrollados de nuestro entorno.

13.2. Situación socioeconómica

El 16,64% de canarios mayores de 65 años se declararon analfabetos en el padrón de 1996. La mayoría de las personas mayores están casados/as (53,86%) o viudos/as (33,12%). Un 15,44% de las personas mayores de Canarias vive solo/a en la Comunidad, correspondiendo un 29,68% de este porcentaje a los que superan los 79 años. Según un estudio realizado en 1994, un 1,1% de las personas de 65 años o más reside en instituciones.

Gráfico 47 - Comparación de las tasas (%) de personas mayores institucionalizadas en diferentes países



Siguiendo dicho estudio, la fuente más frecuente de ingresos económicos (Gráfico 48) es la pensión única de jubilación en un 40,0% de casos, seguida de la coexistencia de dos pensiones (16,1%), con un 13% que recibe ayuda económica regular por parte de sus amigos o familiares para completar su pensión. Aún con los escasos ingresos económicos que significan las actuales pensiones, en un 16,5% de los casos tres o más personas de la unidad familiar en la que está integrada la persona mayor, dependen económicamente de sus ingresos o de los de su cónyuge (Gráfico 49). Solo el 42,6% de los entrevistados puede permitirse un *gasto superfluo*, frente a un 57,4% que tiene lo imprescindible para vivir. El 81,1% son propietarios de su vivienda con un 4,3% de ellos aún pagando letras o hipoteca.

Gráfico 48 - Fuente de ingresos en la unidad familiar

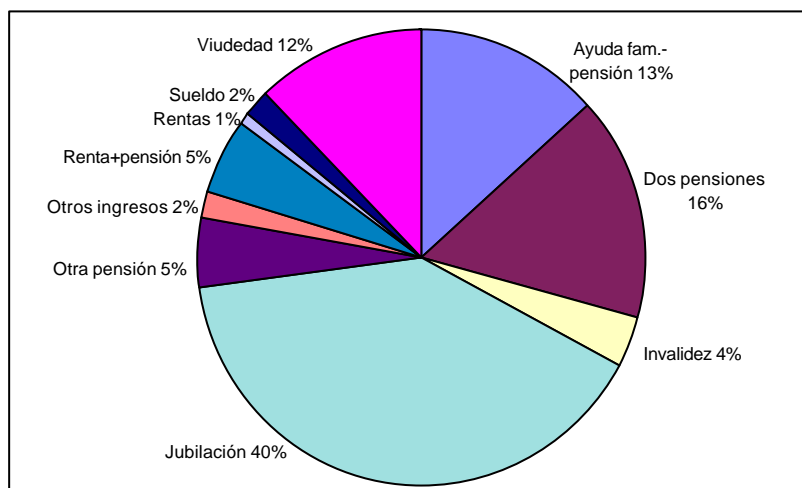
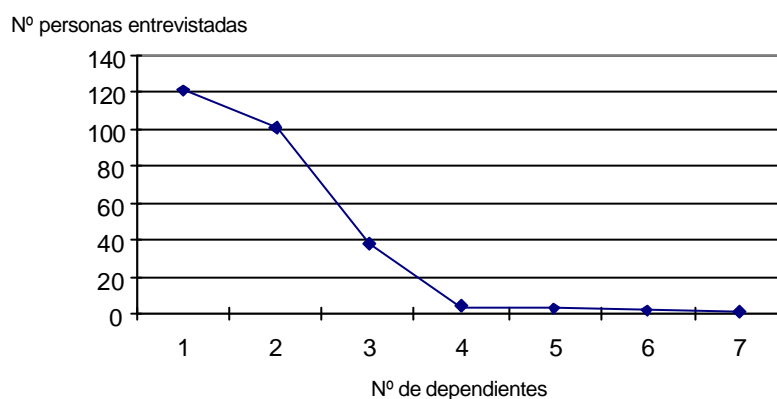


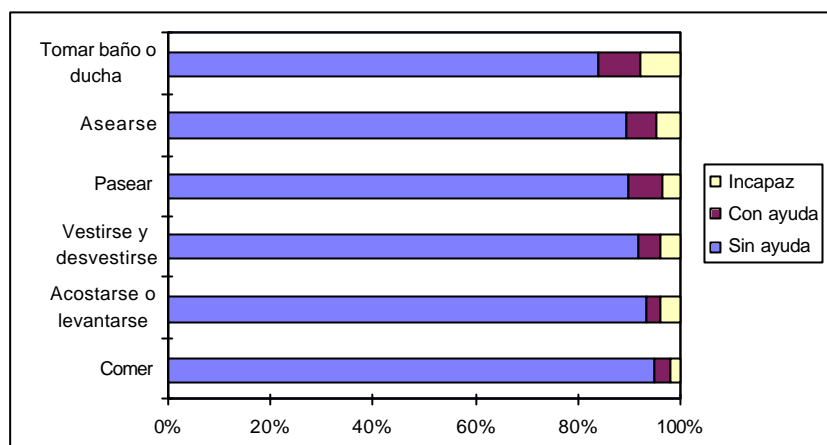
Gráfico 49 - Número de personas dependientes de la unidad familiar (de la que forman parte las personas mayores)



13.3. Capacidad funcional

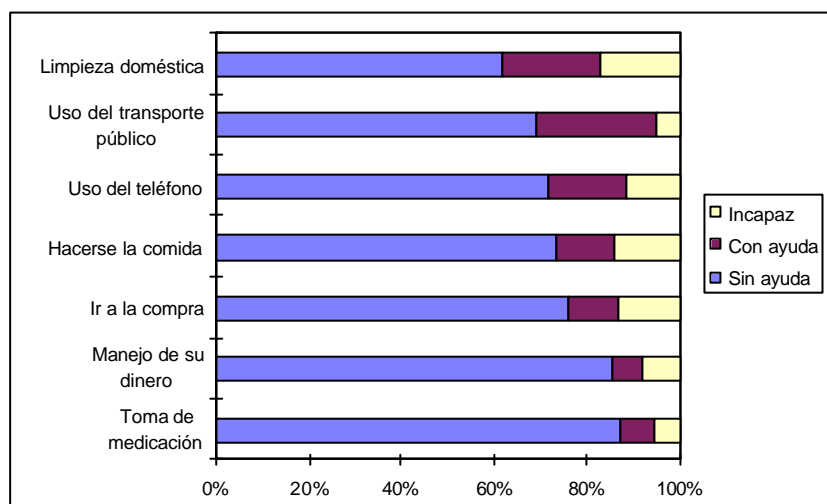
El 71% de las personas mayores pueden llevar a cabo todas las *actividades básicas de la vida diaria* (AVD-B) sin ayuda, aunque sólo el 42% podía realizar sin ayuda las *actividades de la vida diaria instrumentales* (AVD-I). Estos porcentajes se incrementan con la edad alcanzando valores del 71% para alguna de las AVD-B y del 90% para alguna de las AVD-I a partir de los 85 años. La AVD-B que genera más dificultades es la de bañarse/ ducharse (Gráfico 50) y destaca que el menor porcentaje de incapacidad total o parcial se registró en la actividad de comer (8,6%). La AVD-I que supone más problema de realización es la limpieza de la casa.

Gráfico 50 - Capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria en las personas mayores. Canarias, 1997



Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias

Gráfico 51 - Capacidad para desarrollar las actividades instrumentales de la vida diaria en las personas mayores. Canarias, 1997



Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias.

13.4. Hábitos de vida que influyen sobre la salud

En relación con los hábitos de vida, comprobamos en la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 que el 45,3% de las personas de 65 años o más, no practican ningún tipo de ejercicio físico debido a incapacidad o enfermedad (un 43,8% de los hombres y un 46,5% de las mujeres). El 27,7% toma bebidas alcohólicas, diferenciándose claramente el porcentaje según el género: un 46,7% de hombres frente a un 12,6% de mujeres. Sólo un 14,5% de los “mayores” se declararon fumadores (28,5% de hombres y 3,4% de mujeres).

13.5. Utilización de los servicios sanitarios

Un análisis más detallado de la Encuesta de Salud de Canarias de 1997 nos muestra que la cobertura sanitaria del 98,1% de los *mayores* se realiza a través del Servicio Canario de la Salud, mutualidades obligatorias de funcionarios o beneficencia. De ese porcentaje, el 1,6% posee además un seguro privado o de empresa. El promedio de visitas médicas es de 1,8 en el último mes y el 52,8% de las personas de 65 a 74 años hicieron uso de algún servicio sanitario también en el último mes, alcanzando el 56,7% para las de 75 años o más. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1995, un 32,1% de personas entre 65 y 74 años han consultado al menos una vez al médico en las dos últimas semanas y un 33% del grupo de 75 años o más. En Canarias, un 42,7% de *mayores* sufrieron algún tipo de restricción de actividad laboral o de ocio por padecer algún problema crónico o agudo o un accidente. Un 11,68% de personas de 65 a 74 años ha sido hospitalizada al menos una vez en los últimos doce meses, llegando al 16,49% para las de 75 o más. La Encuesta Nacional de Salud de 1995 recoge un 11,5% de 65 a 74 años y un 13% de más de 74 años hospitalizados al menos una vez al año. Las comparaciones anteriores indican que las personas mayores canarias reciben menos visitas médicas al año pero se hospitalizan más que en el resto de España.

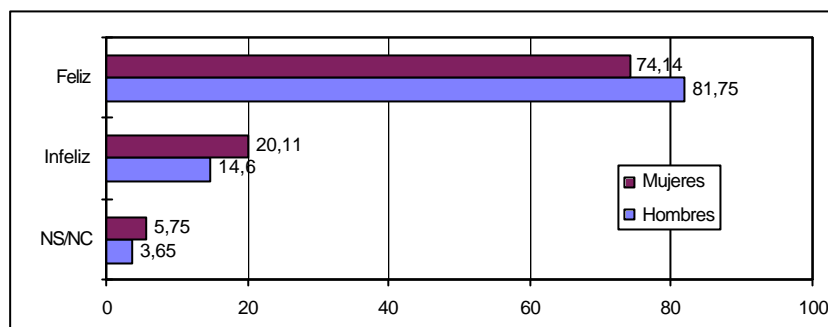
13.6. Autopercepción del estado de salud

El 11,6% de las personas de 65 años o más dice no padecer ningún problema crónico de salud, según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997. Destacan los dolores reumáticos, que alcanzan una prevalencia del 46%, y un 20,6% de los *mayores* que tiene dolores de espalda por lumbago, ciática y hernia discal. El 29,6% refiere tensión alta y un 20,6% tiene diabetes. En un estudio realizado en 1997 en las áreas de salud de Gran Canaria y Lanzarote, el 20,2% de la población de más de 65 años comunicó padecer una o más caídas en los seis meses previos a la realización de una encuesta de salud específica en los *mayores*.

En otro estudio realizado en 1994, el 44% de los *mayores* entrevistados manifestó tener miedo a caerse.

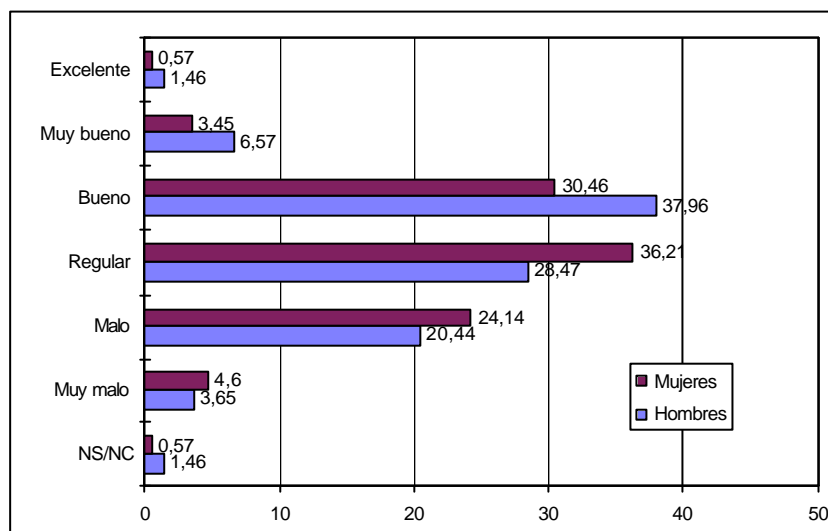
Las personas mayores en general se sienten razonablemente felices según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997. Sólo el 18% se consideran infelices (Gráfico 52). No obstante, del 77% que es feliz, un 12% puntuó más de 3 en el GHQ, como posible caso psiquiátrico. Los *mayores* juzgan que su salud física es buena. El 27% cree que su salud física es mala o muy mala (Gráfico 53).

Gráfico 52 - Personas mayores que se sienten razonablemente felices (%), considerando todas las circunstancias, según género. Canarias, 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

Gráfico 53 - Autovaloración del estado de salud de las personas mayores en los últimos doce meses (%), según género. Canarias, 1997



Fuente: -Encuesta de Salud de Canarias, 1997

13.7. Valoración de la salud física

El estudio de la distribución de altas y estancias de personas de más de 65 años en hospitales de agudos de la Red Pública, según Categoría Mayor Diagnóstica, durante 1997, sitúa en primer lugar a las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las enfermedades respiratorias, las del aparato digestivo y de las enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo (Tabla 21). En ese año se produjeron en total 14.425 estancias y 1.018 altas en los hospitales estudiados entre las personas de más de 65 años.

Tabla 21. Altas y estancias (%) de personas mayores en hospitales de agudos de la Red Pública, según Categoría Mayor Diagnóstica. Canarias, 1997

Categoría Mayor Diagnóstica	% Altas	% Estancias
Enf. y trast. apto. Circulatorio	20,53	19,52
Enf. y trast. apto. Respiratorio	11,59	11,63
Enf. y trast. apto. Digestivo	10,81	9,91
Enf. y trast. sist. musculoesq y tej. Conj.	9,53	10,93
Sistema nervioso	8,74	13,62
Enf. y trast. hígado, s. biliar, páncreas	6,97	7,02
Enf. y trast. riñón y vías urinarias	5,4	5,25
Trast. mielop. y neo. mal diferen.	4,81	3,76
Ojo	4,03	1,65
Enf. y trast. apto. reproduc. Masc.	2,75	2,31
Enf. y trast. apto. reproduc. Femen.	2,65	1,49
Enf. y trast. piel, tej. subcut. Y mama	2,36	1,86
Enf. y trast. s. end., nutr. y metaból.	2,26	2,4
Enf. y trast. oído, nariz, faringe	2,06	1,85
Enf. infecc. y parasitarias	1,28	1,86
Trast. Mentales	0,98	1,26
Lesiones, envenen. y efect. Por tóx.	0,79	1,07
Drogas/alcohol y trast. ment. Drogas	0,39	0,55
Enf. y trast. sang, o. hem y s. Inmune	0,39	0,31
Otras causas	0,29	0,08

Fuente: -Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Control de Gestión

13.8. Valoración de la salud mental

En un estudio realizado en 1997, de una muestra de personas de 65 años o más de la provincia de Las Palmas, se observó que la prevalencia de déficit cognitivo se situaba en el 13,3% (intervalo de confianza al 95%: 10,8%-16,3%), utilizando el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo con un umbral entre 18/19 puntos. Además, y en ese mismo trabajo, la prevalencia de demencia diagnosticada era del 5,2% (intervalo de confianza al 95%: 3,6%-7,2%), y similar entre hombres y mujeres (Tabla 22). Para ese mismo año y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, la proporción de prevalencia ponderada de demencias en población comunitaria es de 3,2%, correspondiendo un 1,95% a hombres y 4,15% a mujeres. Aunque la tasa de prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En lo que a población institucionalizada se refiere, la proporción de prevalencia ponderada de demencias era de un 7,6%, correspondiendo un 7,2% a hombres y un 8,06% a mujeres, sin que tampoco resulte estadísticamente significativa la diferencia.

Además, un 4,9% presentan psicopatología severa o hipocondría y un 29,7% una clara psicopatología, aplicando el test de “Evaluación Psiquiátrica Abreviada”.

Tabla 22. Prevalencia de demencia diagnosticada, según grupos de edad. Canarias, 1997

Edad	Prevalencia	Intervalo de confianza del 95%
65 a 69 años	2,7%	0,9% - 6,2%
70 a 74 años	1,4%	0,2% - 5,0%
75 a 79 años	5,3%	2,3% - 10,2%
80 a 84 años	11,3%	5,8% - 19,4%
85 y más	13,3%	5,0% - 26,8%
65 y más	5,2%	3,6% - 7,2%

Fuente: -Servicio Canario de Salud: Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en Canarias

13.9. Impacto económico

Los costes socioeconómicos totales para los mayores de 65 años en Canarias durante 1998 fueron de 261,62 millones de euros, lo que supone el 23,1% del gasto sanitario en Canarias. Estos costes se originan a partir de los costes de la hospitalización, con 89,99 millones de euros; la Atención Primaria con 8,08 millones de euros, las consultas externas y el gasto farmacéutico con 163,55 millones de euros. Asimismo, los 8.636 fallecidos mayores de 65 años produjeron 65.903 años de vida perdidos.

A nivel hospitalario los mayores de 65 años originan una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 1998, con 21.321 altas hospitalarias en los centros sanitarios de la red pública de Canarias, con un total de 273.548 estancias hospitalarias y una duración media de la hospitalización de 12,83 días.