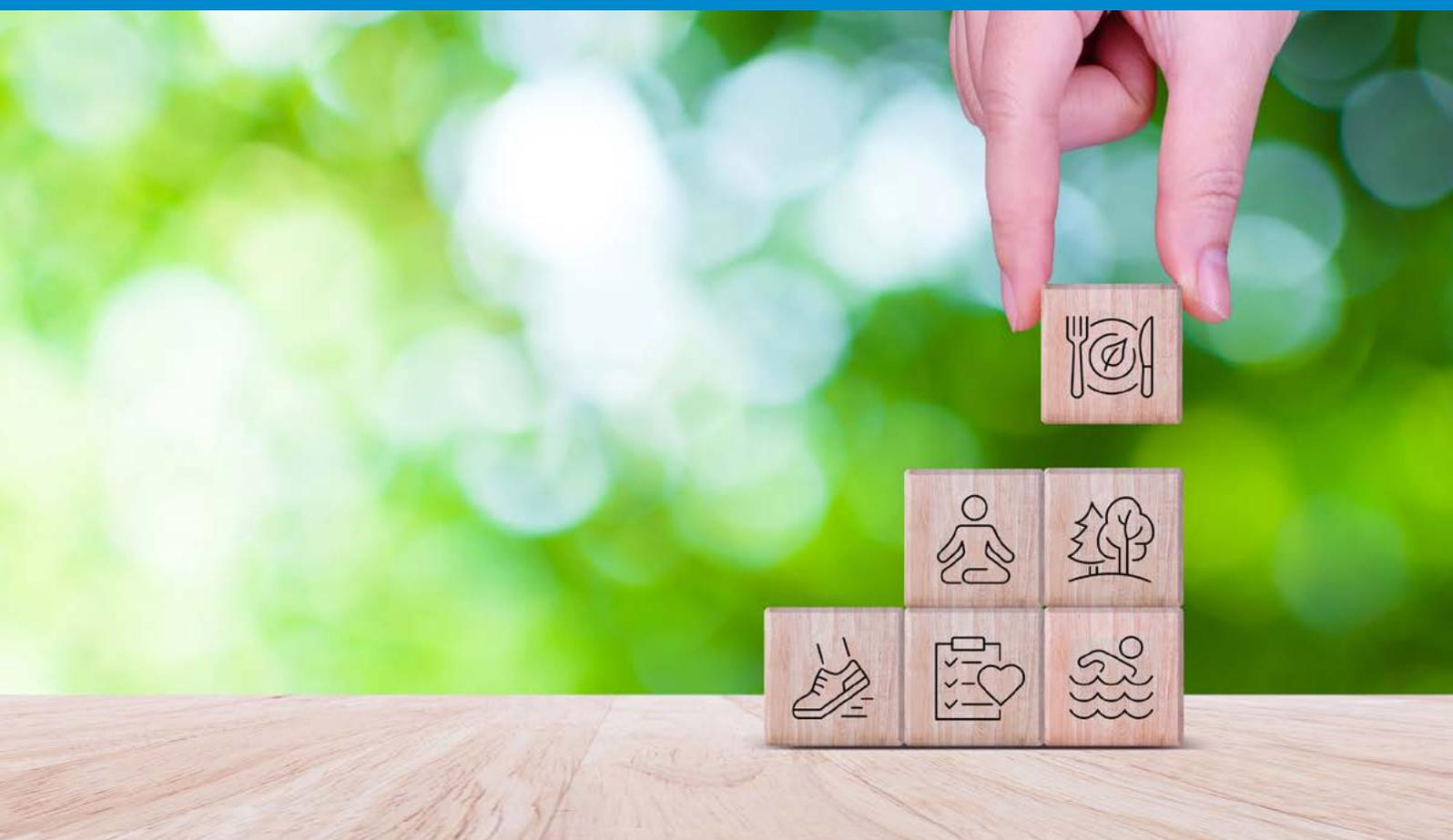


Diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento de **Hábitos de Vida Saludable en Canarias**



**Diagnóstico de
necesidades para el
fortalecimiento de
Hábitos de Vida
Saludable en Canarias**

Título:

Diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en Canarias

Edita:

Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias.

Grupo motor:

Juan Manuel Méndez Pérez, Alicia Hernández Rodríguez, María Consuelo Company Sancho, José Ramón Rodríguez Borges.

Grupo de trabajo:

Profesionales que han colaborado y dado su consentimiento para aparecer en este documento. Agradecemos también la valiosa participación de otros/as profesionales que contribuyeron a su elaboración:

- Acoraída García López. Ámbito sanitario
- Águeda Inés Pérez Pulido. Administración local. Ámbito municipal
- Aníbal Báez-Suárez. Sociedad científica-Colegio profesional
- Camilla Cecchini. Tercer sector
- Carmen María Artilles Curbelo. Sociedad científica-Colegio profesional
- Carolina Rodríguez Palenzuela. Tercer Sector.
- Cristina Abajas Bustillo. Ámbito educativo
- Elizabeth Hernández González. Ámbito sanitario
- Eneko Larumbe Zabala. Sociedad científica-Colegio profesional
- Francisco Mateos Batista. Ámbito sanitario
- Héctor Antonio Socas Domínguez. Ámbito sanitario
- Javier Alonso Ramírez. Sociedad científica-Colegio profesional
- José Antonio Díez Dávila. Tercer sector
- José Manuel Benito Cruz . Administración local. Ámbito insular
- José Vico Ibáñez. Ámbito educativo
- Lisbel García del Pino . Administración local. Ámbito municipal
- Loreto Gómez Guedes. Sociedad científica-Colegio profesional
- M. Belén Expósito Hernández. Administración local. Ámbito municipal
- M. Candelaria Mendoza Mora. Ámbito educativo
- Manuel Betancor Pérez. Sociedad científica-Colegio profesional
- María Eugenia Hernández Marrero. Sociedad científica-Colegio profesional
- María Jesús Jiménez Moreno. Administración local. Ámbito municipal
- María Mercedes Arteaga Rodríguez. Ámbito sanitario
- María Rafaela Sánchez Almendros. Ámbito educativo
- María Soledad Bardón Pérez. Sociedad científica-Colegio profesional
- María teresa Diestre Ortín. Ámbito sanitario
- María Teresa Domínguez Gra. Ámbito educativo
- Nicolás Amador Amador. Ámbito sanitario
- Patricia Villena de la Cruz. Tercer sector
- Yaiza E. Peña Hernández. Ámbito sanitario

Facilitación del proceso participativo y análisis de los datos de la encuesta:

Natalia Oldano y Daniel Buraschi.

Edición: junio 2025

ISBN: 978-84-16878-85-7

Resumen ejecutivo

El Diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en Canarias ha sido promovido por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud con el objetivo de implementar un proceso participativo que diagnostique las necesidades relacionadas con los hábitos de vida saludable en Canarias. Este diagnóstico contribuirá a la elaboración de un Marco Estratégico para la promoción de la salud, integrando las percepciones de profesionales de los sectores sanitario, educativo y socio-comunitario.

Sus objetivos específicos son:

- Conocer la percepción de diferentes profesionales sobre los principales hábitos de vida no saludables en el contexto de trabajo.
- Identificar las necesidades que presentan diferentes ámbitos profesionales para promover hábitos de vida saludable.
- Analizar la percepción que tienen los/as profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y social-comunitario sobre los hábitos de vida saludable en Canarias, contrastándola con los datos obtenidos de la Encuesta de Salud de Canarias 2021 (ESC, 2021) en su apartado de hábitos de vida.
- Priorizar diferentes estrategias de acción para la promoción de hábitos de vida saludable, considerando las prioridades identificadas según el área de trabajo de los/as profesionales.

El diagnóstico participativo se estructuró en tres fases:

- **Grupos Focales.** Se organizaron cinco grupos con 58 participantes de diversos sectores: administración pública, salud, educación, colegios profesionales y tercer sector. Las dinámicas se realizaron virtualmente y se estructuraron en dos partes: identificación de hábitos no saludables y barreras; sistematización de propuestas de acción para fomentar hábitos de vida saludable.
- **Entrevistas a informantes clave.** Se realizaron 10 entrevistas con informantes clave que aportaron perspectivas estratégicas.
- **Encuesta sobre percepción de los hábitos de vida saludable.** Involucró a 1.277 profesionales de los sectores sanitario (56,6%), educativo (27,7%) y socio-comunitario (15,7%).

Resultados de los grupos focales y de las entrevistas. Los problemas más citados en los grupos de discusión son el sedentarismo y los problemas de salud mental, seguidos por los problemas de sueño, uso excesivo de tecnologías y pantallas, mala alimentación, consumo de sustancias legales, soledad no deseada y exceso de peso.

Respecto a las propuestas, las que son citadas más frecuentemente tanto en los grupos como en las entrevistas a informantes clave son: mejorar la coordinación entre sectores y sistemas (sanitario, sociosanitario, comunitario) y promover la alimentación saludable en los colegios, además, entre las propuestas más citadas se encuentran la escucha de las necesidades de la población, la educación emocional en el ámbito educativo, la creación de programas estables y continuos en el ámbito de la salud, involucrar a la comunidad y sus asociaciones en la promoción de la salud, el uso de metodologías participativas y la creación de mesas intersectoriales para acciones conjuntas.

Resultados de la encuesta. El análisis comparativo entre percepciones profesionales (sanitarios, educativos y socio-comunitarios) y los datos de la Encuesta Canaria de Salud (2021) revela algunas discrepancias que podrían influir en la eficacia de las intervenciones en salud. Los resultados más destacados incluyen:

- 1. Mayor precisión del ámbito sanitario.** Las personas profesionales del sector salud muestran mayor precisión en identificar problemas de salud en Canarias.
- 2. Impacto del género en salud.** Existe cierta subestimación del impacto del género en la salud.
- 3. Reconocimiento de mejoras.** Parte de las personas profesionales encuestadas no perciben avances en la disminución del consumo de tabaco y alimentos no saludables.
- 4. Sesgo en salud adolescente.** Los/as profesionales educativos y socio-comunitarios tienden a sobredimensionar problemas en adolescentes.
- 5. Limitada valoración de la salud comunitaria.** El enfoque comunitario es menos priorizado por profesionales sociales.

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción.....	9
Objetivos	9
Metodología.....	9
Grupos focales	13
Objetivo.....	13
Metodología	13
Entrevistas a informantes clave	15
Objetivo.....	15
Metodología	15
Coincidencias entre los grupos en relación a los problemas.....	23
Coincidencias de los grupos en relación con las propuestas	37
Coincidencias en la definición de las propuestas entre los grupos (en orden de número de coincidencias)	38
Encuesta sobre la percepción de los hábitos de vida saludable en Canarias.....	43
Objetivos.....	45
Metodología	45
Resultados	53
Priorización de las medidas.....	94
Conclusiones de la encuesta.....	101
Anexo	105

Introducción

El Servicio Canario de Salud a través de la Dirección General de Salud Pública ha promovido el diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en la Comunidad Autónoma Canaria, a través de un proceso participativo. El propósito de realizar un proceso participativo en este contexto es poder incorporar la visión de personas que tienen una experiencia diversa en relación con la promoción de los hábitos de vida saludable, por trabajar en espacios técnicos o en territorios diferentes. De esta forma se intenta recoger visiones plurales que, a partir de narrativas cruzadas, permitan construir un documento amplio que dé cuenta de la complejidad de la temática abordada.

El presente informe representa la sistematización de la información recabada en el proceso participativo llevado a cabo entre los meses de julio y septiembre de 2024.

Objetivos

Objetivo general:

Implementación de un proceso participativo para el diagnóstico de necesidades, propuestas y análisis de situación, para la elaboración de un documento marco que permita la promoción de la salud para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en Canarias.

Objetivos específicos:

1. Conocer la percepción de diferentes profesionales sobre los principales hábitos de vida no saludable en el contexto de trabajo.
2. Identificar las necesidades que presentan diferentes ámbitos profesionales para promover hábitos de vida saludable.
3. Analizar la percepción que tienen los/as profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y social-comunitario sobre los hábitos de vida saludable en Canarias, contrastándola con los datos obtenidos de la Encuesta de Salud de Canarias realizada en 2021 (ESC, 2021) en su apartado de hábitos de vida.
4. Priorizar diferentes estrategias de acción para la promoción de hábitos de vida saludable, considerando las prioridades identificadas según el área de trabajo de los/as profesionales.

Metodología

Para llevar a cabo el proceso participativo se organizó el trabajo en 4 fases:

1. Diseño del proceso. Junio y julio de 2024.
2. Implementación del proceso: realización de las entrevistas, desarrollo de los grupos focales, diseño y difusión del cuestionario. De julio a septiembre de 2024.
3. Análisis de los datos recogidos. Octubre y noviembre de 2024.
4. Redacción del primer informe parcial e informe definitivo. Noviembre y diciembre 2024.

A lo largo del proceso participativo se han utilizado tres métodos de recogida de información: grupos focales, entrevistas a informantes clave y una encuesta.

El primero se ha organizado en espacios de diálogo con cinco grupos focales que se llevaron a cabo a través de la plataforma zoom, lo que permitió la participación de personas de diferentes territorios insulares. El segundo destinado a un trabajo individualizado con informantes clave a través de la realización de diez entrevistas en profundidad. El tercero destinado a la realización de una encuesta sobre la percepción de los hábitos de vida saludable en Canarias de los/as profesionales del ámbito sanitario, educativo y socio-comunitario.

Fuentes del proceso participativo



Grupos focales y entrevistas en profundidad

Grupos focales

Objetivo

El objetivo es generar un intercambio de ideas, opiniones y experiencias de forma dinámica y participativa que se utiliza para recopilar información a través de la interacción grupal organizada y dirigida por un equipo facilitador. Consiste en reunir a un grupo pequeño de personas participantes que comparten ciertas características o intereses comunes en relación con el tema a discutir, el objetivo es generar un intercambio de ideas, opiniones y experiencias de forma dinámica y participativa. Las personas participantes dialogan y responden a preguntas abiertas que promueven la reflexión conjunta permitiendo así, identificar percepciones, necesidades, barreras y propuestas que no siempre emergen a través de otros métodos de recolección de datos.

Metodología

El equipo facilitador guía la conversación de manera estructurada y asegura que todas las personas tengan la oportunidad de expresar su opinión, evitando que las discusiones se desvíen del tema.

El grupo focal se utiliza con frecuencia en proyectos sociales y de salud como herramienta para involucrar a las comunidades y garantizar que las soluciones propuestas se ajusten a sus realidades y expectativas¹.

Grupo	Ámbito profesional	Número de personas participantes	
Grupo 1	Profesionales de la administración pública	11 mujeres 	1 hombre 
Grupo 2	Profesionales del ámbito de la salud	7 mujeres 	2 hombres 
Grupo 3	Profesionales del ámbito educativo	9 mujeres 	1 hombre 
Grupo 4	Representantes de colegios profesionales y sociedades científicas	7 mujeres 	7 hombres 
Grupo 5	Profesionales tercer sector	10 mujeres 	3 hombres 
Total de personas participantes		44 mujeres 	14 hombres 

¹ Wilkinson, S. (1998). Focus groups in health research: Exploring the meanings of health and illness. *Journal of health psychology*, 3(3), 329-348.

Los grupos focales se realizaron en el transcurso del mes de septiembre de 2024 y se organizaron por ámbitos de actuación teniendo así cinco grupos:

Composición de los grupos

Los grupos se han estructurado teniendo en cuenta los principales ámbitos profesionales desde los cuales se promueve la salud comunitaria. La captación de las personas participantes en los grupos se ha basado en un criterio de diversidad (por isla), representatividad (por ámbito profesional y rol profesional). La convocatoria se ha llevado a cabo por el equipo de trabajo de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

Todos los grupos se han desarrollado de forma on-line para poder facilitar la participación de las personas en diferentes islas.

Los espacios grupales fueron dinamizados por dos personas facilitadoras del diálogo y dos personas del grupo motor que realizaron el apoyo técnico en cada instancia. Participaron de estos espacios grupales un total de cincuenta y ocho personas. La facilitación ha seguido las pautas de facilitación del Enfoque Dialógico Transformativo² (EDT), en particular, los principios para la aplicación en un entorno virtual de elementos que promueven la confianza, la igualdad, la diversidad, la corresponsabilidad y el interés común.

Siguiendo las pautas del EDT, los grupos focales virtuales se han preparado de la siguiente forma³:

- **Planificación previa:** definición clara de los objetivos, establecimiento del propósito del grupo focal y de los temas clave a abordar; selección de las personas participantes representativas, asegurando de incluir personas diversas y relevantes para el tema en discusión.
- **Preparación de la plataforma:** configuración de la plataforma de videoconferencias Zoom para garantizar fluidez (configuración de audio/video, habilitación de salas de espera, y revisión de permisos para grabaciones).
- **Invitación:** envío de instrucciones previas, como enlaces de acceso, horarios, y recomendaciones técnicas (uso de auriculares, elección de lugares sin ruido).
- **Facilitación de la sesión:**
 - **Introducción inicial:** bienvenida y explicación de los objetivos, las normas del espacio (respeto, confidencialidad) y explicación de cómo se desarrollará la dinámica.
 - **Promover confianza y conexión:** desarrollo de una dinámica de presentación.
 - **Facilitación:** para garantizar que todas las personas participantes tengan oportunidades para hablar; usar preguntas abiertas y hacer seguimiento a las intervenciones; gestión del tiempo; reformulación, parafraseo y reencuadre; uso de recursos interactivos, pizarras digitales o la función de salas paralelas (*breakoutrooms*) para promover el diálogo en subgrupos; escucha activa. Los grupos han sido facilitados por un equipo de facilitación externa y fueron a su vez acompañados por el equipo de trabajo de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud.

2 Buraschi, D., Aguilar-Idáñez, M. J., & Oldano, N. (2019). El enfoque dialógico en los procesos de participación ciudadana. *Quaderns d'animació i educació social*, (30), 2. 1-13. ISSN-e 1698-4404

3 Halliday, M., Mill, D., Johnson, J., & Lee, K. (2021). Let's talk virtual! Online focus group facilitation for the modern researcher. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(12), 2145-2150.

- La fase central de los grupos focales se ha desarrollado en dos partes: en la primera parte se plantearon dos preguntas clave para el diálogo enmarcado en el ámbito profesional de las personas participantes: 1) *¿Cuáles considera que son aquellos hábitos de vida no saludable más frecuentes en su ámbito de actuación?* 2) *¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable en su ámbito de intervención?* Las intervenciones fueron acompañadas por el equipo de facilitación ofreciendo un tiempo para el diálogo en grupos pequeños de trabajo. La segunda parte se centró en una pregunta proyectiva de cara a recabar propuestas de actuación: 3) *¿Qué necesidades presenta su ámbito profesional para promover hábitos de vida saludable?* Estas dinámicas fueron replicadas en los cinco grupos focales y se obtuvo un conjunto de discursos que fueron reagrupados y sistematizados en la síntesis que se presenta a continuación.
- **División en subgrupos.** En algunos casos, cuando las personas participantes eran numerosas, se ha dividido el grupo en dos subgrupos que han trabajado en espacios separados, cada uno facilitado por un/a miembro del equipo facilitador, para luego compartir la información en un espacio común.
- **Registro.** Todas las aportaciones se han registrado en un documento interactivo (a través de Google drive) y se han puesto en común al final de cada sesión para validar el contenido y complementarlo, corregirlo o modificarlo si fuera necesario.
- **Cierre de la sesión.** El equipo de facilitación sintetiza los puntos clave discutidos para validar las aportaciones; preguntas o comentarios finales sobre la experiencia del grupo focal; despedida y agradecimiento.

Entrevistas a informantes clave

Objetivo

Recoger información en profundidad, contextualizada y experta sobre un fenómeno o problema específico, a partir de la perspectiva de personas con conocimiento especializado, experiencia directa o una posición privilegiada en relación con el tema de estudio.

Metodología

La metodología de las entrevistas se ha desarrollado siguiendo los siguientes puntos⁴:

- Selección de perfiles en función de su conocimiento técnico, experiencia directa en el ámbito y su capacidad para ofrecer una visión estratégica.
- Formato narrativo y enfoque online: las entrevistas se diseñaron en formato narrativo, permitiendo a los participantes expresar sus ideas, experiencias y perspectivas en un ambiente flexible y centrado en sus aportaciones. Las entrevistas se llevaron a cabo en modalidad online, lo que facilitó la participación de experto/as de diferentes localidades y contextos.

4 Stuckey, H. L. (2013). Three types of interviews: Qualitative research methods in social health. *Journal of Social Health and Diabetes*, 1(02), 056-059.

- Duración y estructura: cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora y se estructuró en torno a preguntas abiertas que promovían la reflexión y el relato personal. Las preguntas exploraron temas como: principales necesidades percibidas, barreras y oportunidades para la promoción de hábitos saludables y propuestas específicas para intervenir desde un enfoque comunitario.

Las entrevistas a informantes clave han complementado el diagnóstico participativo al proporcionar una visión experta y estratégica, permitiendo un análisis más profundo de las realidades locales.

Además del criterio de conocimiento técnico, la selección de los perfiles de las personas se ha llevado teniendo en cuenta la diversidad geográfica y la representatividad de los ámbitos:

Entrevista	Institución/ ámbito que representa	Isla
Entrevista 01	Sanidad	Gran Canaria
Entrevista 02	Colegio Profesional	Fuerteventura
Entrevista 03	Sociedad científica	Gran Canaria
Entrevista 04	Administración (Cabildo de La Palma)	La Palma
Entrevista 05	Sanidad	Tenerife
Entrevista 06	Administración (Ayuntamiento. Participación ciudadana)	Fuerteventura
Entrevista 07	Tercer Sector	Ámbito autonómico
Entrevista 08	Educación	Fuerteventura
Entrevista 09	Tercer Sector	Tenerife
Entrevista 10	Sanidad (Salud Laboral)	Tenerife

Análisis de los grupos focales y de las entrevistas

Una vez finalizados los grupos focales y las entrevistas, se han analizados los discursos obtenidos en dos fases:

Fase 1: Análisis temático cualitativo. Se realizó una transcripción de las sesiones para preservar el contenido. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis temático utilizando codificación abierta⁵. Este proceso incluyó: identificación de categorías y subcategorías (problemas, necesidades y propuestas); detección de patrones recurrentes y divergencias entre los grupos; priorización de temas críticos en función de la frecuencia y relevancia percibida.

Fase 2: Integración de las entrevistas. Los hallazgos de los grupos focales fueron complementados con las entrevistas a informantes clave. Este cruce permitió validar y complementar las percepciones de lo/as participantes con información objetiva. Para la sistematización, se diseñó una matriz de análisis que integró los problemas, necesidades y propuestas identificados, organizados en función de los ejes temáticos. Los resultados preliminares fueron compartidos con el equipo de trabajo que ha complementado el análisis.

Las coincidencias entre los cinco grupos focales se han considerado como indicadores relevantes de temas recurrentes pero resulta fundamental interpretarlas con precaución. No se debería asumir automáticamente que estos temas son los más importantes de forma absoluta, ya que no se trata de un estudio con una muestra representativa, sino de la sistematización de un proceso participativo. Los temas destacados pueden reflejar los intereses, experiencias previas y áreas de especialización de los integrantes de cada grupo. Además, las prioridades y preocupaciones de las personas participantes están influenciadas por sus contextos profesionales, su nivel de conocimiento técnico y las realidades culturales o geográficas que enfrentan. Finalmente, el propio proceso de discusión dentro de los grupos focales puede condicionar los resultados. Factores como el tiempo disponible, el enfoque de las preguntas de facilitación, la interacción entre lo/as participantes y la composición del grupo pueden influir en la cantidad y calidad de los temas abordados. Por tanto, aunque las coincidencias entre los grupos focales pueden aportar valiosa información sobre áreas de convergencia, no deben ser consideradas automáticamente como una medida objetiva de importancia generalizada.

Resultados de los grupos focales y de las entrevistas

Sistematización grupos focales parte I:

Principales respuestas a las preguntas: 1) ¿Cuáles considera que son aquellos hábitos de vida no saludable más frecuentes en su ámbito de actuación? 2) ¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable en su ámbito de intervención?

5 Jaspal, R. (2020). Content analysis, thematic analysis and discourse analysis. *Research methods in psychology*, 1, 285-312.

Grupo 1: Administración pública

- **Consumo de sustancias:** legales: alcohol, tabaco, vapeadores; ilegales: drogas recreativas.
- **Adicciones comportamentales:** comida, deporte, compras, apuestas en línea. Uso excesivo de tecnología (especialmente pantallas). Consumo de pornografía.
- **Ludopatía** (en la tercera edad): quinielas, póker en línea.
- **Problemas alimentarios:** bajo consumo de pescado, verduras, gofio y queso. Consumo de comidas precocinadas. Falta de productos locales (kilómetro cero). Ritmo de vida acelerado que dificulta cocinar en casa.
- **Problemas en la dinámica familiar y comunitaria:** carencia de relaciones familiares y comunitarias. Fragmentación social. Dificultades para resolver conflictos.
- **Sedentarismo:** actividad física insuficiente, especialmente de personas mayores.
- **Obesidad infantil:** falta de actividad física en niños/as. Consumo excesivo de bebidas energéticas.
- **Problemas de descanso:** pocas horas de sueño, estrés, mala calidad de vida.
- **Salud mental:** Ansiedad y problemas de sueño. Preocupación por el suicidio, especialmente en adolescentes.
- **Acceso prematuro a la pornografía:** consumo desde edades tempranas.
- **Dificultades para la interacción social:** especialmente en adolescentes.
- **Violencia estética:** relacionada con nuevas tecnologías y la presión que se genera en redes sociales.
- **Problemas sociales relacionados con la salud:** condiciones laborales frágiles y dificultad de acceso a la vivienda como problemas sociales centrales.
- **Uso inadecuado de medicamentos:** automedicación sin conocimiento de los efectos secundarios.
- **Problemas afectivo-sexuales:** conductas sexuales de riesgo, no sólo en adolescentes, sino también entre personas adultas.
- **Problemas de seguridad vial:** relacionados con la falta de civismo y la educación vial.

Grupo 2: Profesionales del ámbito de la salud

- **Obesidad:** en todas las edades, pero especialmente en adolescentes.
- **Sedentarismo:** en todas las edades, particularmente en personas mayores. Poco ejercicio físico aumenta los riesgos de enfermedades crónicas y empeora la calidad de vida. Sedentarismo
- **Baja percepción del riesgo:** relacionada con la falta de autocuidado.
- **Tabaquismo:** también el uso de vapeadores y shisha.
- **Automedicación:** abuso de fármacos, especialmente AINES y ansiolíticos.
- **Problemas alimentarios:** relacionados con problemas económicos para adquirir alimentos saludables. Consumo de comidas procesadas. Se ha perdido la costumbre de cocinar en casa.
- **Salud mental:** problemas de salud mental sin un diagnóstico temprano.
- **Trastornos musculoesqueléticos:** dolor crónico.
- **Uso de nuevas tecnologías:** uso incorrecto y prolongado de pantallas y redes sociales.
- **Problemas de sueño:** falta de horas de sueño, insomnio, especialmente en jóvenes.
- **Relaciones afectivas patológicas:** abuso y maltrato en el ámbito familiar.
- **Soledad no deseada:** afecta especialmente a personas mayores y socialmente aisladas.
- **Falta de planificación en la vejez:** no se promueve el envejecimiento saludable.
- **Problemas socioeconómicos:** problemas económicos que dificultan la adopción de hábitos de vida saludable, limitan el acceso a una dieta adecuada y el acceso a actividades de ocio. Altos índices de pobreza en Canarias: dificultad para acceder a alimentos saludables.

Grupo 3: Profesionales del ámbito educativo

- **Consumo de vapeadores:** a partir de los 13 años.
- **Consumo de bebidas energéticas:** altamente prevalente entre adolescentes.
- **Mala alimentación:** desayunos inadecuados, consumo de chucherías y dulces. Falta de cafeterías escolares adecuadas.
- **Adicción a las pantallas:** niño/as pasan entre 4 y 10 horas frente a pantallas. Causa insomnio y problemas de atención.
- **Problemas de convivencia:** derivados de la comunicación a través del móvil y consumo de redes sociales.
- **Prácticas sexuales de riesgo:** embarazos no deseados y acceso prematuro a la pornografía.
- **Estrés en el profesorado:** sacrifican horas de sueño, no logran desconectar durante los fines de semana.
- **Sedentarismo:** en estudiantes y docentes.
- **Problemas afectivo-sexuales:** dificultades para implementar educación afectivo-sexual por parte del profesorado.
- **Problemas de salud mental en adolescentes:** crisis de ansiedad cada vez más frecuentes.
- **Influencia de las redes sociales:** en la autonomía y toma de decisiones de los/as jóvenes.

Grupo 4: Colegios profesionales

- **Tabaquismo:** nuevas formas de fumar, como vapeadores y shisha. Cambio de percepción del peligro.
- **Consumo de bebidas energéticas:** tanto en jóvenes como en personas adultas. Se percibe como una herramienta para adaptarse a situaciones difíciles.
- **Consumo de cannabis:** asociado a la falsa creencia de ser “saludable”.
- **Sedentarismo:** en todas las edades, incluso en personas mayores.
- **Uso excesivo de tecnologías:** uso problemático de redes sociales, acceso a información sobre salud que es incorrecta.
- **Pornografía:** uso frecuente en todas las edades.
- **Problemas de salud mental:** relacionados con el estrés y la gestión ineficaz de emociones.
- **Problemas de sueño:** poca calidad y cantidad de descanso.
- **Problemas alimentarios:** aumento de dietas bajas en gluten y veganas, sin supervisión médica.
- **Problemas en personas mayores:** vida sedentaria, pérdida de autonomía, y aislamiento social. Poca continuidad en los programas de salud para personas mayores.
- **Infraestructuras urbanas inadecuadas:** las ciudades no están preparadas para promover hábitos activos.
- **Obesidad infantil:** relacionada con la mala alimentación y la falta de ejercicio.
- **Problemas laborales:** insatisfacción laboral con impacto en la salud mental.
- **Polifarmacia:** uso excesivo de psicofármacos.
- **Soledad:** falta de cohesión social y enfoque individualista de los problemas.

Grupo 5: Tercer sector

- **Sedentarismo:** falta de actividad física, vida no activa.
- **Obesidad:** asociada a estilos de vida poco saludables.
- **Aislamiento social:** soledad no deseada.
- **Problemas de salud mental:** problemas no diagnosticados y consumo abusivo de medicamentos.
- **Sinhogarismo:** consumo de alcohol y sustancias, conductas violentas, falta de higiene.
- **Sobremedicación:** falta de acceso a tratamientos médicos.
- **Prostitución:** problemas de salud física y mental, falta de acceso a servicios de salud para mujeres en el ámbito de la prostitución.
- **Violencia de género:** vinculada con problemas de salud pública.
- **Exclusión sanitaria:** barreras de acceso a servicios sanitarios, especialmente a inmigrantes y personas en situación administrativa irregular.
- **Falta de acceso a recursos en personas en situación de exclusión social:** limitaciones en el acceso a agua potable, alimentos frescos y conservación de medicamentos.
- **Problemas de higiene bucodental:** falta de cobertura para tratamientos dentales.
- **Alteraciones del sueño:** relacionadas con el consumo de bebidas energéticas y el sedentarismo.
- **Situación de exclusión en personas migrantes:** vulnerabilidad social, polifarmacia, problemas de salud mental y explotación laboral (vinculada al ámbito del empleo de hogar y cuidados, entre otros).

Coincidencias entre los grupos en relación a los problemas

El análisis de las coincidencias entre los grupos destaca que hay dos problemas que aparecen citados en los cinco ámbitos profesionales:

- Sedentarismo
- Problemas de salud mental

Los problemas relevantes en la mayoría de los grupos (4 de 5 grupos) incluyen:

- Problemas de sueño
- Uso excesivo de tecnologías y pantallas
- Problemas alimentarios (mala alimentación y falta de acceso a alimentos saludables)
- Automedicación y polifarmacia
- Consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol, vapeadores)
- Aislamiento social y soledad no deseada
- Obesidad

Entre los problemas citados en varios grupos (3 de 5 grupos) se encuentran:

- Problemas afectivo-sexuales (conductas sexuales de riesgo)
- Acceso prematuro a la pornografía
- Falta de ejercicio físico y actividad insuficiente
- Falta de planificación hacia la vejez

Los problemas de menor frecuencia (2 de 5 grupos) incluyen:

- Consumo de bebidas energéticas
- Problemas socioeconómicos (condiciones laborales, pobreza, falta de acceso a la vivienda)
- Violencia de género
- Violencia estética
- Adicciones comportamentales (compras, tecnología, apuestas en línea)
- Problemas de convivencia y dificultades en interacción social
- Salud mental relacionada con el estrés y falta de educación emocional

Por último, existen numerosos problemas específicos o aislados. La lista incluye temas como exclusión sanitaria para migrantes, influencia negativa de redes sociales, problemas en personas mayores, ludopatía en la tercera edad y otros. Estos problemas afectan a subgrupos específicos y requieren intervenciones focalizadas.

Tabla resumen de los problemas citados en cada uno de los grupos (orden por número de citaciones)

Problema detectado	Administración Pública	Profesionales del Ámbito de la Salud	Profesionales del Ámbito Educativo	Colegios Profesionales	Tercer Sector
Sedentarismo					
Problemas de salud mental					
Problemas de sueño					
Uso excesivo de tecnologías y pantallas					
Problemas alimentarios (mala alimentación y falta de acceso a alimentos saludables)					
Automedicación y polifarmacia					
Consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol, vapeadores)					
Aislamiento social y soledad no deseada					
Obesidad					
Problemas afectivo-sexuales (conductas sexuales de riesgo)					
Acceso prematuro a la pornografía					
Falta de ejercicio físico y actividad insuficiente					
Falta de planificación hacia la vejez					
Consumo de bebidas energéticas					
Problemas socioeconómicos (condiciones laborales, pobreza, falta de acceso a la vivienda)					
Violencia de género					
Violencia estética					
Adicciones comportamentales (compras, tecnología, apuestas en línea)					
Problemas de convivencia y dificultades en interacción social					
Salud mental relacionada con el estrés y falta de educación emocional					
Falta de infraestructuras urbanas adecuadas para actividad física					
Exposición a información incorrecta sobre salud en redes sociales					
Falta de recursos y acceso limitado a servicios de salud en personas en exclusión social					
Problemas de higiene bucodental					

Problema detectado	Administración Pública	Profesionales del Ámbito de la Salud	Profesionales del Ámbito Educativo	Colegios Profesionales	Tercer Sector
Influencia negativa de redes sociales en jóvenes					
Exclusión sanitaria para personas migrantes y en situación administrativa irregular					
Problemas de descanso por ritmo de vida y estrés					
Consumo de alimentos precocinados y falta de productos locales					
Problemas en personas mayores (sedentarismo, pérdida de autonomía, aislamiento)					
Problemas en la dinámica familiar y fragmentación social					
Dificultad en educación afectivo-sexual en jóvenes					
Insatisfacción laboral y su impacto en la salud mental					
Ritmo de vida acelerado que dificulta cocinar en casa					
Ludopatía en la tercera edad (quinielas, póker en línea)					
Uso inadecuado de medicamentos , automedicación (sin conocer efectos secundarios)					
Dificultades en la toma de decisiones en jóvenes por influencia de redes sociales					
Problemas de acceso a servicios de salud para personas en situación de exclusión social (sinhogarismo, prostitución)					

Sistematización grupos focales parte II y aportaciones de las entrevistas en profundidad:

A continuación se recogen las principales respuestas a la tercera pregunta de los grupos focales “¿Qué necesidades presenta su ámbito profesional para promover hábitos de vida saludable?”, complementando la información con las aportaciones de las entrevistas.

Además, se sistematizan las propuestas resaltando aquellas comunes entre los diferentes grupos.

Acciones propuestas para promover hábitos de vida saludable

Grupo 1: Administración pública

- **Trabajo en red:** mejorar la coordinación entre diferentes administraciones y áreas competenciales para evitar duplicación de esfuerzos y recursos.
- **Intervenciones intergeneracionales:** fomentar actividades que involucren a personas de distintas edades para fortalecer la capacidad relacional y la cohesión social.
- **Fortalecer la comunidad:** crear oportunidades para “hacer tribu”, mezclando diferentes poblaciones y trabajando la emocionalidad en las acciones comunitarias.
- **Financiación de programas:** asegurar líneas de financiación estables y anuales para atender las necesidades de la comunidad con calidad.
- **Afianzar contactos para coordinar acciones:** crear mesas intersectoriales para establecer vínculos entre instituciones y organizaciones, y compartir recursos y conocimientos.
- **Desarrollo de competencias:** fomentar estrategias que vayan más allá de charlas y que desarrollen competencias prácticas para la promoción de la salud.
- **Acciones formativas:** realizar formaciones en el ámbito educativo y familiar que promuevan la alimentación saludable y eviten el sedentarismo.
- **Uso de metodologías participativas:** buscar herramientas dinámicas que permitan llegar y sensibilizar más allá del formato de charlas informativas. Se propone el teatro como una herramienta innovadora para trabajar la promoción de hábitos saludables en diferentes grupos de edad.
- **Recursos específicos según la edad:** asegurar que los programas de prevención y promoción de la salud estén adaptados a las necesidades y características de cada grupo etario, especialmente en zonas rurales y no capitalinas.
- **Escuela de familias:** crear escuelas para padres y madres donde se trabajen estrategias de motivación, gestión emocional, gestión de conflictos, corresponsabilidad en el cuidado y orientación familiar.
- **Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario, sociosanitario y comunitario:** aclarar competencias y desarrollar un modelo de intervención claro y eficiente que tenga un impacto real.
- **Revisar el modelo de intervención:** implementar modelos que incluyan estrategias comunitarias y que vayan más allá de las charlas tradicionales.
- **Planificación comunitaria:** coordinar talleres y sondear a la población para conocer sus intereses y adaptar las actividades según las prioridades detectadas.

Las entrevistas realizadas, han confirmado la necesidad de implementar las acciones propuestas. Se pone énfasis especialmente en la coordinación, recuperando las estructuras previas

a la pandemia, en la necesidad de dar continuidad a los proyectos y equipos profesionales y también se subraya la importancia del fortalecimiento de estructuras de trabajo que pongan el cuidado de las relaciones y las personas en el centro. Así, una de las personas entrevistadas, a la pregunta sobre los principales desafíos que detectan en su ámbito, responde:

“La falta de continuidad es un déficit que tenemos en los proyectos. Esto no nos permite monitorizar los resultados de los proyectos, son proyectos aislados y aunque hemos avanzado mucho en coordinación con el Gobierno de Canarias a través de la Estrategia del Ministerio. Estuvo funcionando bien hasta que llegó la pandemia y nos descalabró un poco todo y tenemos que retomar de nuevo porque hay nuevas funciones y nuevos proyectos y hay que retomar la coordinación con los ayuntamientos”. (E08)

En este sentido, en la misma entrevista se refuerza la problemática de la falta de continuidad y la necesidad de equipos profesionales con disponibilidad temporal para el desarrollo de los proyectos.

“Sobre todo se necesita la liberación de técnicos para trabajar más y con mayor hincapié en la estrategia de promoción de la salud. Esto permitiría elaborar proyectos a medio y largo plazo, que permitiría monitorizar y que la sociedad entienda que estos proyectos de promoción de la salud llegan de forma coordinada y son continuos, no es algo que aparece y desaparece, porque muchas veces despistamos al ciudadano”.(E08)

Por último, se destaca en el proceso de entrevistas la existencia de proyectos experimentados y con largo recorrido que subrayan la importancia por un lado, de dotar a los mismos de estructuras de diálogo y confianza que promuevan relaciones sólidas, y por otro, de mantener la estabilidad laboral de los equipos de trabajo. Así se comparte la siguiente reflexión en una de las entrevistas.

“(…) para nosotros prima lo que es el cuidado de las personas con las que trabajamos y para las que trabajamos. Para nosotras es muy importante que el equipo de profesionales que está trabajando, no olvide quiénes somos (…) cuidamos mucho la cuestión de mantener al personal informado y cohesionado, aquí vamos todos a una y vamos todos juntos al mismo ritmo. Somos un equipo. Yo estoy en mi oficina, pero yo estoy completamente tranquila y segura de que lo que se está desarrollando en el centro de día donde ellos trabajan. Hay una confianza ya construida y eso solamente lo da el acercamiento, el trabajo diario, la comunicación, eso es muy importante. Cuidamos todo, hasta el detalle de la guagua que viene a buscarles ese día, hasta el chófer que viene en esa guagua, ellos están súper tranquilos, súper contentos porque saben que el chófer que les va a recibir hoy, les va a saludar, les va a ayudar (...). Entonces esto es algo que hay que cuidar y para eso hay que mantener al personal de la administración” (E01)

Grupo 2: Profesionales del ámbito de la salud

- **Intervenciones desde las escuelas:** promover hábitos saludables en edades tempranas y desde el sistema educativo, incluyendo intervenciones dentro del currículo escolar.
- **Incluir la promoción de la salud en el ámbito laboral:** incorporar actividades de promoción de salud en las horas de trabajo de los/as profesionales de la salud, mejorando las sinergias dentro del sistema sanitario.
- **Talleres interactivos:** desarrollar talleres prácticos con más continuidad y seguimiento, en lugar de charlas puntuales que no tienen un impacto profundo en la población.
- **Conocimiento de las necesidades de la población:** realizar encuestas y sondeos a la ciudadanía para conocer sus necesidades reales en términos de promoción de hábitos de vida saludable.
- **Más tiempo y espacio para la promoción de la salud:** asegurar que los equipos profesionales de la salud tengan tiempo y espacio en sus agendas para llevar a cabo actividades de promoción de salud, y que esto se valore y se incentive económicamente.
- **Participación de enfermería en las escuelas:** incluir la enfermería en el ámbito educativo como apoyo fundamental para la promoción de hábitos de vida saludable en niños/as y jóvenes.
- **Mesa intersectorial:** crear un espacio de encuentro entre diferentes sectores para generar sinergias y trabajar de manera coordinada en la promoción de la salud.
- **Optimización de los recursos en el ámbito educativo:** mejorar las intervenciones en el sistema educativo, optimizando los recursos humanos y desarrollando programas integrales.
- **Aprovechar fuentes de información de calidad:** utilizar fuentes adecuadas para ofrecer información precisa y de calidad a la población sobre los hábitos de vida saludable y sobre la existencia de recursos y activos de salud.
- **Escuchar las necesidades de la población:** partir de las necesidades sentidas y demandadas por la ciudadanía para establecer relaciones de confianza y desarrollar programas efectivos.

En las entrevistas a informantes clave, se refuerza el análisis abordado por el grupo focal. Se hace énfasis también en la promoción de hábitos de vida saludable desde edades tempranas y desde el sistema educativo. Así, una de las personas entrevistadas refuerza esta idea desde la experiencia de su ámbito de trabajo ofreciendo, desde su perspectiva, una clave para la promoción de hábitos de vida saludable:

“Trabajar en el ámbito escolar, desde hace muchos años que lo hacemos y la verdad es que yo creo que es donde hay que trabajar, desde la base. Es verdad que desde hace más de 20 años que se hacía, ya con las antiguas Escuelas Promotoras de Salud, después llegó la pandemia y desapareció, pero ahora se ha creado otra red y estamos trabajando todo el personal de enfermería con las aportaciones de los trabajadores sociales, dando un montón de talleres en todo el territorio, de manera coordinada con educación. Ese es el camino” (E04)

Además, en el discurso de la entrevista también surge la propuesta de mapear los activos de salud en el territorio, reforzando la idea de aprovechar fuentes de información de calidad para responder a las necesidades de la ciudadanía.

“Nosotros tenemos una herramienta donde están todas las actividades de promoción de la salud que se desarrollan en la isla (...) es importante esto porque yo creo que el personal sanitario también debe prescribir, por decirlo de alguna manera, activos de salud, parece que si no recetamos la pastillita, no estoy haciendo medicina, no estoy haciendo enfermería, entonces yo creo que se debe apostar por ello y de forma práctica sería que el personal sanitario pueda tener un mapa de todos los activos de salud que hay en su territorio (...)”. (E04)

“En el ejemplo de los países nórdicos, lo que hicieron fue generar políticas a medio y largo plazo en función a la investigación, a esas necesidades detectadas, a esa evidencia empírica de buena práctica y de eficacia, le sumaron otra cuestión, hicieron algo que a veces no tenemos en cuenta, que es que preguntar a la ciudadanía cuál era su opinión en función a esa necesidad planteada, por ejemplo en el proyecto de prevención con jóvenes, hicieron una macro entrevista a toda la juventud. Y así salieron propuestas nuevas.” (E02)

Grupo 3: Profesionales del ámbito educativo

- **Mayor coordinación entre familia, escuela y comunidad:** fomentar una colaboración más estrecha entre los distintos actores involucrados en la educación de los/as jóvenes, incluyendo a las familias.
- **Replantear los formatos de intervención:** cambiar el enfoque de las charlas informativas por talleres prácticos y actividades más interactivas para mejorar el impacto en los/as jóvenes.
- **Promover actividades físicas extraescolares:** coordinar la inclusión de más actividades físicas fuera del horario escolar para combatir el sedentarismo entre los/as jóvenes.
- **Educación emocional:** introducir la educación emocional en el currículo escolar para ayudar a los/as estudiantes a tomar decisiones saludables y manejar sus emociones.
- **Ejemplo vicario:** utilizar al profesorado como modelo a seguir para el alumnado en cuanto a hábitos saludables, como el consumo de alimentos saludables durante el desayuno.
- **Descansos activos en clase:** implementar descansos activos (ejercicios, estiramientos, bailes) durante las clases para fomentar el movimiento y mejorar la concentración.
- **Aprendizaje-servicio:** involucrar a los/as adolescentes en programas de aprendizaje-servicio, como dar charlas o realizar talleres a estudiantes más jóvenes o a las familias, especialmente en el uso de tecnologías.
- **Visibilizar buenas prácticas:** dar visibilidad a las buenas prácticas que se están llevando a cabo en el sistema educativo para que sirvan de ejemplo a otras instituciones.
- **Orientación educativa por zonas:** realizar un diagnóstico de las necesidades específicas de cada centro educativo y adaptar las intervenciones formativas a esas particularidades teniendo en cuenta la especificidad de cada territorio.
- **Fortalecer la relación entre centros de salud y escuelas:** promover encuentros regulares entre centros educativos y centros de salud para colaborar en la promoción de la salud.

Las entrevistas realizadas coinciden con las propuestas de los grupos focales pero además pone énfasis en dos cuestiones, quizás ausentes en los grupos, que muestran la realidad del trabajo cotidiano de educadores y educadoras. Así, una de las personas entrevistadas aporta dos claves importantes: la diversidad cultural en las aulas y las deficiencias estructurales en las instituciones educativas como elementos que también tienen impacto en la salud.

“Yo creo que todo se puede hacer mejor pero hay que saber cómo funcionan las aulas. Nosotros tenemos grupos muy numerosos, con diferentes nacionalidades y por lo tanto, en muchos casos diferentes idiomas. Y los chiquillos bastante bien lo hacen porque para ellos es un choque y lo intentan y lo hacen muy bien, también las familias, pero el profesorado no cuenta con las herramientas y así, un primer asunto es que se necesita más personal, más recursos

humanos y también enfermeros o enfermeras en las aulas, porque muchas veces no podemos intervenir cuando tenemos una situación de salud porque es delito y solo podemos llamar al 1-1-2 y eso no es ágil, no resuelve (...). La segunda cuestión, que por muy básica que suene, es el calor. Las aulas no están preparadas para el calor, no están ventiladas, no circula aire y los chiquillos y las chiquillas hacen lo que pueden, pero eso hasta genera conflictos entre ellos porque hay malestar, muchas veces se desmayan, incluso las profesoras y eso es un problema material, edilicio pero también es poco saludable". (E10)

Grupo 4: Colegios profesionales

- **Campañas de sensibilización:** crear campañas sostenidas en el tiempo, como en los días mundiales de la salud, para generar conciencia sobre los hábitos de vida saludable.
- **Red comunitaria de salud:** desarrollar una red comunitaria de salud que integre a distintos actores sociales y sanitarios para coordinar esfuerzos y maximizar los recursos disponibles.
- **Programas estables y continuos:** crear programas de salud comunitaria con estabilidad y continuidad en lugar de proyectos puntuales sin impacto a largo plazo.
- **Diferenciar las intervenciones según grupos de edad:** adaptar las estrategias y programas según las necesidades específicas de cada grupo de edad, reconociendo la individualidad de las personas.
- **Recursos económicos para acompañar y gestionar:** reconocer que el acceso a hábitos de vida saludable puede tener un coste económico y asegurar que se destinen los recursos necesarios para acompañar a las personas en este proceso.
- **Prevención de la dependencia:** establecer programas específicos para la prevención de la dependencia en personas mayores, enfocándose en el control de la polifarmacia, el ejercicio físico y la nutrición.
- **Adaptación domiciliaria:** implementar planes de adaptación domiciliaria, especialmente para personas mayores y en situación de dependencia, con la ayuda de terapeutas ocupacionales.
- **Prescripción de actividad física:** incorporar la actividad física en los planes de salud desde la atención primaria, con prescripción médica para personas con patologías crónicas o en situación de fragilidad.
- **Educación alimentaria desde la infancia:** promover la enseñanza de buenos hábitos alimentarios desde la infancia, como el consumo de frutas y proteínas, con actividades como el "Día de la fruta" en las escuelas.
- **Aprovechar asociaciones vecinales:** involucrar a asociaciones vecinales y de pacientes para escuchar las necesidades de la población y desarrollar intervenciones más efectivas.

Si bien este conjunto de propuestas refuerza las narrativas obtenidas en las entrevistas, resulta de interés profundizar en el discurso que propone una persona con experiencia en el trabajo con mayores, poniendo énfasis en la idea de diferenciar las intervenciones según grupos de edad y en la prevención de la dependencia, abriendo camino a la autonomía de los/as pacientes, a la importancia del desarrollo tecnológico en la atención y gestión, a la reflexión sobre el futuro del cuidado y a la consolidación de un modelo de atención centrado en las personas.

“(...) está bien eso que tanto estamos proponiendo ahora que es el empoderamiento de las personas y de los pacientes, el poder auto cuidarse, pero para eso se necesitan herramientas, para eso se necesita estar formados, estamos hablando ya de gente que tiene alguna patología, entonces tienen que estar formados, ahí tenemos la Escuela de Pacientes que necesitamos desarrollar, pero que de ninguna manera vamos a conseguir hacer nada, si no es con las asociaciones de pacientes y contando con todos los elementos que hay en una comunidad, hablamos de los ayuntamientos, hablamos de las asociaciones de vecinos, hablamos de las asociaciones de pacientes, hablamos de toda la estructura y todo el tejido que existe, pero que no está trabajando en red, que no está conectado, que muchas veces tienen al contrario duplicidades y todo esto yo creo que es un tema bastante importante a la hora de poder avanzar” (E05)

“Yo creo que independientemente de que puede haber una brecha digital, creo que el tema del desarrollo tecnológico o sea, una persona necesita tener su “carpetita de vida” le llamaría y, sus necesidades identificadas y que cada uno de los recursos que existen aporten valor y para eso hay que compartir información, para eso las estrategias y las políticas tienen que ser transversales, no es lo que haga educación, no es lo que haga solo política social, el Cabildo o el Ayuntamiento, es que lo hacen sobre la misma persona, la persona es la misma y no es lo que hace el ámbito de primaria o el ámbito del hospital, la persona es la misma, es la misma persona con diabetes que necesita tener garantizada unas necesidades nutricionales y una información y una educación (...) seguimos sin estructurar todo, poniendo realmente a la persona y sus necesidades en el centro y los sistemas de información y los recursos tienen que estar bajo esa filosofía, lo seguimos haciendo bajo las necesidades de cada consejería, bajo la necesidad de cada Dirección General, bajo las necesidades de cada servicio. (...) No damos este salto porque tenemos muchas dificultades de coordinación inter, entre las instituciones, tenemos muchas dificultades de acceder a la información, la ley de protección de datos llevada al extremo, la excesiva burocratización, la brecha digital, no nos atrevemos a dar ese salto porque nos da miedo, no tenemos las competencias a nivel digital, entonces yo creo que ahí hay mucho trabajo por hacer y entonces siempre ese pequeño caos que impera dentro de las estructuras organizativas y dentro del sistema público, produce mucha ganancia, en general individuales y eso también genera, pues que esos egos, esas cuestiones de ¿a ver, que van a entrar a hacer otros profesionales, lo que puede hacer este profesional?. Entonces yo creo que hay muchas dificultades ahí y el tema de no tener unos sistemas informatizados que sean únicos, ya no hablo solo de la historia de salud, la historia social, la historia educativa, la historia económica de cada persona, debe ser de cada persona, pero los profesionales y las personas que podemos ayudar en esos procesos, pues debemos intentar ayudar en

esos procesos. Eso es muy difícil. Aunque se han dado grandes pasos y creo que estamos muchísimo mejor que hace muchos años”. (E05)

Grupo 5: Tercer sector

- **Perspectiva de género:** incluir una perspectiva de género en la planificación y ejecución de las políticas de salud, reconociendo las desigualdades y particularidades de cada colectivo.
- **Involucrar al tercer sector en las políticas públicas:** promover que el tercer sector sea parte activa en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud, dadas sus particularidades en el trabajo con colectivos vulnerables.
- **Desinstitucionalización:** promover que las comunidades generen oportunidades accesibles y saludables para las personas, evitando la institucionalización de personas en riesgo de exclusión.
- **Promoción de la autonomía personal:** implementar equipos de intervención comunitaria que promuevan la autonomía personal, especialmente en personas en situación de sinhogarismo o exclusión social.
- **Atención asertiva comunitaria:** promover la atención comunitaria integral y multidisciplinaria, con enfoque sanitario y social, para apoyar a las personas en su entorno natural.
- **Coordinación socio-sanitaria:** mejorar la coordinación entre los recursos sociosanitarios y asegurar que se trabaje de manera conjunta para abordar los determinantes sociales de la salud.
- **Desarrollo de comunidades accesibles y saludables:** fomentar entornos que sean accesibles y promuevan la salud para toda la ciudadanía, con una atención particular a los colectivos vulnerables.
- **Visibilización del tercer sector como recurso de atención primaria:** reconocer al tercer sector como parte fundamental del sistema de atención primaria y salud comunitaria, integrándolo en la estructura oficial de salud.

En este grupo se profundizó en el debate sobre la transversalización de la perspectiva de género y en relación con este tema, una de las personas entrevistadas también compartió su preocupación sobre la importancia que se le da a la prevención de la violencia de género en el ámbito de la gestión pública.

“Me preocupa mucho el aumento de víctimas de violencia de género, el mes pasado, por ejemplo, yo tenía cuatro mujeres víctimas de violencia de género en mi consulta, a mí me llamó la atención. Me preocupa. Pero mira, el mes de agosto las compañeras se van de vacaciones y no se sustituye a mí me parece un auténtico disparate que un servicio de atención a la mujer se quede sin personal, por supuesto las compañeras se tienen que ir

de vacaciones faltaría más, ¿no? Lo que yo estoy cuestionando es que no se haya sustituido ese trabajo de acompañamiento emocional. Entonces ¿qué lugar ocupa ese tema en la gestión pública?” (E04)

Con respecto al debate sobre la desinstitucionalización y el futuro de los cuidados, resulta interesante destacar la reflexión surgida en una de las entrevistas que pone el foco en la necesidad de anticiparse a la situación que viene dada por la crisis de cuidados y cómo este contexto ofrece una oportunidad para configurar nuevos espacios residenciales y nuevas figuras de cuidado, acreditadas, formadas según las necesidades de las personas que demandan atención:

“Si tú estableces una línea clara donde hay cuidadores formales, retribuidos y formados con una acreditación, no tendría por qué ser un problema la desinstitucionalización. Porque ya te digo que la institucionalización no va a ser posible porque no hay infraestructura, no existe infraestructuras para la institucionalización, para lo que nos viene, no existe infraestructura suficiente y no se van a crear cuando esto venga y la mayor parte de la gente necesita infraestructuras, no infraestructuras como las conocemos, a lo mejor mini residencias o espacios comunitarios donde puedan voluntariamente, pues vivir cinco o seis personas y puedan compartir, pues un fisioterapeuta que les ayuda a hacer una tabla, una situación de aprendizaje. Puede existir un modelo diferenciado eso no excluye que el otro modelo también tenga que existir. Yo creo que no se trata de apostar solamente por una cuestión. (...) yo creo que si caminamos hacia eso sí podríamos dar, porque los ayuntamientos pueden aportar, necesitamos a lo mejor apostar también por el trabajo social, necesitamos también apostar por otras figuras que también pueden aportar valor, entonces yo creo que todo eso, sí es capaz de trabajar en red, en lo local y saber que podemos tener terapeutas ocupacionales o saber que podemos tener animadores socioculturales, que se mejora y se conoce la asociación de vecinos donde se pueden hacer actividades, o sea, yo creo que sí se pueden hacer muchas cosas sin renunciar a que el modelo único sea “ya no hay instituciones”, porque siempre van a haber situaciones en las que se necesiten, la cuestión es tener identificados y adelantarnos bien a los requerimientos y las necesidades de cada paciente, que son cambiantes (...)”(E05)

“A lo mejor hacer una formación acreditada donde la gente pueda decir, pues mira, somos cuidadores formales. Nos han enseñado y nos han dado esta acreditación, algo sencillo, una formación para personas con bajo requerimiento, para personas con estas necesidades y luego a eso lo escalas y lo escalas según las necesidades. El modelo de Canterbury en Nueva Zelanda es un modelo que creemos que funciona bastante bien, que aborda la cronicidad y que aborda la patología y que aborda todo desde esa red local, donde hay que hacer gestión de casos, no sirven medidas generalizadas, se trata de hacer gestión de casos, vamos a hablar de cada situación que nos está generando un gran consumo de recursos y eso tiene nombre y apellidos y cada uno aporta el valor que tiene: el auxiliar administrativo el valor de saber que le gestiona las citas al mismo día y el transporte sanitario si lo necesita, la trabajadora social del ámbito sanitario o del Ayuntamiento, el fisioterapeuta, las personas que están en la Asociación de Vecinos, en la asociación de pacientes que de esa patología... yo creo que hay que ir a esos modelos”. (E05)

“(...) muchas de las enfermeras que son las grandes depositarias de la parte de los cuidados dentro de nuestra estructura sanitaria, me decían: “pues mira es que yo si voy al domicilio de esta señora, la cura, a lo mejor no me va a llevar nada más que 15 minutos, pero es que soy la única persona con la que va a hablar ese día y como soy la única persona ya yo sé que no voy a salir de esa casa al menos de una hora”. La cura a lo mejor es lo de menos, pero de paso tengo que dejar organizado lo que tiene en la nevera o colocarle tal, porque la señora no se puede mover, entonces terminan haciendo profesionales que irían a ser una actividad asistencial pura y dura y simultáneamente preventiva, una labor casi que tendría que hacer un cuidador principal o algún familiar o algún profesional del Ayuntamiento porque solamente tienen una hora para ayudar al baño, entonces todo eso genera grandes bolsas de ineficiencia también me creo que eso es un tema muy importante” (E05)

Reforzando este discurso, una de las entrevistas destaca la distancia que percibe entre la realidad social y el enfoque que muchas veces ofrecen los equipos sanitarios, siendo también una narrativa presente la dificultad extrema de acceder a hábitos de vida saludable, para personas que viven en un contexto de exclusión socio económica, donde el acceso a la vivienda digna aparece como un factor recurrente en la población canaria.

“Una estrategia eficaz, sería salir a la calle con equipos especializados y eso no quiere decir que las curas se vayan a hacer en el barranco, porque no sería digno, la cura se tiene que hacer en el centro de salud, pero que se puedan hacer salidas para hacer una intervención de salud integral. Es abrir las puertas a la realidad de algunas personas que están en exclusión social y que es importante que los equipos sanitarios conozcan”. (E06)

El hábito de vida más nefasto que tenemos ahora mismo es pagar el alquiler. (E07)

Los discursos de profesionales del tercer sector reclaman mayor coordinación socio sanitaria, mayor participación en el diseño de políticas públicas de salud, visibilización de entidades del tercer sector como recursos del sistema de atención primaria y salud comunitaria. Estos elementos también surgen en las narrativas de las personas entrevistadas que plantean la necesidad de revisar las estructuras organizativas del sistema de atención primaria.

“Hay que descentralizar. La atención primaria tiene que reformarse. Aquí desde los años 80 que se crea la Ley General de Sanidad, en los 90 que se intenta hacer algo que nunca fue, se entendió que la atención primaria era lo que estaba dentro de un edificio que se llamaba centro de salud y eso no es así, eso para nada es así y ni siquiera lo decía el papel. Lo admitimos y sabemos que es una estructura de poder. Es decir, se diseñaron “unos adentros” de la atención primaria muy claritos, muy delimitados por un fortín, que es un edificio que se llame cómo se llame con unos cuantos profesionales ahí: enfermeros médicos trabajos sociales y demás y todo lo demás quedó fuera, después lo comunitario quedó como bueno con la hermana pobre de tal, los farmacéuticos se exiliaron en sus rincones tipo exilio dorado y cada uno trabajó a su cuenta” (E07)

“Yo empezaría por cambiar incluso la estructura de cómo está físicamente constituido un centro de salud, incluiría dentro de la atención primaria de salud y dentro de los equipos de atención primaria de salud, a la farmacia, también por supuesto a las asociaciones relevantes del barrio que trabajan en salud (...) La farmacia es parte de la atención prima-

ria y como parte de la atención primaria debería estar participando en la gobernanza de cómo se entiende la salud de los territorios, de los barrios. Atención primaria son muchos microsistemas.” (E07)

En las narrativas de los grupos focales se explicita la propuesta de programas asertivos en la comunidad, reconociendo que los mismos no aportan un procedimiento terapéutico especialmente novedoso, sino más bien promueven una atención más coordinada, estructurada e individualizada a las necesidades reales de cada paciente, dando lugar a los recursos existentes en el territorio como activos de salud. En este sentido, los discursos de las entrevistas subrayan también la necesidad de poner en valor las actuaciones que ya existen en cada contexto especialmente las de entidades sociales que pueden cumplir un papel importante en la atención primaria.

“Las asociaciones que están trabajando, que están muy depauperadas, es decir porque si hay presupuesto en trabajo, en atención primaria y demás, vamos a establecer cauces de comunicación con asociaciones, trabajo en red, sinergia eficiente y financiada. Pues porque al final eso funcionaría. Ahora mismo con el tema de la inmensa polimedicación que estamos teniendo, estamos financiando a empresas grandes, multinacionales, que no están generando ni empleo, ni trabajo en el territorio. Ya sabemos de más, así que no hace falta darle más vueltas, que la salud pública va mucho más allá de la medicalización y va en promocionar situaciones buenas y ¿por qué no podemos empezar a trabajar con asociaciones, empresas pequeñas, etc. que estén dando trabajo en el territorio? (E07)

Coincidencias de los grupos en relación con las propuestas

Las propuestas con máxima coincidencia (todos los grupos) son:

- Mejorar la coordinación entre sectores y sistemas (sanitario, sociosanitario, comunitario)
- Promover la alimentación saludable en escuelas.

Las propuestas destacadas con alta coincidencia (3 de 5 grupos) son:

- Escuchar las necesidades de la población: la participación activa de las comunidades es clave para asegurar que las intervenciones sean relevantes y sostenibles.
- Educación emocional en la escuela: responde a los problemas de salud mental y falta de educación emocional identificados en el diagnóstico, particularmente en jóvenes.
- Programas estables y continuos: garantizar la sostenibilidad de las intervenciones es esencial para lograr un impacto a largo plazo.
- Involucrar a la comunidad y sus asociaciones en la promoción de la salud: refuerza la necesidad de trabajar colectivamente para enfrentar los desafíos de salud.
- Uso de metodologías participativas: vinculado con la escucha activa y la integración comunitaria, asegura que las intervenciones estén alineadas con las realidades locales.
- Crear mesas intersectoriales para acciones conjuntas: similar a la propuesta de coordinación entre sectores, esta iniciativa fomenta la colaboración para implementar estrategias efectivas.

Las propuestas con relevancia media (2 de 5 grupos):

- Promoción de hábitos saludables desde la infancia: responde directamente a la preven-

ción de problemas como sedentarismo, obesidad y problemas alimentarios.

- Talleres interactivos y prácticos en vez de charlas puntuales: asegura la efectividad en la transmisión de conocimientos y habilidades, promoviendo cambios de comportamiento.
- Reducción de la burocracia y mejora de sistemas de información integrados: facilita la implementación de programas y mejora el acceso a servicios.
- Intervenciones intergeneracionales para la cohesión social: aborda problemas de aislamiento social y promueve el intercambio de experiencias entre generaciones.
- Promover actividades físicas en horario escolar: combate directamente el sedentarismo y promueve hábitos saludables desde temprana edad.
- Formación de competencias prácticas para la promoción de la salud: refuerza habilidades concretas que fomentan la adopción de estilos de vida saludable.

En cuanto a las propuestas específicas o con menor coincidencia (solo un grupo) son iniciativas que abordan temas puntuales pero relevantes para grupos específicos o contextos locales:

- Adaptación de programas según edad y necesidades.
- Prevención de la dependencia y control de polifarmacia en mayores.
- Planes de adaptación domiciliaria para personas mayores.
- Prescripción de actividad física desde atención primaria.
- Educación alimentaria desde la infancia.
- Financiación estable para programas.
- Participación de enfermería en el ámbito educativo.
- Mapear activos de salud y promover su uso.
- Mayor coordinación entre familia, escuela y comunidad.
- Fomentar ejemplos vicarios de hábitos saludables (profesorado).
- Promover descansos activos en clases.
- Impulsar el aprendizaje-servicio en adolescentes.
- Orientación educativa según necesidades territoriales.
- Desinstitucionalización y generación de oportunidades accesibles en comunidades.
- Promoción de la autonomía personal en personas en exclusión social.
- Desarrollo de comunidades accesibles y saludables.
- Visibilización del tercer sector como parte fundamental de la atención primaria.
- Incluir la perspectiva de género en el ámbito de la salud en general y la salud comunitaria en particular.

Coincidencias en la definición de las propuestas entre los grupos (en orden de número de coincidencias)

Propuesta	Administración Pública	Profesionales del Ámbito de la Salud	Profesionales del Ámbito Educativo	Colegios Profesionales	Tercer Sector
Mejorar la coordinación entre sectores y sistemas (sanitario, sociosanitario, comunitario)					

Propuesta	Administración Pública	Profesionales del Ámbito de la Salud	Profesionales del Ámbito Educativo	Colegios Profesionales	Tercer Sector
Promover la alimentación saludable en escuelas					
Escuchar las necesidades de la población					
Programas estables y continuos					
Involucrar a la comunidad y sus asociaciones en la promoción de la salud					
Uso de metodologías participativas					
Crear mesas intersectoriales para acciones conjuntas					
Educación emocional					
Promoción de hábitos saludables desde la infancia					
Talleres interactivos y prácticos en vez de charlas puntuales					
Reducción de la burocracia y mejora de sistemas de información integrados					
Intervenciones intergeneracionales para cohesión social					
Promover actividades físicas en horario escolar					
Formación de competencias prácticas para la promoción de la salud					
Adaptación de programas según la edad y necesidades					
Campañas de sensibilización sostenidas en el tiempo					
Desarrollo de comunidades accesibles y saludables. Fortalecimiento comunitario					
Fortalecimiento de la red del tercer sector como recurso en atención primaria					
Diferenciar intervenciones según grupos de edad (enfoque a la dependencia en mayores)					

Propuesta	Administración Pública	Profesionales del Ámbito de la Salud	Profesionales del Ámbito Educativo	Colegios Profesionales	Tercer Sector
Prevención de la dependencia y control de polifarmacia en mayores					
Planes de adaptación domiciliaria para personas mayores					
Prescripción de actividad física desde atención primaria					
Educación alimentaria desde la infancia					
Financiación estable para programas					
Participación de enfermería en el ámbito educativo					
Mapear activos de salud y promover su uso					
Mayor coordinación entre familia, escuela y comunidad					
Fomentar ejemplos vicarios de hábitos saludables (ej. profesorado)					
Promover descansos activos en clases					
Impulsar el aprendizaje-servicio en adolescentes					
Orientación educativa según necesidades territoriales					
Desinstitucionalización y generación de oportunidades accesibles en comunidades					
Promoción de la autonomía personal en personas en exclusión social					
Visibilización del tercer sector como parte fundamental de la atención primaria					
Incluir perspectiva de género en el ámbito de la salud					

Recomendaciones metodológicas a partir del trabajo de campo (grupos focales y entrevistas):

El trabajo de campo buscó dar respuesta a los objetivos planteados en cuanto a conocer la percepción de diferentes profesionales sobre los principales hábitos de vida no saludable en el contexto de trabajo y también, identificar las necesidades que presentan diferentes ámbitos profesionales para promover hábitos de vida saludable. Centrándonos en esta segunda finalidad y reconociendo la complejidad y amplitud de la temática, no se pretende en este informe ofrecer una hoja de ruta estática y acabada, pero sí, destacar algunas reflexiones que pueden ser el marco de un modelo metodológico, de una lógica de gestión que afronte los desafíos y necesidades detectadas. Las narrativas obtenidas en el trabajo de campo describen un modelo metodológico de gestión de la salud pública en la promoción de hábitos de vida saludable.

Modelo metodológico de gestión de la salud pública en la promoción de hábitos de vida saludable: trabajo coordinado entre los diferentes sectores y sistemas (coordinación interna y externa) que garantice programas financiados de forma que resulten estables y continuos, partiendo de la participación de las personas involucradas (profesionales y ciudadanía) a través de un proceso de escucha que dé lugar a valoraciones y propuestas de mejora de las diferentes líneas de actuación, con el objetivo de trabajar colectivamente para enfrentar los desafíos en la promoción de hábitos de vida saludable en Canarias.

Para alcanzar esta propuesta, se podrían crear espacios colaborativos de trabajo⁶ en los que participen activamente profesionales del ámbito sanitario, educativo y social comunitario, reconociendo al tercer sector un actor importante en el ámbito de la atención primaria, incluyendo la perspectiva de género como un análisis prioritario que permite un abordaje interseccional⁷ en la promoción de hábitos de vida saludable en Canarias.

6 Como ejemplo se podría retomar el trabajo en las mesas intersectoriales.

7 En este informe, proponemos la interseccionalidad como una herramienta analítica que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir del cruce de diferentes factores sociales como el género, la etnia, el origen, la clase social, etc.

**Encuesta sobre la
percepción de los hábitos
de vida saludable en
Canarias de los/as
profesionales del ámbito
sanitario, educativo y
socio-comunitario**

Uno de los factores que incide en la implementación de políticas y estrategias para la promoción de estilos de vida saludable es la percepción y el conocimiento que tienen los y las profesionales que trabajan directamente con la población en los ámbitos sanitario, educativo y social-comunitario. Esta encuesta surge de la necesidad de evaluar la concordancia entre la percepción de estos profesionales y la tendencia real de los hábitos de vida de la población canaria. La importancia de esta encuesta radica en que estos equipos profesionales son agentes clave en la implementación de estrategias de promoción de la salud y su percepción puede influir significativamente en la efectividad de las intervenciones. A raíz de los resultados obtenidos en esta encuesta, se pueden plantear medidas específicas orientadas a informar y formar profesionales del ámbito sanitario, educativo y socio-comunitario sobre aspectos específicos y útiles para la promoción de los hábitos de vida saludable.

Objetivos

El primer objetivo de esta encuesta es analizar la percepción que tienen los/as profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y social-comunitario sobre los hábitos de vida saludable en Canarias, contrastándola con los datos obtenidos de la Encuesta de Salud de Canarias (ESC, 2021). Este análisis permitirá identificar posibles discrepancias entre la percepción profesional y la realidad, lo que podría tener implicaciones importantes en la planificación y ejecución de programas de promoción de la salud.

El segundo objetivo de esta encuesta es priorizar diferentes estrategias de acción para la promoción de hábitos de vida saludable, considerando las prioridades identificadas según el área de trabajo de los/as profesionales. Esta priorización ayudará a optimizar los recursos y a diseñar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de cada sector.

Metodología

La metodología de la encuesta, de tipo cuantitativo, se basa en una encuesta online autoadministrada realizada mediante el software *Qualtrics*, una plataforma especializada en la creación y distribución de encuestas digitales que permite una recopilación eficiente de datos y ofrece herramientas avanzadas de análisis.

El cuestionario se ha organizado en tres bloques con un total de 42 preguntas (ver anexos): información sobre las percepciones de los/as profesionales sobre hábitos de vida saludable en la población canaria; priorización de líneas estratégicas de acción para la promoción de la salud; recogida de variables demográficas y profesionales de las personas encuestadas.

El análisis de los datos recopilados incluye la comparación de percepciones contrastando las percepciones de los/as profesionales con los datos reales de la encuesta de hábitos de vida saludable (Encuesta de Salud de Canarias, 2021 y otros indicadores sanitarios provenientes del Instituto Estadístico de Canarias, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad); y se analizan las respuestas sobre priorización de líneas de acción, segmentando por área profesional y realizando pruebas de significancia para identificar diferencias entre grupos.

Muestra de la encuesta

El universo poblacional de esta encuesta está conformado por el conjunto de profesionales en Canarias del sector público, tanto sanitario como educativo, y del ámbito social y comunitario, tanto público como privado, vinculados a la intervención en salud.

Para calcular el tamaño de la muestra adecuada para esta encuesta, se ha seguido un procedimiento estándar de cálculo de muestras para poblaciones finitas, tomando en cuenta la necesidad de segmentar por área (sanitaria, educativa y socio-comunitaria) y equilibrando la muestra por islas.

No teniendo acceso a cifras oficiales sobre el tamaño exacto de los subgrupos sanitario, educativo y socio-comunitario, el universo total de profesionales se ha estimado a partir la información contenida en los presupuestos del Gobierno de Canarias (39.000 sanitarios y 29.000 personal docente) y aproximando las personas que son parte de entidades del Tercer Sector que han recibido financiación pública (15.000 personas). Esto nos da un universo total de 83.000 profesionales en Canarias. El cálculo de la muestra teórica se ha llevado a cabo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Para asegurar que la muestra sea representativa de los tres grupos profesionales (sanitario, educativo, socio-comunitario) y de las islas se han distribuido proporcionalmente a su tamaño en el universo.

Con base en estos datos, se ha calculado una muestra teórica de 381 profesionales distribuidos proporcionalmente entre los sectores sanitario, educativo y socio-comunitario, y equilibrada por islas.

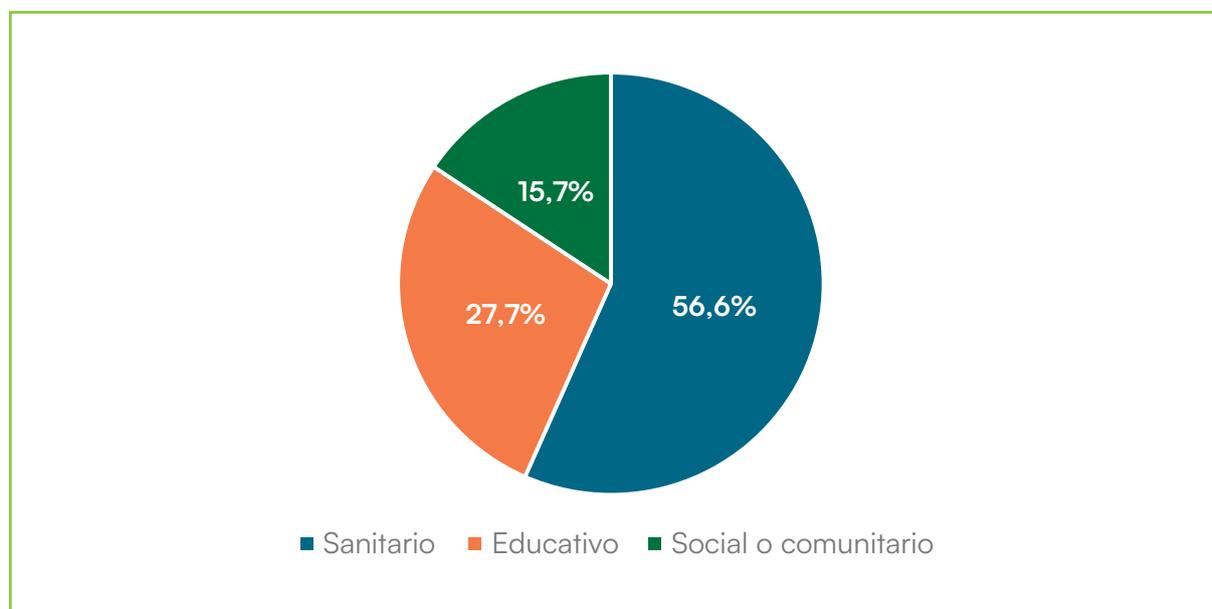
Las personas encuestadas han sido captadas a través de un correo de invitación enviado a los centros de trabajo y bola de nieve.

Puesto que la muestra final ha sido de 1.277 personas, obtenida de un universo de 83.000, en esta encuesta se trabaja con un margen de error del 2,72% y un nivel de confianza muy cercano al 99%. Esto significa que la muestra tiene una alta precisión para representar los resultados de la encuesta sobre la población profesional de Canarias.

La muestra total se divide en tres grandes ámbitos: el sanitario, el educativo y el social o comunitario. La mayor parte de las personas encuestadas proviene del ámbito sanitario (723 profesionales, equivalente al 56,6% de la muestra), seguido por el ámbito educativo con 354 profesionales (27,7%) y, finalmente, el ámbito social o comunitario con 200 profesionales (15,7%).

Distribución de la muestra según ámbito

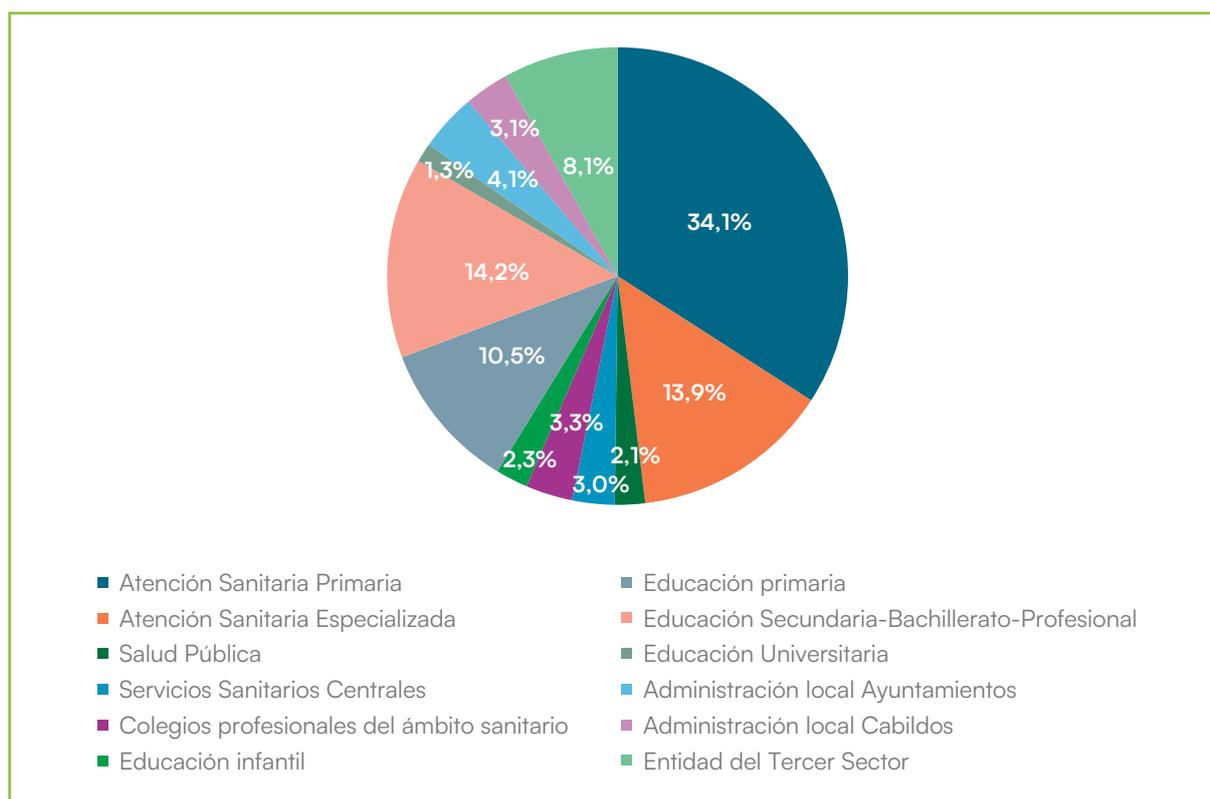
Ámbito	Frecuencia	Porcentaje
Sanitario	723	56,6 %
Educativo	354	27,7 %
Social o comunitario	200	15,7 %
Total	1277	100,0 %



En cuanto al área de trabajo específica, la mayoría de los/as profesionales del ámbito sanitario se concentran en la Atención Primaria (436 profesionales, 34,1%), seguida de Atención Especializada (178, 13,9%) y en menor proporción Salud Pública (27, 2,1%). En el ámbito educativo, las personas encuestadas se distribuyen principalmente en Educación Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional (181, 14,2%), Educación Primaria (134, 10,5%) y Educación Infantil (29, 2,3%). En el ámbito social y comunitario, destaca la participación de entidades del tercer sector (103, 8,1%).

Distribución de la muestra según área de trabajo

Área	Frecuencia	Porcentaje
Atención Sanitaria Primaria	436	34,1 %
Atención Sanitaria Especializada	178	13,9 %
Salud Pública	27	2,1 %
Servicios Sanitarios Centrales	38	3,0 %
Colegios profesionales del ámbito sanitario	42	3,3 %
Educación infantil	29	2,3 %
Educación primaria	134	10,5 %
Educación Secundaria-Bachillerato-Profesional	181	14,2 %
Educación Universitaria	17	1,3 %
Administración local Ayuntamientos	52	4,1 %
Administración local Cabildos	40	3,1 %
Entidades del Tercer Sector	103	8,1 %
Total	1277	100,0 %



En términos de nivel educativo, se observa que un 91,5% de las personas encuestadas cuenta con estudios superiores, lo que refuerza el perfil cualificado de los/as profesionales. Los porcentajes se mantienen equilibrados entre los tres ámbitos, con una ligera variación, especialmente en el ámbito social o comunitario, donde un 75% posee educación superior y un 22% nivel intermedio.

Nivel educativo

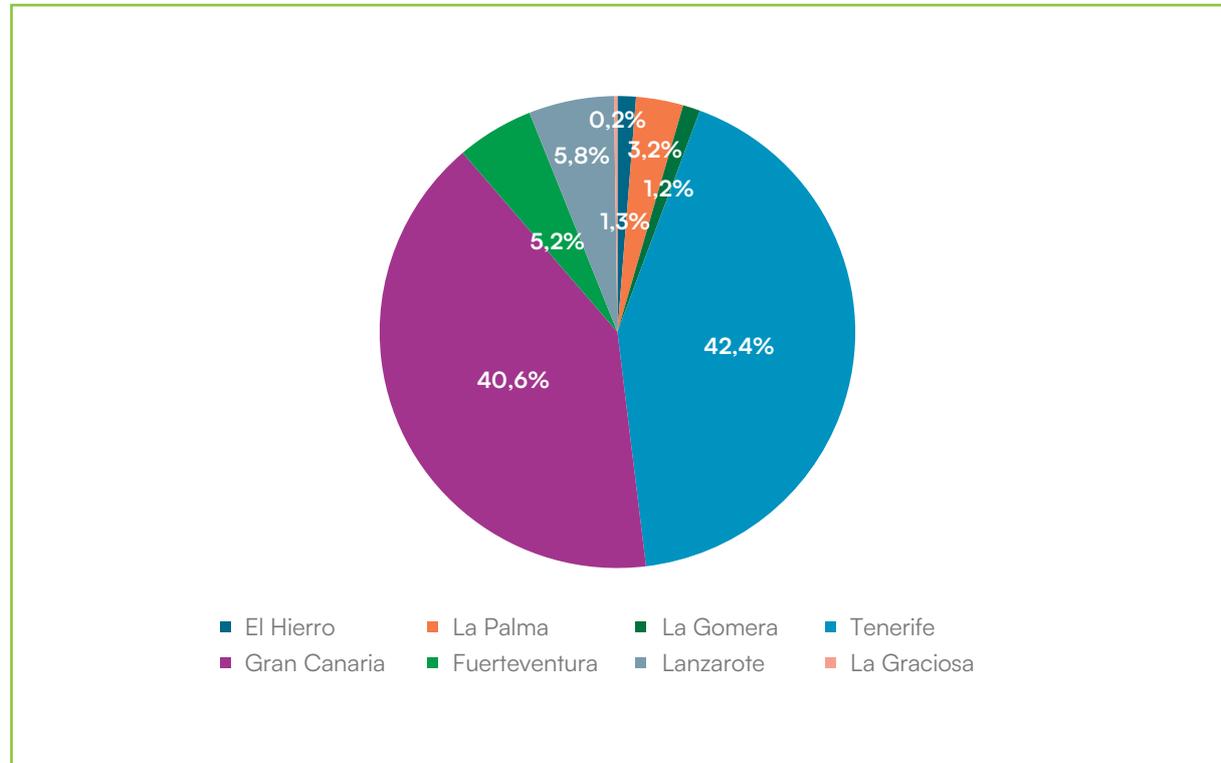
Nivel de enseñanza reglada	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Básico e inferior	0,30%	1,10%	3,00%	0,90%
Intermedio	5,80%	2,80%	22,00%	7,50%
Superior	93,90%	96,00%	75,00%	91,50%



La muestra incluye a profesionales de todas las islas del archipiélago canario. Tenerife (542, 42,4%) y Gran Canaria (519, 40,6%) son las islas con mayor representación. Fuerteventura, Lanzarote y La Palma tienen una representación menor, mientras que islas como La Graciosa, El Hierro y La Gomera cuentan con 3, 16 y 15 profesionales respectivamente.

Distribución de la muestra según Isla

Isla	Frecuencia	Porcentaje
El Hierro	16	1,3 %
La Palma	41	3,2 %
La Gomera	15	1,2 %
Tenerife	542	42,4 %
Gran Canaria	519	40,6 %
Fuerteventura	67	5,2 %
Lanzarote	74	5,8 %
La Graciosa	3	0,2 %
Total	1277	100,0 %



El análisis por municipios revela que Las Palmas de Gran Canaria (275 personas encuestadas, 21,5%) y Santa Cruz de Tenerife (142 personas encuestadas, 11,1%) son los municipios con mayor representación. Otros municipios como San Cristóbal de La Laguna (158, 12,4%) y Telde (59, 4,6%) también cuentan con una presencia significativa de profesionales.

Distribución de la muestra según municipio

Adeje	10	0,8 %	Tenerife
Arafo	2	0,2 %	
Arico	1	0,1 %	
Arona	21	1,6 %	
Buenavista del Norte	2	0,2 %	
Candelaria	16	1,3 %	
Fasnia	2	0,2 %	
Garachico	3	0,2 %	
Granadilla de Abona	14	1,1 %	
La Guancha	2	0,2 %	
Guía de Isora	8	0,6 %	
Güímar	12	0,9 %	
Icod de los Vinos	8	0,6 %	
La Matanza de Acentejo	7	0,5 %	
La Orotava	16	1,3 %	
Puerto de la Cruz	12	0,9 %	
Los Realejos	21	1,6 %	
El Rosario	17	1,3 %	
San Cristóbal de La Laguna	158	12,4 %	
San Juan de la Rambla	2	0,2 %	
San Miguel de Abona	7	0,5 %	
Santa Cruz de Tenerife	142	11,1 %	
Santa Úrsula	14	1,1 %	
Santiago del Teide	3	0,2 %	
El Sauzal	2	0,2 %	
Tacoronte	23	1,8 %	
Tegueste	15	1,2 %	
La Victoria de Acentejo	2	0,2 %	

Breña Alta	4	0,3 %	La Palma
Breña Baja	8	0,6 %	
Los Llanos de Aridane	10	0,8 %	
El Paso	5	0,4 %	
Puntagorda	3	0,2 %	
San Andrés y Sauces	1	0,1 %	
Santa Cruz de la Palma	5	0,4 %	
Tazacorte	2	0,2 %	
Tijarafe	1	0,1 %	
Villa de Mazo	2	0,2 %	
Alajeró	1	0,1 %	
Hermigua	1	0,1 %	
San Sebastián de la Gomera	10	0,8 %	
Valle Gran Rey	3	0,2 %	
El Pinar	2	0,2 %	El Hierro
La Frontera	2	0,2 %	
Valverde	12	0,9 %	
Agaete	4	0,3 %	Gran Canaria
Agüimes	24	1,9 %	
La Aldea de San Nicolás	1	0,1 %	
Arucas	32	2,5 %	
Firgas	9	0,7 %	
Gáldar	25	2,0 %	
Ingenio	15	1,2 %	
Mogán	5	0,4 %	
Moya	5	0,4 %	
Las Palmas de Gran Canaria	275	21,5 %	
San Bartolomé de Tirajana	8	0,6 %	
Santa Brígida	11	0,9 %	
Santa Lucía de Tirajana	29	2,3 %	
Santa María de Guía de Gran Canaria	7	0,5 %	
Tejeda	1	0,1 %	
Telde	59	4,6 %	
Teror	7	0,5 %	
Valleseco	2	0,2 %	
Valsequillo de Gran Canaria	6	0,5 %	
Vega de San Mateo	5	0,4 %	

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la comparación entre la percepción de los hábitos de vida saludable según ámbito de trabajo: sanitario, educativo y social-comunitario.

Por cada uno de los ítems del cuestionario se detallará la distribución según ámbito de trabajo⁸ y, cuando sea posible, se comparará este resultado con los datos recogidos en la Encuesta de Salud de Canarias (2021), evidenciando qué proporción de las personas encuestadas ha coincidido con los resultados de la encuesta.

⁸ Se destacará cuando las diferencias entre ámbitos profesionales son estadísticamente significativas y, para ello, se utilizará el chi-cuadrado (χ^2), una prueba estadística que evalúa la asociación o independencia entre variables categóricas. En este caso permite evaluar si la distribución porcentual de dos (o más) variables es significativamente diferente de lo que se esperaría si no existiera asociación entre ellas. Cuando el valor de la prueba es menor a 0,05 se considera que la diferencia entre grupos es significativa: $p < 0,05$. En el texto se reportará cuando el p valor sea menor del 0,05 o menor del 0,01.

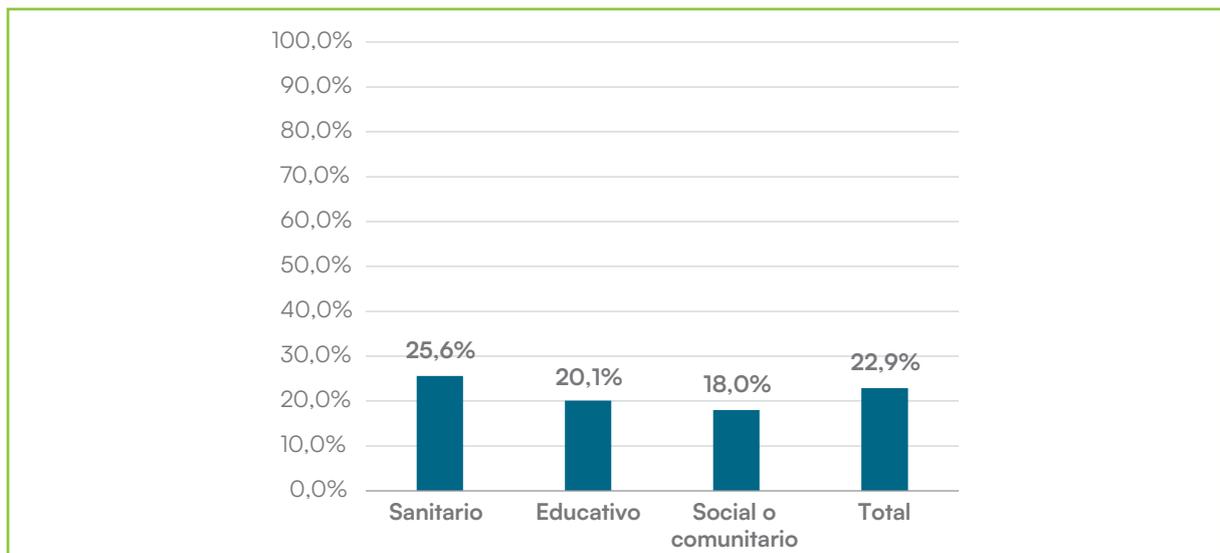
Pregunta 1: ¿La esperanza de vida en Canarias es más alta, igual o más baja respecto a la media española?

En relación con la esperanza de vida en Canarias respecto a la media española, los datos revelan que la esperanza de vida en Canarias es ligeramente inferior a la media nacional, situándose en 81,78 años, mientras que en España es de 83,08 años (ESC, 2021). Este patrón no ha cambiado significativamente en los últimos años, lo que contrasta con el aumento general registrado a nivel nacional. En cuanto a las percepciones de los/as profesionales, se observa que los perfiles sanitarios son el grupo que más se aproxima a la realidad: el 25,6% de ellos percibe correctamente que la esperanza de vida es más baja en Canarias, aunque una mayoría, el 53,5%, cree que es igual a la media española. Por otro lado, los perfiles profesionales del ámbito educativo muestran una percepción menos ajustada, ya que solo el 20,1% considera que la esperanza de vida es más baja, mientras que el 58,2% cree que es similar a la del resto de España. Los perfiles profesionales sociales y comunitarios presentan la percepción más distante, con solo un 18% que cree que es más baja, reflejando una menor conciencia sobre este aspecto. La tendencia general en todos los grupos profesionales es subestimar la diferencia existente entre Canarias y el resto de España, lo que podría deberse a una percepción sesgada por la menor visibilidad de las diferencias en los indicadores de salud pública a nivel regional.

¿La esperanza de vida en Canarias es más alta, igual o más baja respecto a la media española?⁹

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Más alta	20,90%	21,80%	25,50%	21,80%
Igual	53,50%	58,20%	56,50%	55,30%
Más baja	25,60%	20,10%	18,00%	22,90%

Porcentajes de personas que consideran que la esperanza de vida en Canarias es más baja respecto a la media española según ámbito



⁹ En todas las tablas en negrita se resalta la respuesta que coincide con los resultados de las encuestas oficiales (2021).

Pregunta 2: ¿La esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres en Canarias es más alta?

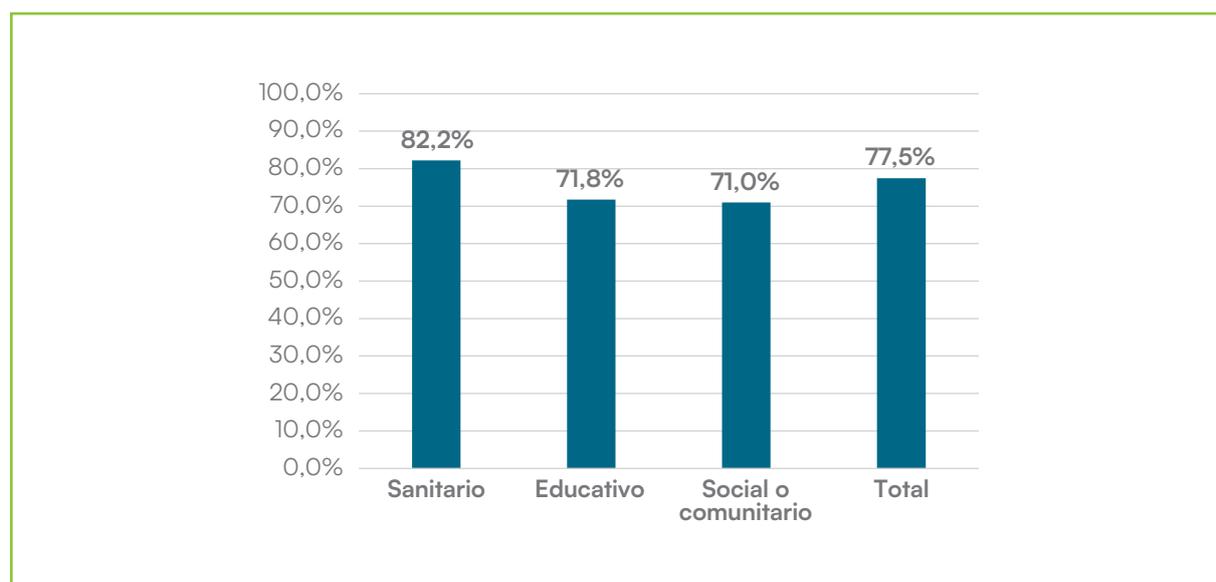
Respecto a la esperanza de vida de los hombres en comparación con las mujeres, los datos indican que existe una diferencia significativa entre ambos sexos en Canarias, con una esperanza de vida de 79,28 años para los hombres y 84,30 años para las mujeres. Esta diferencia de más de cinco años es reconocida en su mayoría por los tres grupos profesionales, especialmente entre los sanitarios, donde el 82,2% identifica que los hombres tienen una esperanza de vida más baja. Entre profesionales educativos, aunque también hay una mayoría que lo reconoce (71,8%), existe una mayor proporción que subestima esta diferencia en comparación con los sanitarios. El grupo de profesionales sociales y comunitarios muestra una tendencia similar, con un 71% que percibe correctamente que la esperanza de vida de los hombres es más baja.

La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,01$).

¿La esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres en Canarias es más alta?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Más alta	6,10%	8,80%	9,50%	7,40%
Igual	11,80%	19,50%	19,50%	15,10%
Más baja	82,20%	71,80%	71,00%	77,50%

Porcentajes de personas que consideran que la esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres en Canarias es más baja



Pregunta 3: ¿Quién considera que tiene una mejor percepción de su propia salud en Canarias?

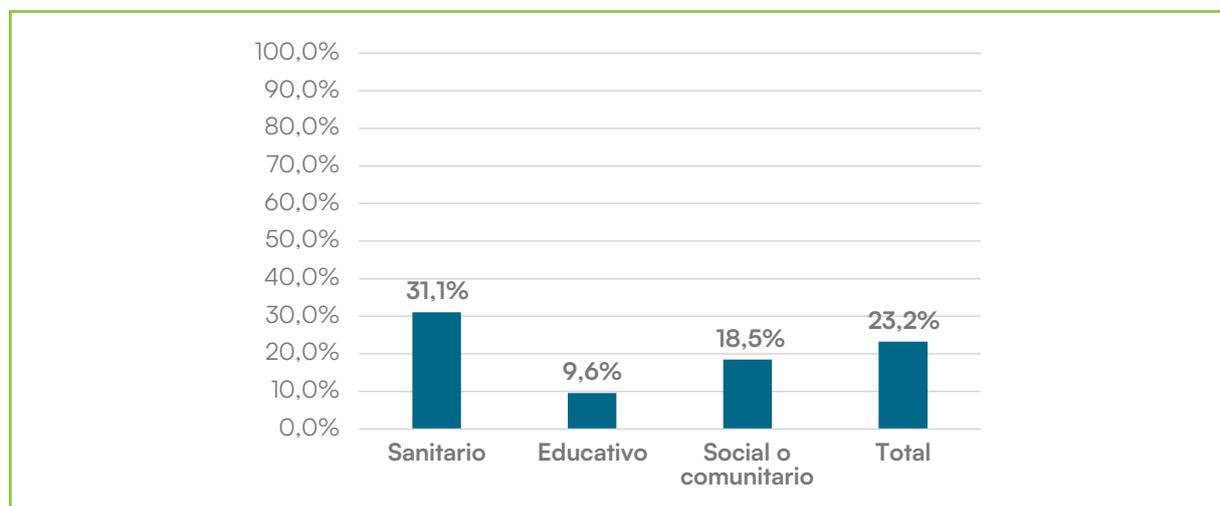
En cuanto a la percepción de la salud propia en Canarias por género, los hombres, en general, tienden a tener una percepción más positiva de su salud que las mujeres, con un 25,85% de los hombres reportando una salud “muy buena” frente al 19,19% de las mujeres (ESC, 2021). Este hecho es identificado correctamente, en mayor medida, por profesionales sanitarios, de los cuales el 31,1% afirma que los hombres perciben mejor su salud. Sin embargo, un porcentaje considerable de este grupo (40%) cree que las mujeres tienen una mejor percepción de su salud. Los perfiles profesionales educativos, por su parte, muestran una clara discrepancia con los datos reales, ya que solo el 9,6% considera que los hombres tienen una mejor percepción, mientras que el 43,5% cree que son las mujeres. Los/as profesionales sociales y comunitarios también subestiman esta diferencia, con solo el 18,5% afirmando que los hombres perciben mejor su salud. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,01$).**

Esta diferencia en las percepciones puede estar influenciada por estereotipos de género, donde se asume que las mujeres tienden a cuidar más de su salud o son más conscientes de su bienestar físico, lo que podría explicar por qué los grupos no sanitarios sobrestiman la autopercepción positiva de las mujeres.

¿Quién considera que tiene una mejor percepción de su propia salud en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	31,10%	9,60%	18,50%	23,20%
Las mujeres	40,00%	43,50%	43,50%	41,50%
Los dos tienen una autopercepción similar	28,90%	46,90%	38,00%	35,30%

Porcentajes de personas que consideran que los hombres tienen una mejor percepción de su propia salud en Canarias



Pregunta 4: ¿Cuál cree que es la principal causa de mortalidad en Canarias?

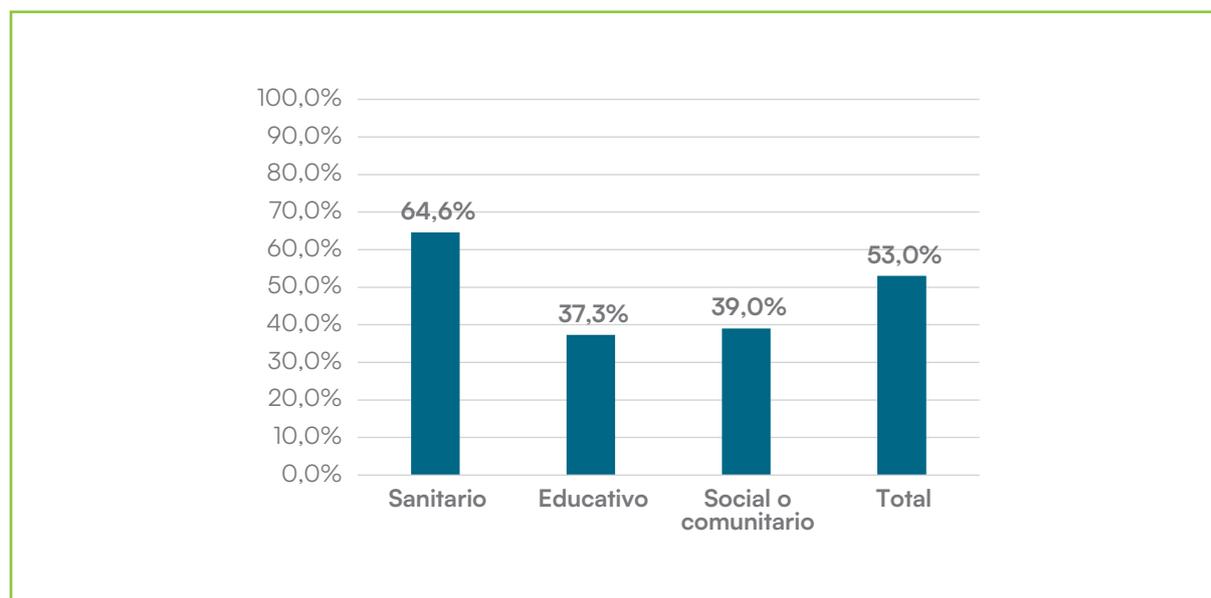
Los datos oficiales de Canarias indican que las enfermedades del sistema circulatorio son responsables de la mayor parte de los fallecimientos, representando el 27,93% del total (ESC, 2021). Esta realidad es bien comprendida por profesionales sanitarios, de los cuales el 64,6% identifica las enfermedades circulatorias como la principal causa de muerte. Sin embargo, entre los perfiles profesionales educativos, solo el 37,3% apunta a estas enfermedades, con un considerable 32,5% que identifica los tumores como la principal causa de mortalidad. Los/as profesionales sociales y comunitarios también muestran un cierto sesgo, con un 39% que reconoce las enfermedades circulatorias, mientras que un 28% señala incorrectamente los tumores. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,01$).**

Esta discrepancia en las percepciones puede estar relacionada con la visibilidad pública de los tumores y el cáncer, que tienden a recibir más cobertura mediática y atención en las campañas de salud pública, mientras que las enfermedades circulatorias, aunque más comunes, no generan tanta alarma social, especialmente en los ámbitos educativos y comunitarios.

¿Cuál cree que es la principal causa de mortalidad en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Tumores	18,40%	32,50%	28,00%	23,80%
Enfermedades del sistema circulatorio	64,60%	37,30%	39,00%	53,00%
Enfermedades respiratorias	6,80%	12,40%	15,50%	9,70%
Otras enfermedades	10,20%	17,80%	17,50%	13,50%

Porcentajes de personas que consideran que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en Canarias



Pregunta 5: Considera que en Canarias el consumo de tabaco, en la última década

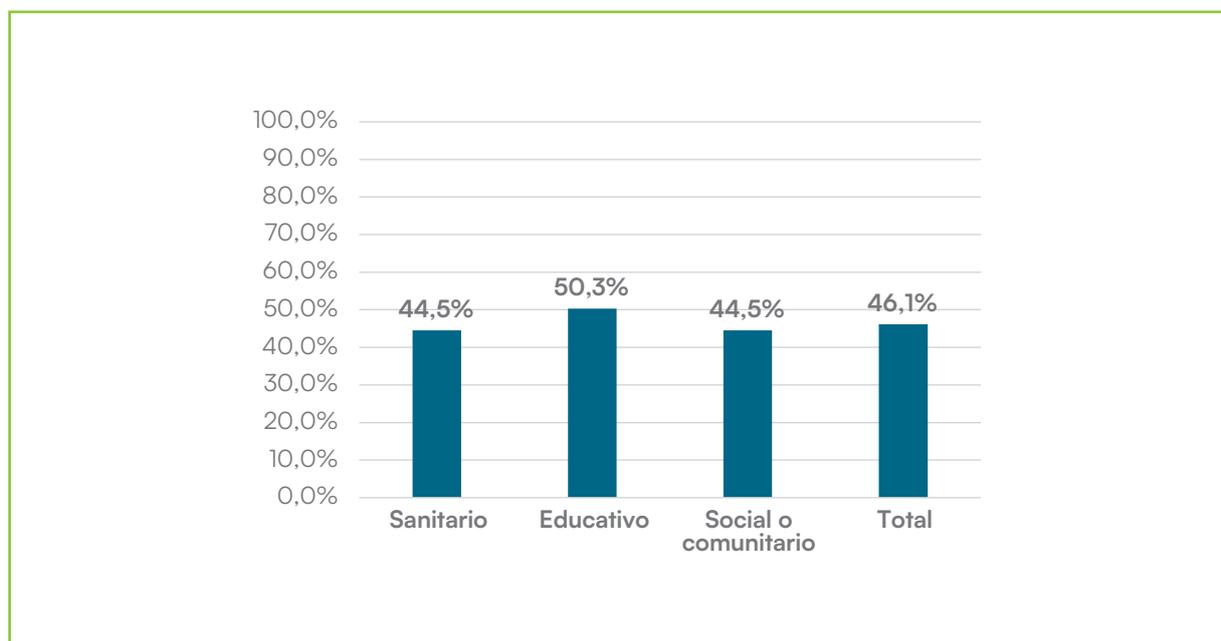
Los datos sobre la evolución del consumo de tabaco en la última década indican una clara disminución en el número de fumadores (ESC, 2021). Esta tendencia es reconocida por el 44,5% de profesionales sanitarios, aunque un porcentaje relevante (35,5%) cree que el consumo ha aumentado. En el ámbito educativo, el 50,3% de profesionales señala que ha disminuido, mientras que un 27,1% cree que ha aumentado. Los perfiles profesionales sociales y comunitarios también presentan una percepción relativamente cercana a la realidad, con un 44,5% que reconoce la disminución. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

Esto sugiere que los/as profesionales sanitarios, a pesar de estar más expuestos a las políticas y campañas antitabaco, pueden sobreestimar el consumo debido al contacto frecuente con pacientes fumadores, mientras que los educadores y trabajadores sociales, que se enfrentan a un panorama más amplio, tienen una percepción más cercana a la realidad. También, el aumento de las nuevas formas de consumo, como los vapeadores, puede influir en la percepción de un aumento del consumo de tabaco, aunque no se trate de la misma sustancia.

Considera que en Canarias el consumo de tabaco, en la última década

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	35,50%	27,10%	35,00%	33,10%
Ha disminuido	44,50%	50,30%	44,50%	46,10%
Se ha mantenido constante	19,90%	22,60%	20,50%	20,80%

Porcentajes de personas que consideran que en Canarias el consumo de tabaco, en la última década ha disminuido



Pregunta 6: ¿Quiénes consumen más tabaco en Canarias?

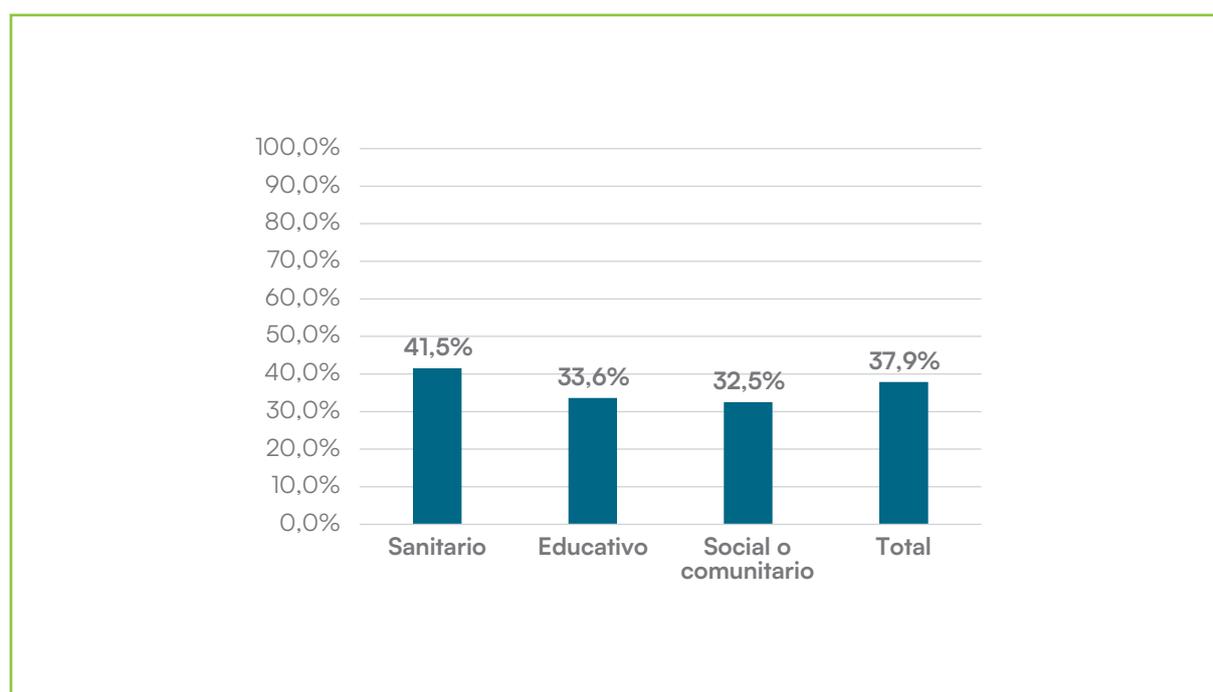
Respecto a quiénes consumen más tabaco en Canarias según el sexo, los datos indican que los hombres son los principales consumidores. En 2021, el 28% de los hombres de entre 45 y 64 años eran fumadores, lo que refleja una tendencia clara hacia una mayor prevalencia de consumo en el sexo masculino. Esta realidad es reconocida por el 41,5% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que los hombres fuman más. Sin embargo, el 33,6% del personal sanitario cree que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que indica una subestimación de esta diferencia.

En el ámbito educativo, solo el 33,6% de profesionales reconoce que los hombres son quienes más consumen tabaco, mientras que una mayor proporción (48,6%) considera que no hay diferencias entre sexos. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar a la de los educativos, con solo un 32,5% que reconoce que los hombres son los mayores consumidores, mientras que un 42,5% cree que no existen diferencias. La diferencia entre ámbitos profesionales no es estadísticamente significativa.

¿Quiénes consumen más tabaco en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Hombres	41,50%	33,60%	32,50%	37,90%
Mujeres	24,90%	17,80%	25,00%	22,90%
No hay diferencia	33,60%	48,60%	42,50%	39,20%

Porcentajes de personas que consideran que los hombres consumen más tabaco en Canarias



Pregunta 7: ¿Qué grupo de edad consume más tabaco en Canarias?

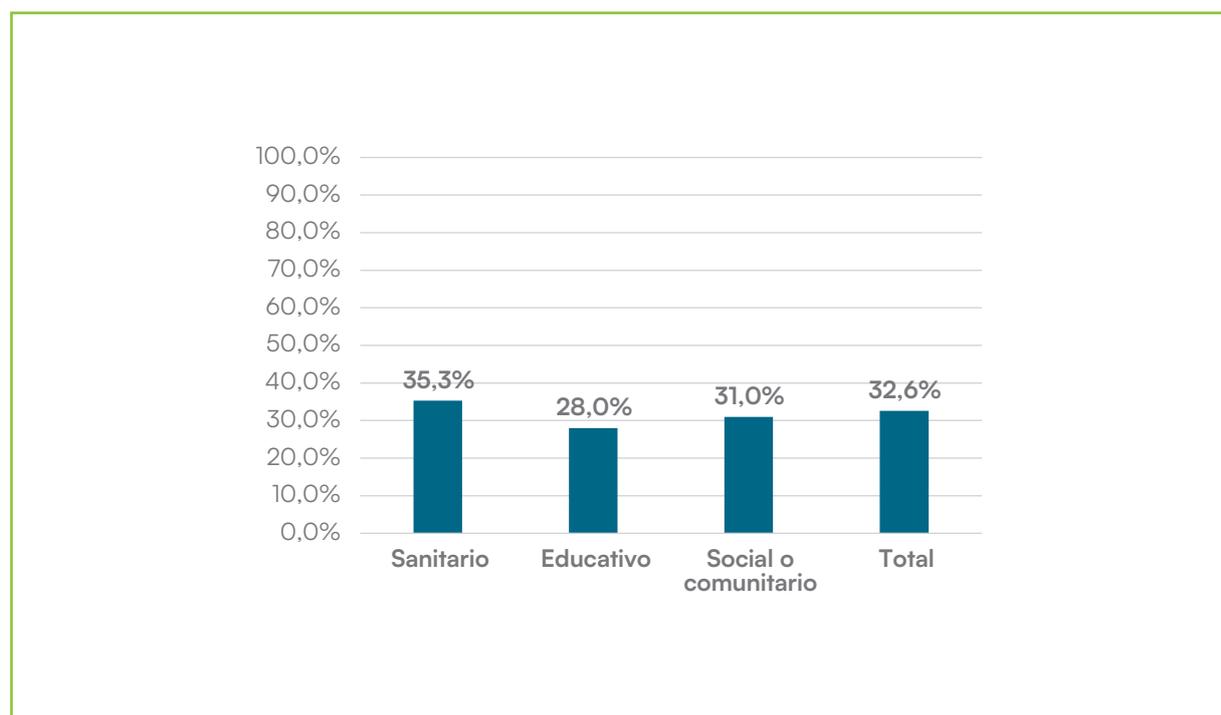
La ESC (2021) evidencia que las personas de entre 45 y 64 años son las que más fuman en Canarias. Esta realidad es captada por el 35,3% de profesionales sanitarios. El 41,8% de los perfiles profesionales del ámbito educativo identifica erróneamente a los jóvenes de 18 a 30 años como los mayores consumidores de tabaco, lo que puede reflejar un sesgo basado en la percepción de los jóvenes como grupo de riesgo para el consumo de sustancias. Los/as profesionales sociales y comunitarios, con un 31% que identifica correctamente al grupo de 45 a 64 años, muestran una percepción más ajustada. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,01$).**

Este patrón sugiere que el contacto cotidiano con adolescentes y jóvenes podría influir en la percepción de los educadores, llevándolos a sobreestimar el consumo de tabaco en estos grupos.

¿Qué grupo de edad consume más tabaco en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
12-17 años	2,20%	3,40%	3,00%	2,70%
18-30 años	32,50%	41,80%	39,50%	36,20%
31-44 años	28,20%	25,40%	25,00%	26,90%
45-64 años	35,30%	28,00%	31,00%	32,60%
65 o más años	1,80%	1,40%	1,50%	1,60%

Porcentajes de personas que consideran que las personas entre 45 y 64 años son las que consume más tabaco en Canarias



Pregunta 8: ¿Qué clase social consume más tabaco en Canarias?

Respecto a qué clase social consume más tabaco en Canarias, los datos indican que el consumo es más prevalente entre los individuos de la clase social baja o media-baja. En 2021, un 24,9% de los fumadores pertenecían a la clase social VI (trabajadores no cualificados), lo que señala una clara tendencia hacia un mayor consumo de tabaco en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (ESC, 2021).

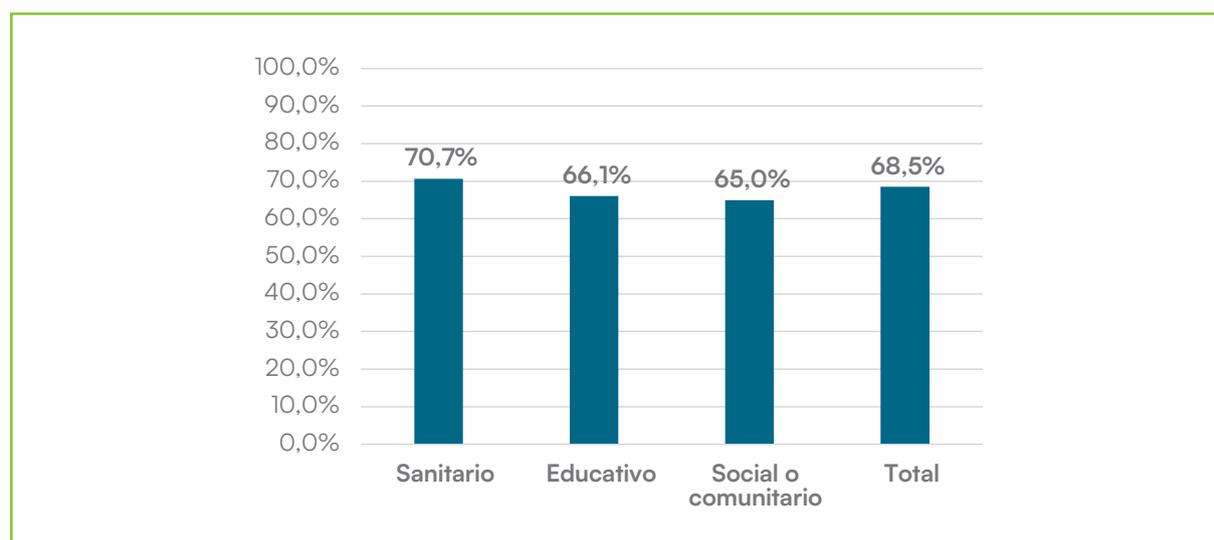
Esta percepción es compartida por el 70,7% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que son las clases sociales más bajas las que más fuman. En el ámbito educativo, un 66,1% de profesionales también reconoce esta realidad, aunque un 31,4% piensa que es la clase media la que tiene una mayor prevalencia de consumo. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar a los educativos, con un 65% que señala a las clases bajas como los mayores consumidores, aunque un porcentaje algo más alto (33%) también considera que el consumo es más frecuente entre la clase media. Las diferencias entre ámbitos profesionales no son significativas.

En general, los resultados muestran que la conciencia sobre el impacto del nivel socioeconómico en el consumo de tabaco es alta, aunque la precisión de esta percepción varía entre los distintos ámbitos profesionales.

¿Qué clase social consume más tabaco en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Clase social media alta o alta	2,40%	2,50%	2,00%	2,30%
Clase social media	27,00%	31,40%	33,00%	29,10%
Clase social media-baja o baja	70,70%	66,10%	65,00%	68,50%

Porcentajes de personas que consideran que las personas de clase social baja o media baja son las que consumen más tabaco en Canarias



Pregunta 9: ¿El consumo excesivo de alcohol en Canarias en la última década ha aumentado?

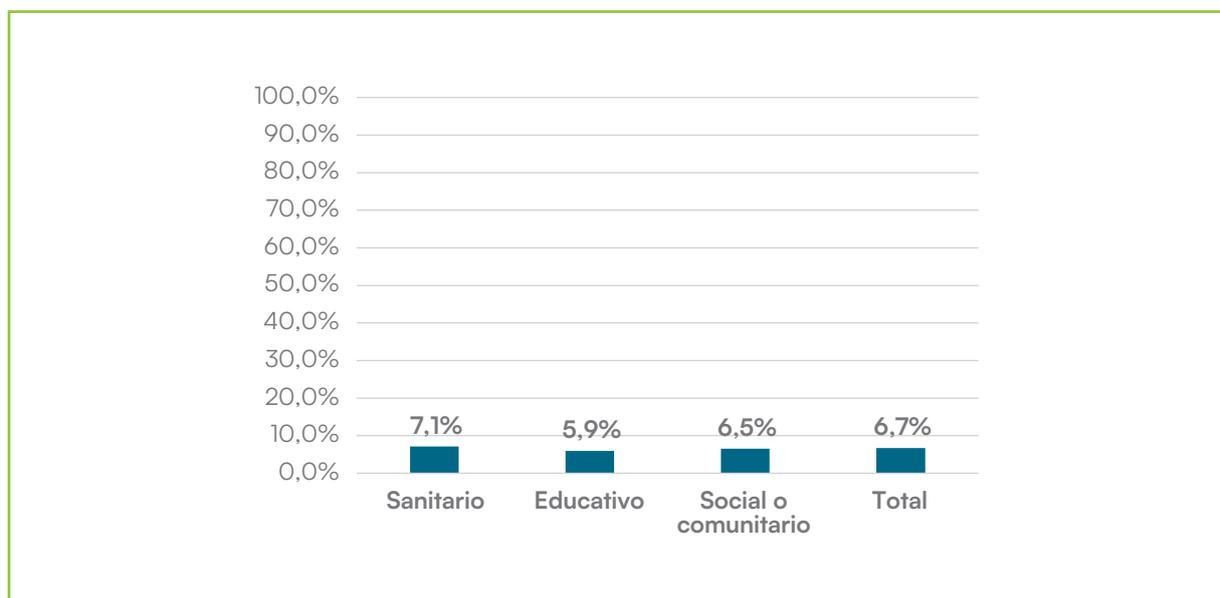
En lo relativo al consumo excesivo de alcohol en la última década en Canarias, los datos reflejan una disminución en el número de bebedores excesivos o de alto riesgo, aunque ha aumentado el consumo ocasional y ligero. Sin embargo, la percepción de los perfiles profesionales difiere significativamente de esta realidad. En el caso de los/as profesionales sanitarios, un 71,1% percibe que el consumo excesivo de alcohol ha aumentado, lo que contrasta con los datos reales que muestran una reducción en este tipo de consumo. Esta percepción es compartida por un 65,8% de profesionales educativos y un 65,5% de profesionales sociales y comunitarios. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

Esta discrepancia podría explicarse por la visibilidad y preocupación en torno al consumo de alcohol en ciertos grupos de edad, como los jóvenes, lo que lleva a una mayor percepción del problema general, a pesar de que los datos muestran una reducción en el consumo más peligroso. Además, el contacto frecuente con casos graves de abuso de alcohol en los servicios de salud puede haber influido en la percepción de profesionales sanitarios, quienes pueden estar expuestos, a menudo, a personas con consumo excesivo.

¿El consumo excesivo de alcohol en Canarias en la última década ha aumentado?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	71,10%	65,80%	65,50%	68,80%
Ha disminuido	7,10%	5,90%	6,50%	6,70%
Se ha mantenido constante	21,90%	28,20%	28,00%	24,60%

Porcentajes de personas que consideran que el consumo excesivo de alcohol en Canarias en la última década ha disminuido



Pregunta 10: ¿En Canarias, consumen más alcohol de forma excesiva los hombres o las mujeres?

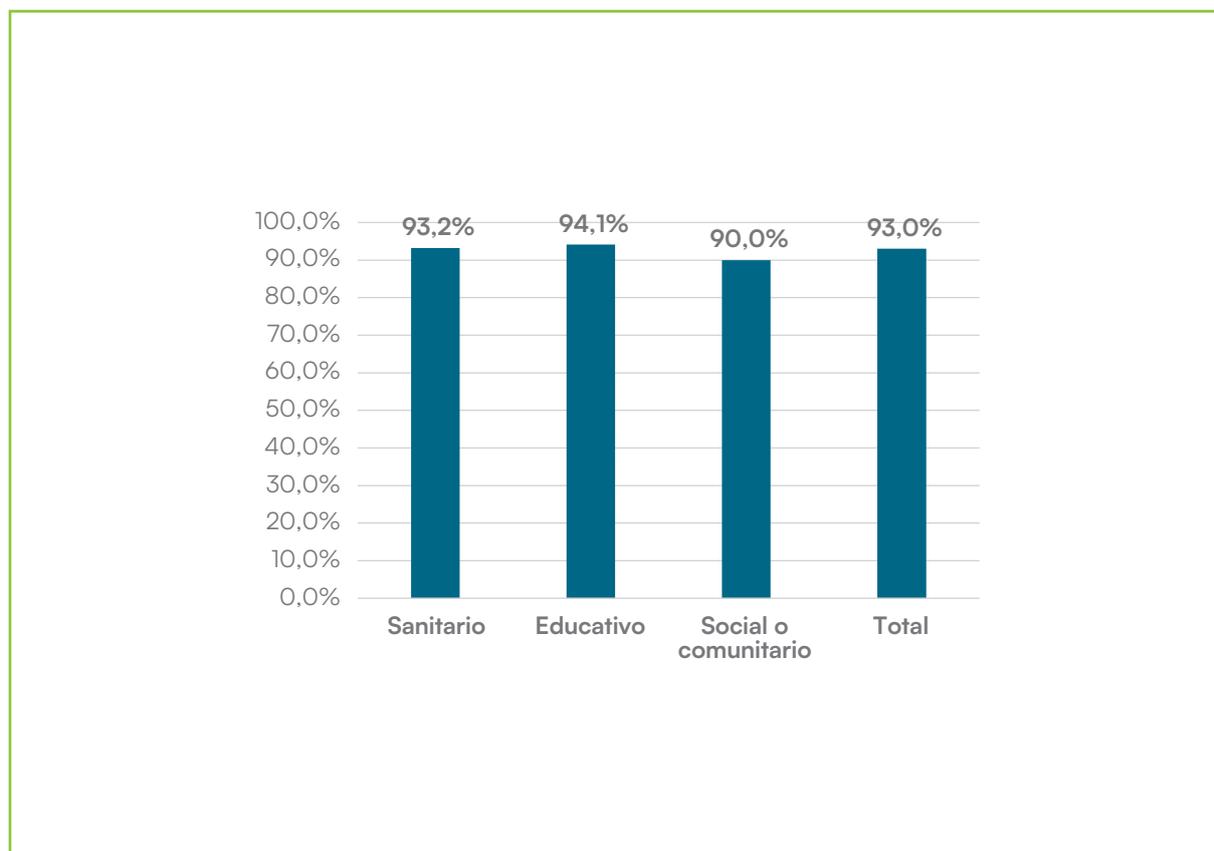
Los datos reales sobre consumo de alcohol (ESC, 20221) muestran que los hombres son quienes más tienden a este tipo de consumo. Esta percepción está bien asentada en todos los grupos profesionales, con el 93,2% de los sanitarios y el 94,1% de los educativos identificando correctamente a los hombres como los principales consumidores excesivos. El grupo de profesionales del ámbito social y comunitario, con un 90% que coincide con esta apreciación, también refleja un entendimiento preciso de la realidad. La diferencia no es significativa.

Esta clara comprensión se debe probablemente a que el patrón de consumo de alcohol entre los hombres es un fenómeno ampliamente conocido y visibilizado tanto en estudios como en campañas de salud pública.

¿En Canarias, consumen más alcohol de forma excesiva los hombres o las mujeres?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	93,20%	94,10%	90,00%	93,00%
Las mujeres	6,80%	5,90%	10,00%	7,00%

Porcentajes de personas que consideran que los hombres consumen más alcohol de forma excesiva respecto a las mujeres



Pregunta 11: En Canarias, ¿qué grupo de edad consume alcohol de forma excesiva?

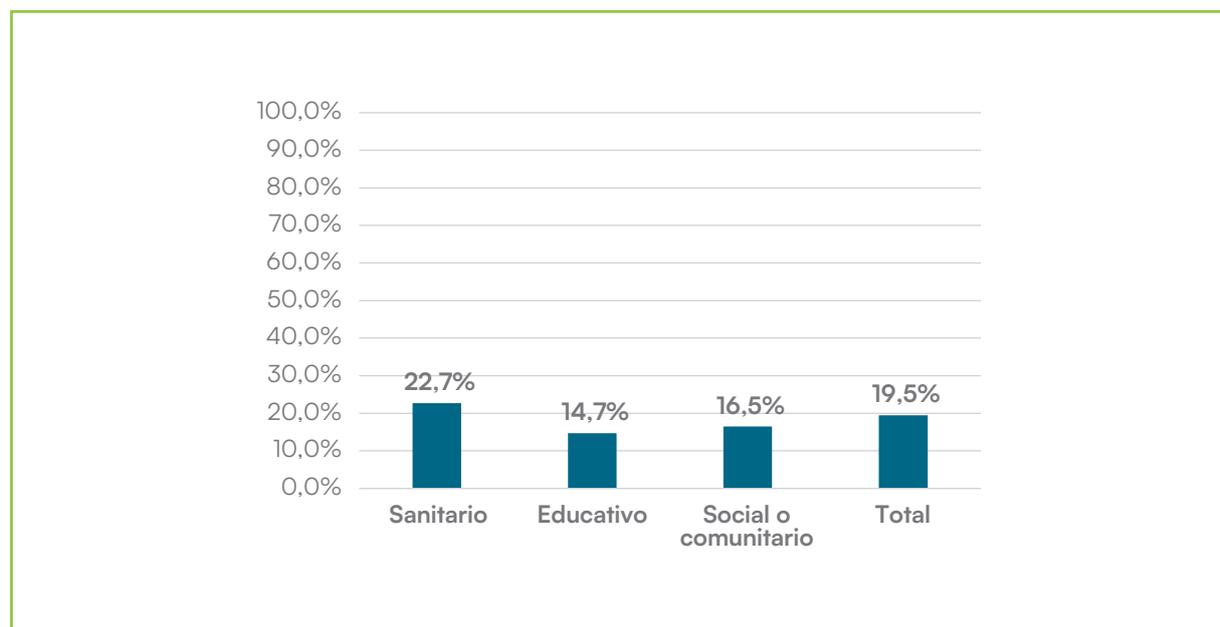
Respecto al grupo de edad que más consume alcohol de forma excesiva, los datos indican que el grupo de 45 a 64 años es el que muestra los mayores índices de consumo problemático. Sin embargo, la percepción de los/as profesionales es diferente. Entre los sanitarios, un 54,5% cree que los mayores consumidores excesivos se encuentran entre los jóvenes de 18 a 30 años, y una percepción similar se encuentra entre los educativos (63,8%) y los sociales y comunitarios (57%). **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Esta divergencia puede explicarse por la preocupación generalizada en torno al consumo de alcohol en la juventud, que se ve reforzada por la exposición mediática a episodios como el “botellón” y otros comportamientos de riesgo asociados a los jóvenes. Esto genera una percepción errónea, aunque los datos muestran que el consumo problemático persiste en edades más avanzadas.

En Canarias, ¿qué grupo de edad consume alcohol de forma excesiva?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
12-17 años	7,20%	7,60%	6,50%	7,20%
18-30 años	54,50%	63,80%	57,00%	57,50%
31-44 años	14,10%	13,30%	19,50%	14,70%
45-64 años	22,70%	14,70%	16,50%	19,50%
65 o más años	1,50%	0,60%	0,50%	1,10%

Porcentajes de personas que consideran que las personas de entre 45 y 64 años son las que consumen más alcohol de forma excesiva



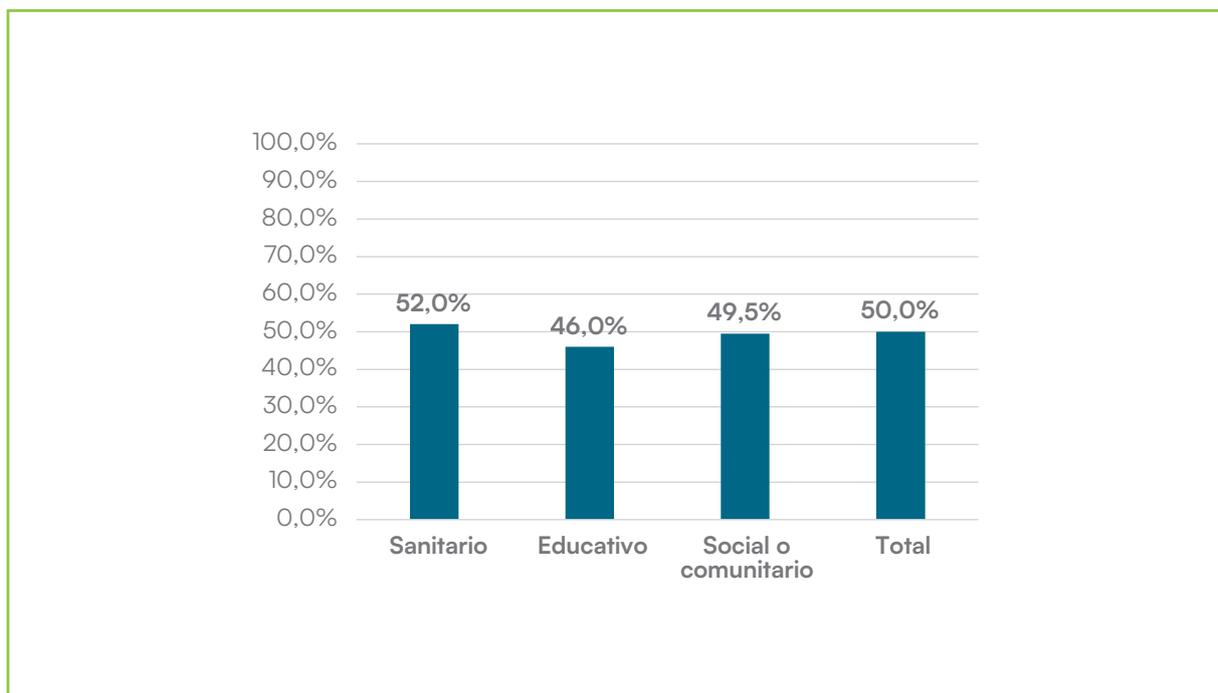
Pregunta 12: ¿En su opinión, en Canarias, qué clase social consume alcohol de forma excesiva?

Los datos sugieren que el consumo problemático es mayor entre las clases más bajas. Esta percepción es compartida ampliamente por profesionales sanitarios, con un 52% que lo identifica correctamente, seguido por un 46% de los educativos y un 49,5% de los sociales y comunitarios. La diferencia entre ámbitos profesionales no es significativa.

¿En su opinión, en Canarias, qué clase social consume alcohol de forma excesiva?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Clase social media alta o alta	7,10%	7,90%	6,00%	7,10%
Clase social media	40,90%	46,00%	44,50%	42,90%
Clase social media-baja o baja	52,00%	46,00%	49,50%	50,00%

Porcentajes de personas que consideran que la clase social media baja o baja es la que consume alcohol de forma excesiva



Pregunta 13: En la última década, en Canarias, el consumo de dulces, bollería y refrescos con azúcar

Con respecto al consumo de dulces, bollería y refrescos con azúcar, los datos muestran una disminución en los últimos años, con una caída hasta el 13,2% y el 5,4% respectivamente (ESC, 2021). Sin embargo, la percepción de los/as profesionales no refleja esta realidad. Un 86,2% de los sanitarios y un 82,5% de los educativos creen que el consumo de estos productos ha aumentado en la última década. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

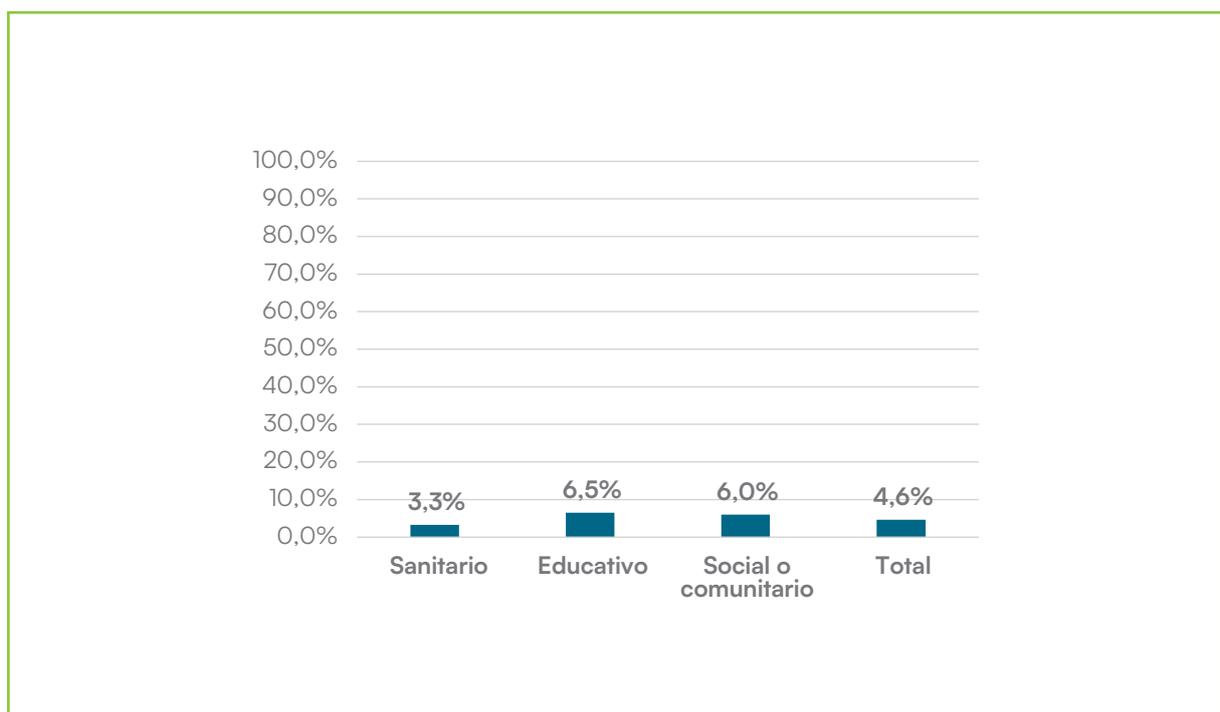
Esta percepción también es compartida por el 83% de profesionales sociales y comunitarios.

Es posible que esta discrepancia se deba a la alta visibilidad de los problemas de obesidad y sobrepeso en la población, que a menudo se asocian con un elevado consumo de alimentos poco saludables. Aunque los datos indican una mejora en el consumo de estos productos, los/as profesionales pueden estar sobreestimando su prevalencia debido a la creciente preocupación por las enfermedades relacionadas con la mala alimentación.

En la última década, en Canarias, el consumo de dulces, bollería y refrescos con azúcar:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	86,20%	82,50%	83,00%	84,70%
Ha disminuido	3,30%	6,50%	6,00%	4,60%
Se ha mantenido constante	10,50%	11,00%	11,00%	10,70%

Porcentajes de personas que consideran que el consumo de dulces, bollerías y refresco ha disminuido en la última década



Pregunta 14: El consumo de fruta fresca entera en la última década en Canarias:

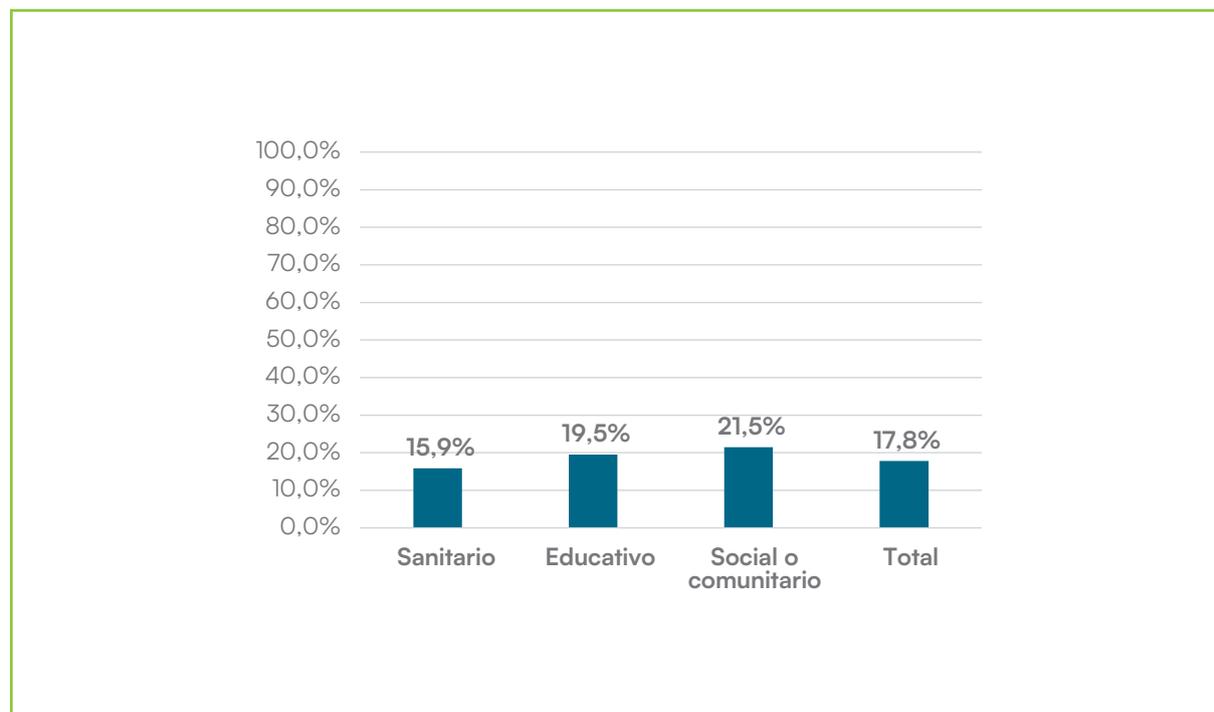
Por otro lado, en lo referente al consumo de fruta fresca entera, los datos muestran que su consumo se ha mantenido estable, con un leve aumento hasta el 56,7% (ESC, 2021). No obstante, la percepción de los/as profesionales sanitarios es que ha disminuido (72,6%), lo cual también es compartido por el 61,9% de los educativos y el 61,5% de los sociales y comunitarios. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Esto refleja una visión generalizada de que la alimentación ha empeorado, posiblemente influenciada por la alta exposición a campañas que denuncian los hábitos alimenticios poco saludables en la población. Sin embargo, los datos muestran que, al menos en lo que respecta a la fruta, el consumo ha mejorado ligeramente o se ha mantenido constante.

El consumo de fruta fresca entera en la última década en Canarias:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	11,50%	18,60%	17,00%	14,30%
Ha disminuido	72,60%	61,90%	61,50%	67,90%
Se ha mantenido constante	15,90%	19,50%	21,50%	17,80%

Porcentajes de personas que consideran que el consumo de fruta fresca entera en la última década en Canarias se ha mantenido constante



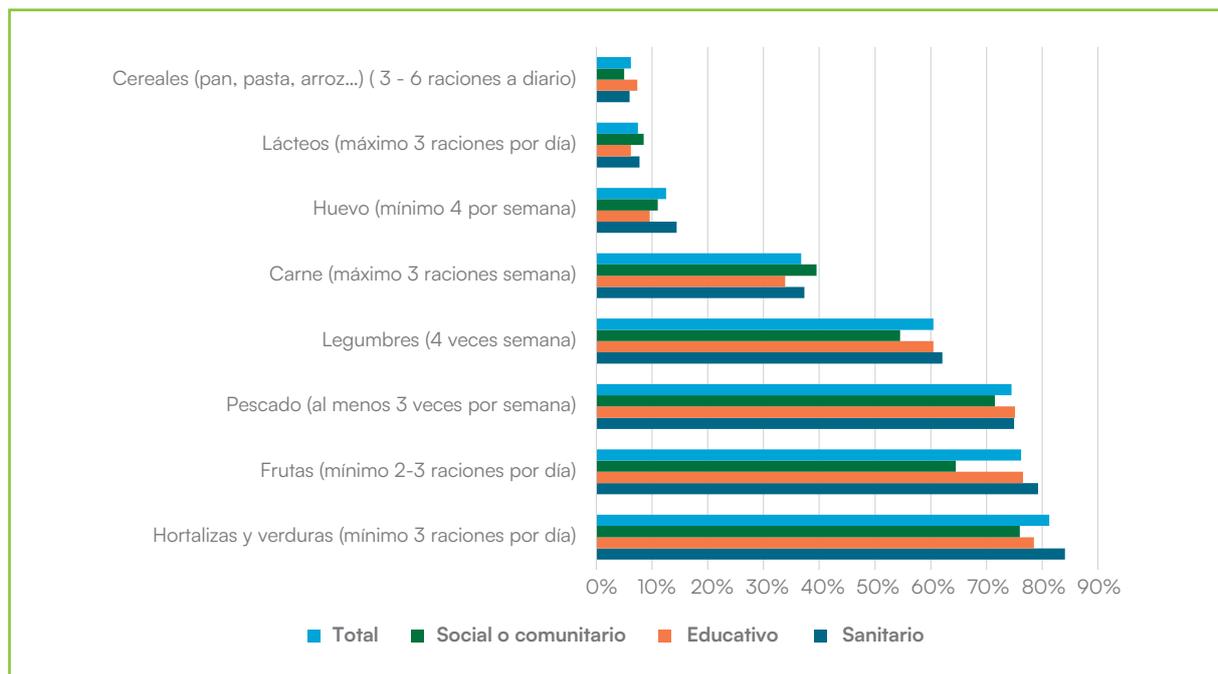
Pregunta 15: En su opinión, en Canarias ¿cuáles de estos alimentos NO se consumen según la frecuencia recomendada?

Respecto al consumo adecuado de alimentos, según la encuesta de Salud de Canarias, el 84,6% de las personas en canarias refieren un consumo adecuado de cereales, el 56,7% de fruta y el 54,8% de carne. Mientras que existe una baja adherencia a las recomendaciones en el caso del pescado (19,3%), lácteos (25,8%), y legumbres (33,1%). El consumo diario de hortalizas lo cumple el 40,7% y el huevo el 46,2%.

La percepción de los/as profesionales encuestados no se pueden comparar con los datos de la encuesta, porque la encuesta de 2021 utiliza criterios de recomendación de consumo diferentes a los utilizados en este estudio.

En su opinión, en Canarias ¿cuáles de estos alimentos NO se consumen según la frecuencia recomendada? (respuesta múltiple)

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Hortalizas y verduras (mínimo 3 raciones por día)	84,1%	78,5%	76,0%	81,3%
Fruta (mínimo 2-3 raciones por día)	79,3%	76,6%	64,5%	76,2%
Pescado (al menos 3 veces por semana)	75,0%	75,1%	71,5%	74,5%
Legumbres (4 veces semana)	62,1%	60,5%	54,5%	60,5%
Carne (máximo 3 raciones semana)	37,3%	33,9%	39,5%	36,7%
Huevo (mínimo 4 por semana)	14,4%	9,6%	11,0%	12,5%
Lácteos (máximo 3 raciones por día)	7,7%	6,2%	8,5%	7,4%
Cereales (pan, pasta, arroz...) (3 - 6 raciones a diario)	5,9%	7,3%	5,0%	6,2%



Pregunta 16: En Canarias, la proporción de lactancia natural (lactancia materna)

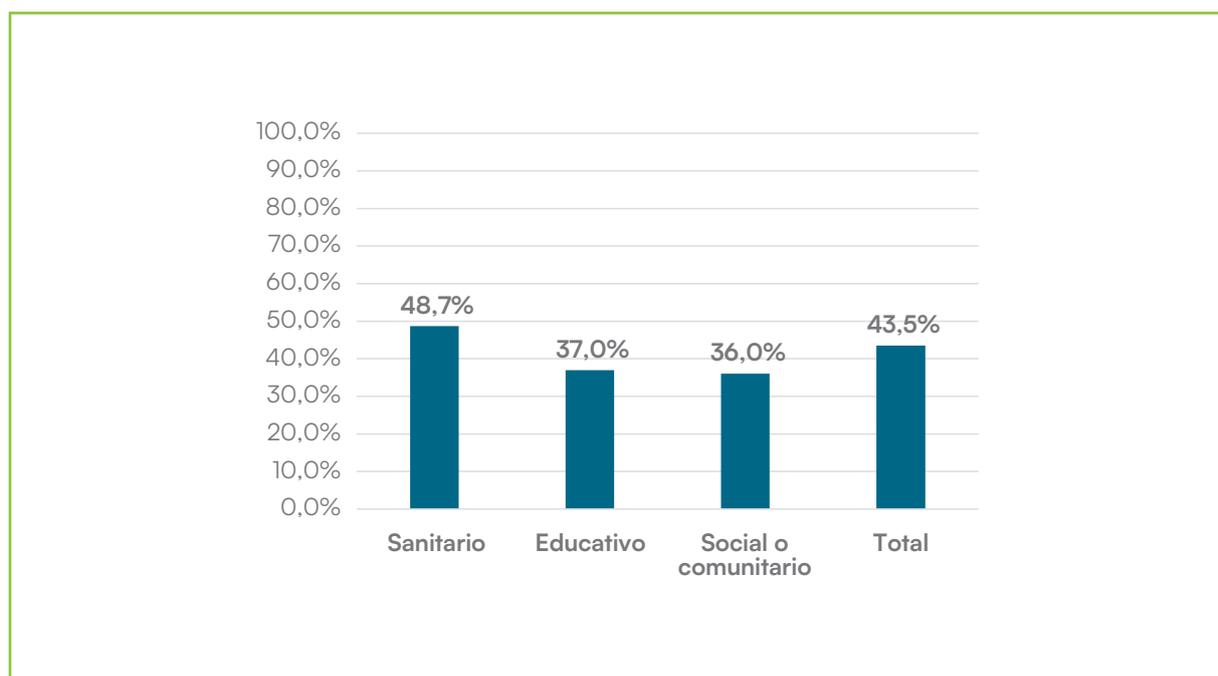
En cuanto a la lactancia materna, los datos reflejan un aumento considerable en su prevalencia, pasando del 46,5% en 2004 al 62,2% en 2021 (ESC, 2021). Esta evolución positiva es reconocida por el 48,7% de los sanitarios, aunque un porcentaje considerable (30,3%) percibe que ha disminuido. Los educativos (37%) y los sociales y comunitarios (36%) subestiman este aumento, mostrando una mayor proporción que cree que la lactancia materna ha disminuido. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,01$).**

Esta percepción podría estar influenciada por la creciente visibilidad de otras formas de alimentación, como la lactancia artificial, y las discusiones en torno a la conciliación laboral y familiar que podrían llevar a una subestimación del progreso en este ámbito.

En Canarias, la proporción de lactancia natural (lactancia materna):

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	48,70%	37,00%	36,00%	43,50%
Ha disminuido	30,30%	33,90%	38,00%	32,50%
Se ha mantenido constante	21,00%	29,10%	26,00%	24,00%

Porcentajes de personas que consideran que la proporción de lactancia natural ha aumentado



Pregunta 17: ¿La lactancia natural es más frecuente entre?

Respecto a si la lactancia natural es más frecuente según la clase social, los datos indican que las clases medias presentan una mayor prevalencia de lactancia materna en Canarias. En 2021, la proporción más alta de lactancia natural se observó en el grupo social III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia), alcanzando el 57,3% en bebés mayores de seis meses (ESC, 2021). Esta tendencia es reconocida por el 54,6% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que la clase media es la que más opta por la lactancia natural.

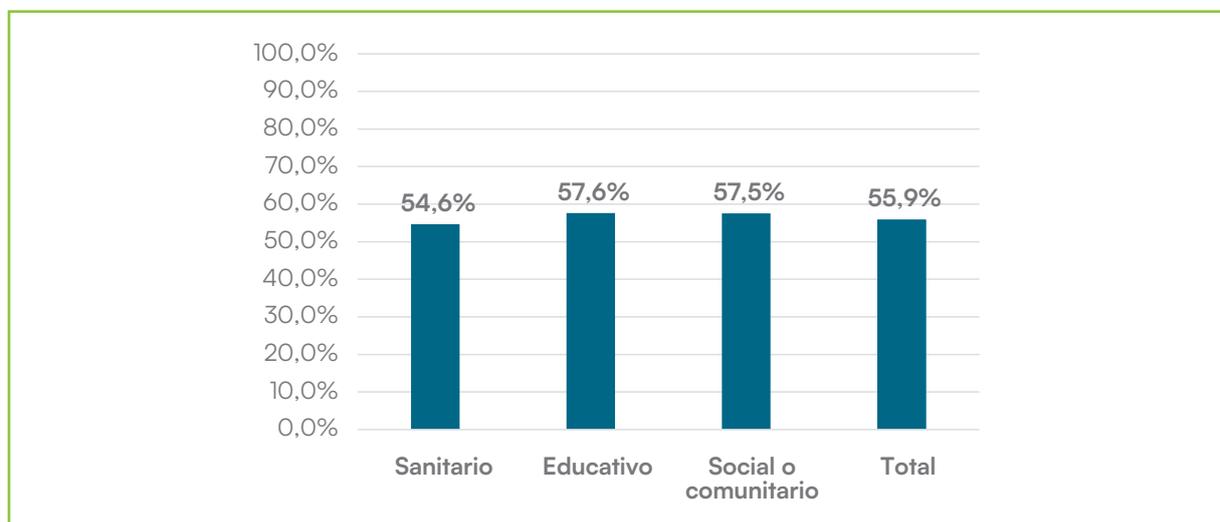
En el ámbito educativo, un 57,6% de profesionales también apunta a la clase media como la que más practica la lactancia materna, lo que demuestra una alta alineación con los datos reales. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 57,5% que identifica a la clase media como el grupo predominante en el uso de la lactancia natural. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

Estas percepciones sugieren que tanto los sanitarios, como los educativos y sociales/comunitarios, tienen un buen entendimiento de los patrones de lactancia materna según clase social, con un alto grado de consenso entre los tres grupos. La preferencia por la lactancia materna en las clases medias podría estar relacionada con un mayor acceso a información sobre los beneficios de la lactancia, así como una mayor capacidad de conciliar las demandas laborales con la crianza, lo que explica la coincidencia en las percepciones de los diferentes ámbitos profesionales.

¿La lactancia natural es más frecuente entre?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
La clase social media alta o alta	24,60%	18,90%	16,50%	21,80%
La clase social media	54,60%	57,60%	57,50%	55,90%
La clase social media-baja o baja	20,70%	23,40%	26,00%	22,30%

Porcentajes de personas que consideran que la lactancia natural es más frecuente entre la clase social media



Pregunta 18: En su opinión, la actividad física en Canarias

En relación con la actividad física en Canarias, los/as profesionales tienden a percibir un aumento generalizado. Un 59,1% de los sanitarios cree que la actividad física ha aumentado, percepción que es aún mayor entre los educativos (64,4%) y los sociales y comunitarios (59%). La diferencia entre ámbitos no es significativa.

En su opinión, la actividad física en Canarias:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	59,10%	64,40%	59,00%	60,50%
Ha disminuido	24,30%	21,20%	20,00%	22,80%
Se ha mantenido constante	16,60%	14,40%	21,00%	16,70%

Pregunta 19: En Canarias, las personas con un nivel más bajo de actividad física son

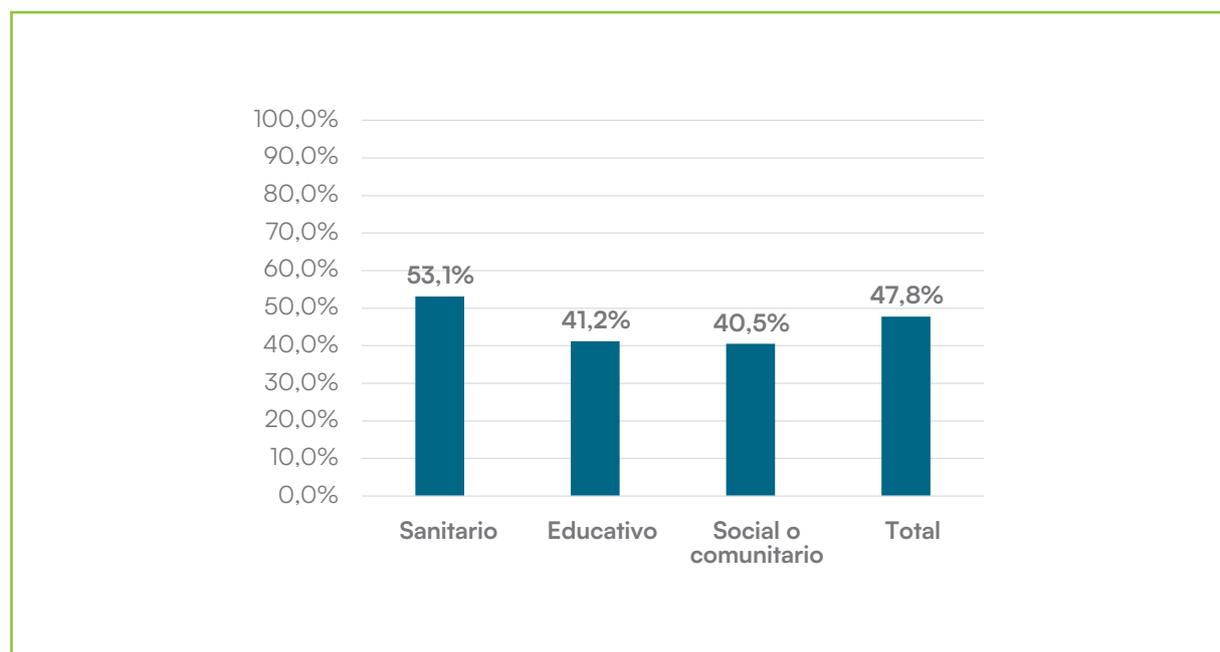
Los datos de la Encuesta de Salud de Canarias indican que las mujeres son quienes realizan menos actividad física. En 2021, un 58% de las mujeres mayores de 70 años en Canarias no realizaban ningún tipo de ejercicio físico, lo que refleja una tendencia clara hacia una menor participación en actividades físicas en comparación con los hombres (ESC, 2021). Esta realidad es reconocida por el 53,1% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que las mujeres son las que presentan los niveles más bajos de actividad física. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

En el ámbito educativo, solo el 41,2% de profesionales percibe correctamente que las mujeres son menos activas físicamente, mientras que un 50,3% cree que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los perfiles profesionales sociales y comunitarios muestran una tendencia similar, con un 40,5% que señala a las mujeres como las más inactivas, mientras que un 52,5% considera que no hay diferencias entre ambos sexos.

En Canarias, las personas con un nivel más bajo de actividad física son:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	8,70%	8,50%	7,00%	8,40%
Las mujeres	53,10%	41,20%	40,50%	47,80%
No hay diferencias	38,20%	50,30%	52,50%	43,80%

Porcentajes de personas que consideran que las mujeres tienen un nivel más bajo de actividad física que lo hombres



Pregunta 20: En Canarias, el grupo de edad que se considera que tiene un nivel más bajo de actividad física

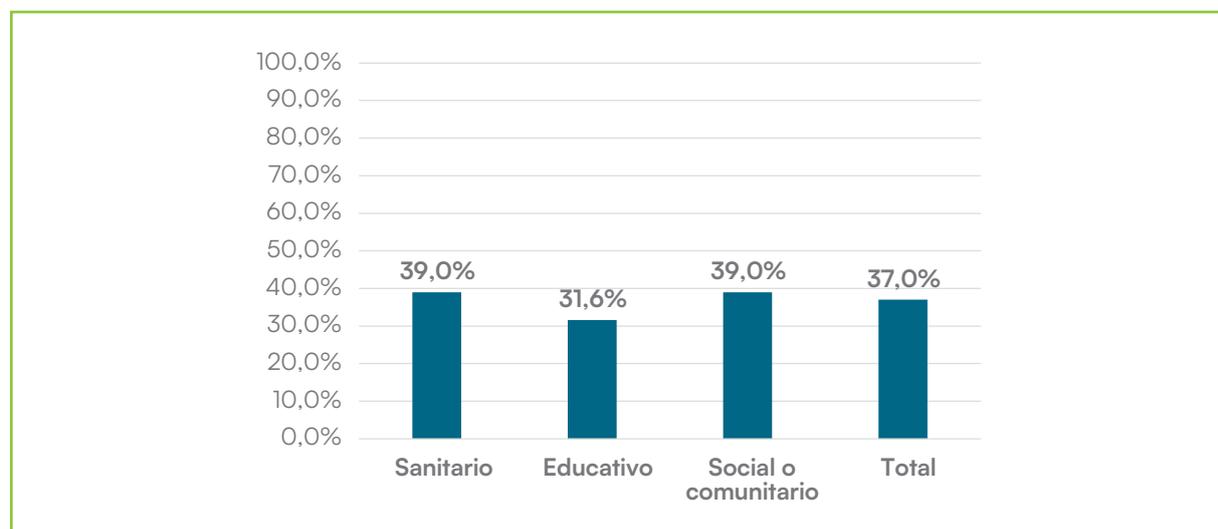
Respecto a qué grupo de edad presenta un nivel más bajo de actividad física en Canarias, los datos indican que las personas de 65 años o más son quienes realizan menos actividad física. En 2021, un 77,1% de las personas de entre 60 y 69 años no realizaba ninguna actividad física intensa, y la proporción de inactividad física es aún mayor en los mayores de 70 años (ESC, 2021). Esta realidad es identificada por el 39% de profesionales sanitarios, quienes reconocen que las personas mayores de 65 años son las más inactivas físicamente. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

En el ámbito educativo, un 31,6% de profesionales señala a las personas mayores de 65 años como el grupo con menos actividad física, mientras que un 38,7% cree que el grupo de 45 a 64 años es el más inactivo, mostrando una mayor desviación respecto a los datos reales. Entre los perfiles profesionales sociales y comunitarios, un 39% identifica correctamente a los mayores de 65 años, aunque un 38% también subestima la inactividad en este grupo y apunta al grupo de 45 a 64 años.

En Canarias, el grupo de edad que se considera que tiene un nivel más bajo de actividad física es:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
5-17 años (recomendación: una hora al día)	8,30%	11,90%	5,00%	8,80%
18-30 años (recomendación: al menos dos horas y media a la semana)	5,30%	7,10%	6,00%	5,90%
31-44 años (recomendación: al menos dos horas y media a la semana)	10,00%	10,70%	12,00%	10,50%
45-64 años (recomendación: al menos dos horas y media a la semana)	37,50%	38,70%	38,00%	37,90%
65 o más años (recomendación: al menos dos horas y media a la semana)	39,00%	31,60%	39,00%	37,00%

Porcentajes de personas que consideran que el grupo de edad con un nivel más bajo de actividad física es el de las personas mayores de 65 años



Pregunta 21: En Canarias, cree que las personas con un nivel más bajo de actividad física son:

Respecto a quiénes presentan un nivel más bajo de actividad física en Canarias según la clase social, los datos indican que las clases sociales más bajas son las que tienden a tener los niveles más bajos de actividad física. En 2021, el grupo social VI (trabajadores no cualificados) mostró los índices más altos de inactividad física, con un 31,5% reportando muy poca o ninguna actividad física (ESC, 2021). Esta tendencia es reconocida por el 76,6% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que las clases bajas son las más inactivas.

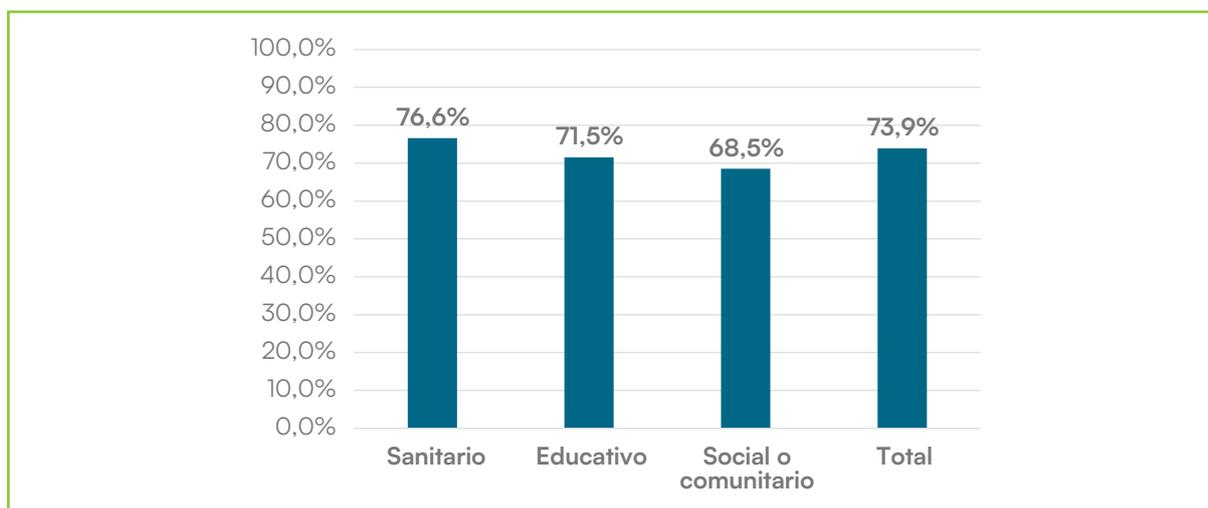
En el ámbito educativo, un 71,5% de profesionales también señala a las clases bajas como las que tienen un nivel más bajo de actividad física, lo que demuestra una buena alineación con los datos reales. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 68,5% que identifica a las clases bajas como las más inactivas, aunque un porcentaje significativo (23%) cree que es la clase media la que muestra mayores niveles de inactividad. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

Estas percepciones sugieren que tanto los sanitarios como los/as profesionales del ámbito educativo y social comunitario tienen un buen entendimiento de cómo el nivel socioeconómico afecta los hábitos de actividad física. El alto grado de consenso entre los tres grupos profesionales puede estar influido por el conocimiento de las barreras estructurales que las clases sociales más desfavorecidas enfrentan para adoptar un estilo de vida más activo, tales como falta de acceso a instalaciones deportivas, horarios de trabajo poco flexibles y menores recursos para actividades recreativas.

En Canarias, cree que las personas con un nivel más bajo de actividad física son:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
La clase social media alta o alta	5,00%	5,90%	8,50%	5,80%
La clase social media	18,40%	22,60%	23,00%	20,30%
La clase social media-baja o baja	76,60%	71,50%	68,50%	73,90%

Porcentajes de personas que consideran que las personas con un nivel más bajo de actividad física son las de clase social media-baja o baja



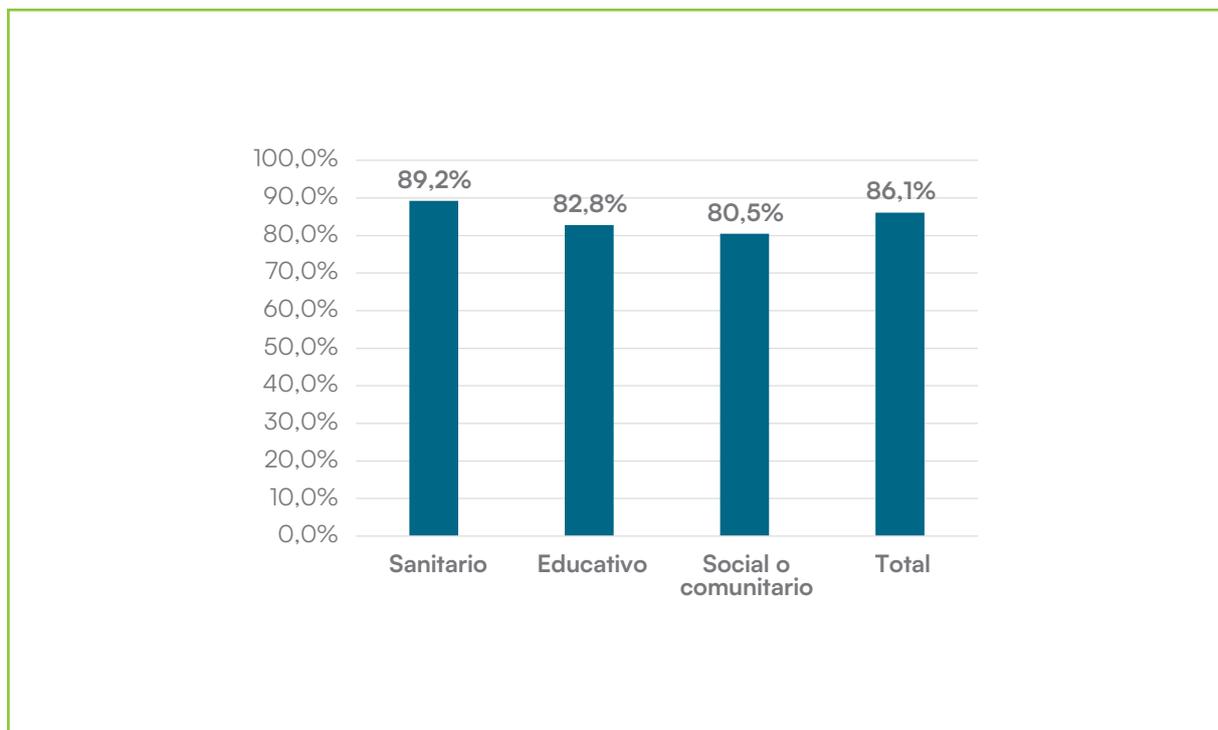
Pregunta 22: En la última década, en Canarias, según su percepción la población con exceso de peso

En cuanto a la evolución del exceso de peso en Canarias en la última década, los datos indican que ha habido un incremento en la población con sobrepeso y obesidad. En 2021, el 35,4% de la población adulta presentaba sobrepeso, mientras que el 18,1% sufría de obesidad, lo que indica un mantenimiento o ligera tendencia al alza en estos valores en comparación con años anteriores (ESC, 2021). Esta percepción es claramente compartida por los/as profesionales, particularmente en el ámbito sanitario, donde un 89,2% considera que el exceso de peso ha aumentado. Los/as profesionales del ámbito educativo y social-comunitario también coinciden en esta tendencia, con un 82,8% y 80,5%, respectivamente, afirmando que la población con exceso de peso ha crecido. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

En la última década, en Canarias, según su percepción la población con exceso de peso:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Ha aumentado	89,20%	82,80%	80,50%	86,10%
Ha disminuido	2,60%	5,90%	7,00%	4,20%
Se ha mantenido constante	8,20%	11,30%	12,50%	9,70%

Porcentajes de personas que consideran que las personas con exceso de peso han aumentado



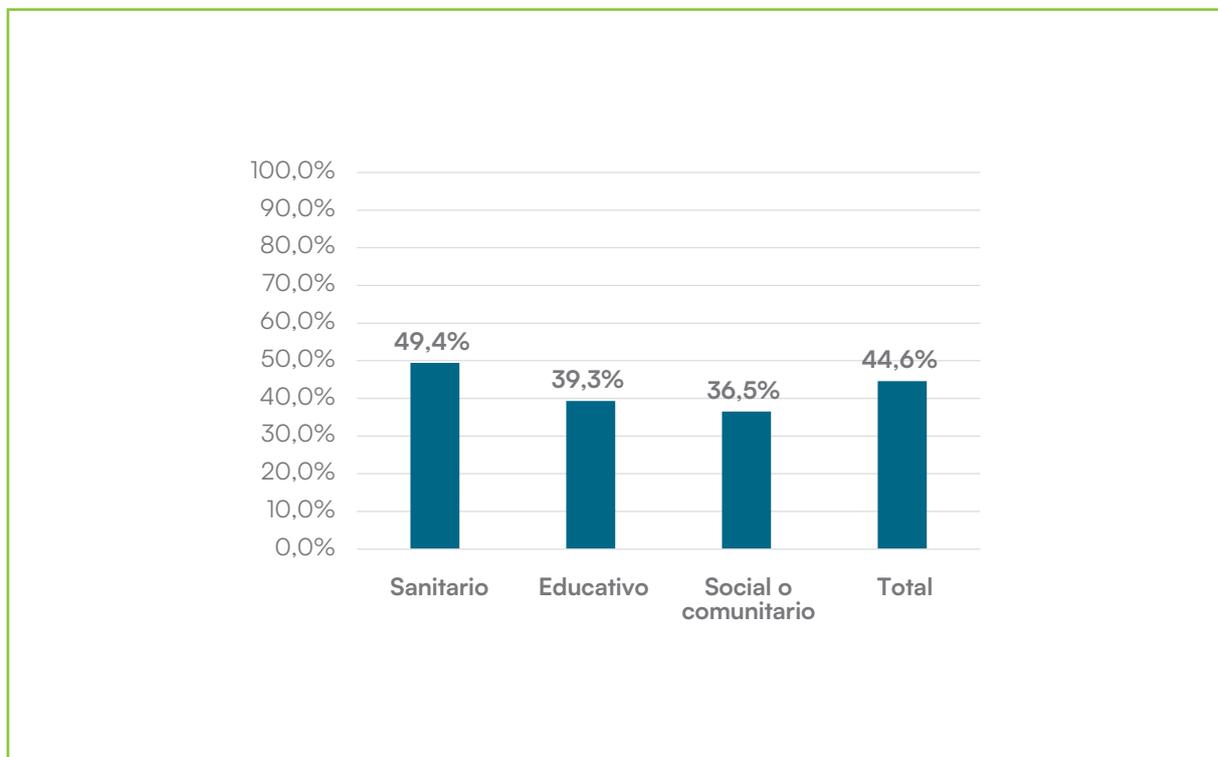
Pregunta 23: Las personas con exceso de peso representan

En cuanto a qué proporción de la población canaria tiene exceso de peso, los datos reales muestran que más de un tercio de la población adulta tiene sobrepeso (35,4%) y que alrededor del 18% sufre de obesidad (ESC, 2021). La percepción de los perfiles profesionales del ámbito sanitario se acerca bastante a esta realidad, con un 49,4% de ellos estimando que al menos la mitad de la población canaria tiene exceso de peso, y un 44,1% que estima que una tercera parte de la población lo padece. Los/as profesionales del ámbito educativo y social-comunitario también muestran percepciones similares, con un 39,3% y 36,5%, respectivamente, que creen que al menos la mitad de la población canaria sufre de exceso de peso. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Las personas con exceso de peso representan:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Al menos la mitad de la población canaria	49,40%	39,30%	36,50%	44,60%
Una tercera parte de la población canaria	44,10%	45,20%	44,50%	44,50%
Una cuarta parte de la población canaria	6,50%	15,50%	19,00%	11,00%

Porcentajes de personas que consideran que las personas con exceso de peso representan la mitad de la población canaria



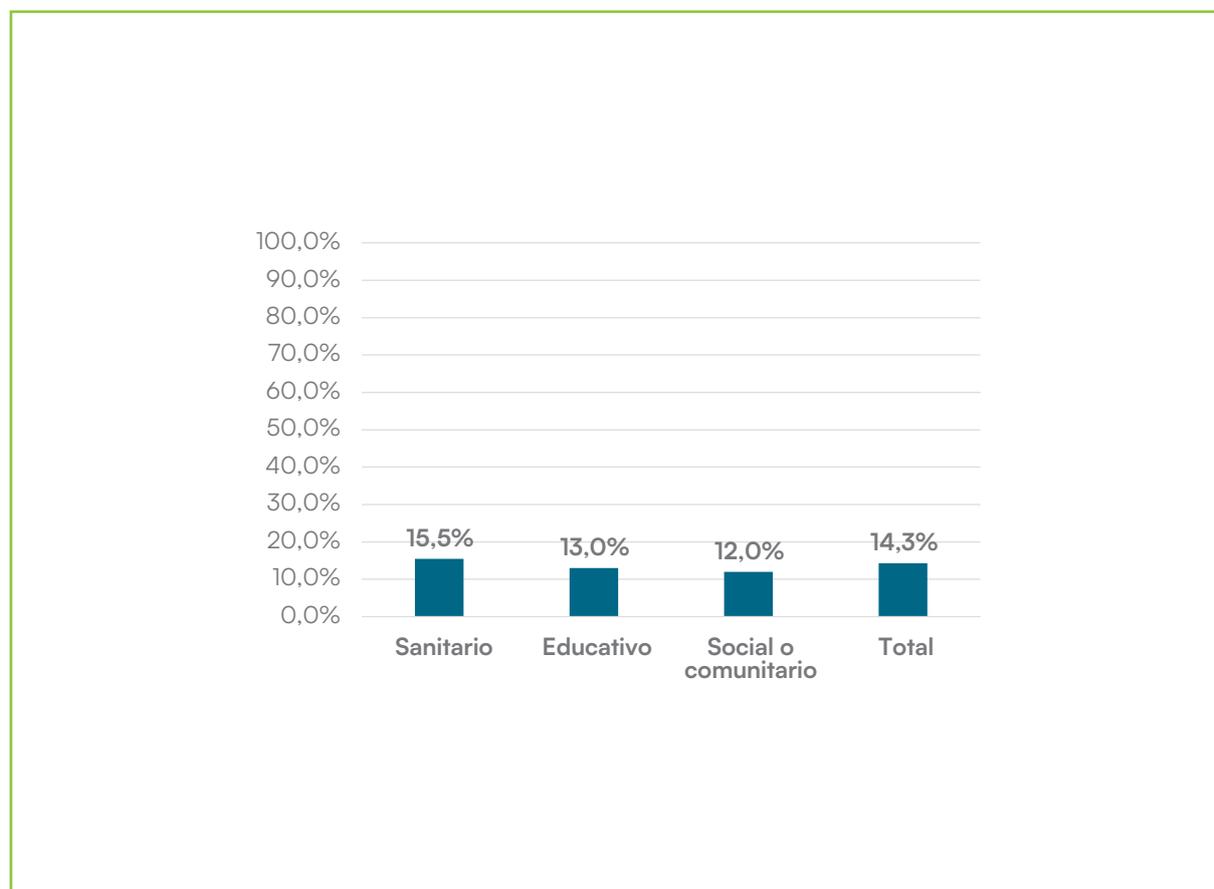
Pregunta 24: En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre:

En cuanto a si el exceso de peso es más prevalente entre hombres o mujeres en Canarias, los datos muestran que los hombres tienen una mayor prevalencia de sobrepeso (37,9% frente al 33% en mujeres), mientras que la obesidad está distribuida de manera equitativa entre ambos sexos (ESC, 2021). No obstante, la percepción entre profesionales no refleja completamente esta realidad. Entre los sanitarios, solo un 15,5% percibe correctamente que el exceso de peso es más común entre los hombres, mientras que un sorprendente 43,8% cree que las mujeres son las más afectadas. Los perfiles profesionales educativo y socio comunitario también muestran una tendencia similar, con un 33,6% y un 39,5% que creen que las mujeres sufren más de exceso de peso. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	15,50%	13,00%	12,00%	14,30%
Las mujeres	43,80%	33,60%	39,50%	40,30%
No hay diferencia	40,70%	53,40%	48,50%	45,40%

Porcentajes de personas que consideran que la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre los hombres



Pregunta 25: En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre

Respecto a si la proporción de personas con exceso de peso en Canarias es mayor según la clase social, los datos indican que las clases sociales más bajas son las que tienen una mayor prevalencia de exceso de peso. En 2021, el 67,2% de las personas de la clase social VI (trabajadores no cualificados) presentaban sobrepeso u obesidad, lo que destaca una clara tendencia hacia una mayor prevalencia en las clases más bajas (ESC, 2021). Esta realidad es identificada correctamente por el 67,2% de profesionales sanitarios, quienes reconocen que las clases bajas son las más afectadas por el exceso de peso.

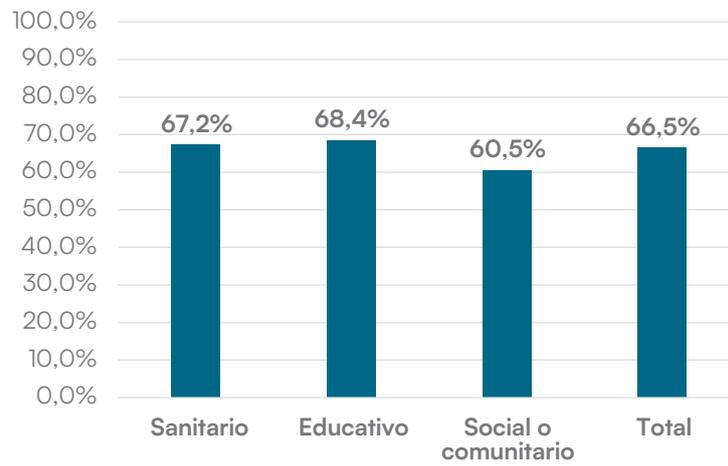
En el ámbito educativo, un 68,4% de profesionales también señala correctamente a las clases más bajas como las más afectadas, lo que demuestra una alta alineación con los datos reales. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 60,5% que identifica a las clases bajas como las más afectadas. Sin embargo, un porcentaje significativo en todos los grupos considera erróneamente que no hay diferencias significativas entre las clases sociales, con un 22% de los sanitarios, un 23,7% de los educativos y un 28% de los sociales y comunitarios que no perciben estas diferencias. La diferencia entre ámbitos no es significativa.

Estas percepciones sugieren que, en general, los tres grupos profesionales son conscientes de la relación entre el nivel socioeconómico y el exceso de peso, con una mayoría que reconoce correctamente que las clases más bajas presentan mayores problemas de sobrepeso. Esta conciencia podría estar influenciada por el conocimiento de los factores estructurales que contribuyen al aumento de peso en las clases sociales más desfavorecidas, como la falta de acceso a alimentos saludables, menores recursos económicos, y el mayor estrés asociado a condiciones de vida más precarias. No obstante, la percepción de que no existen diferencias por clase social en un porcentaje considerable de profesionales resalta la importancia de continuar fortaleciendo la concienciación sobre cómo las desigualdades socioeconómicas impactan la salud física, especialmente en lo relacionado con el sobrepeso y la obesidad.

En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre:

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
La clase social media alta o alta	1,00%	0,80%	1,00%	0,90%
La clase social media	9,80%	7,10%	10,50%	9,20%
La clase social media-baja o baja	67,20%	68,40%	60,50%	66,50%
No hay diferencia	22,00%	23,70%	28,00%	23,40%

Porcentajes de personas que consideran que la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre personas de clase social media-baja o baja



Pregunta 26: ¿Con qué frecuencia crees que en Canarias se acude al dentista para revisión?

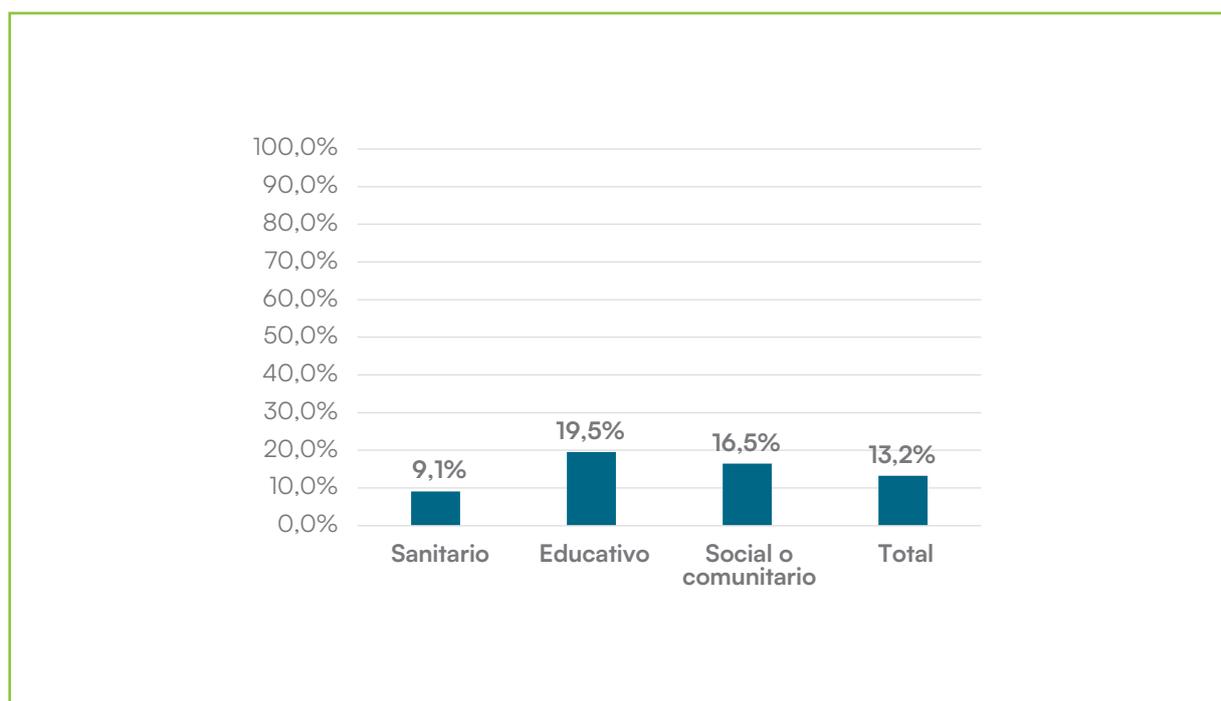
Con respecto a la frecuencia con la que se acude al dentista para revisión, los datos disponibles indican que el 51,7% de la población ha acudido a lo largo del último año a una consulta dental (ESC, 2011), pero la percepción entre profesionales revela una tendencia a pensar que las visitas al dentista no son frecuentes en Canarias. Entre los sanitarios, solo un 9,1% cree que las personas acuden al dentista al menos una vez al año, mientras que un 35,5% estima que lo hacen una vez cada cinco años. Esta percepción es similar entre los educativos (19,5% cree que es anual) y los sociales/comunitarios (16,5%), lo que sugiere que, en general, los/as profesionales consideran que las visitas al dentista no forman parte de las rutinas de salud de la mayoría de los canarios. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Esta percepción puede estar basada en la baja demanda de servicios odontológicos preventivos que los/as profesionales observan en su trabajo, lo que podría coincidir con el acceso limitado o la baja prioridad que la población otorga a la salud bucodental.

¿Con qué frecuencia crees que en Canarias se acude al dentista para revisión?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Al menos 1 vez al año	9,10%	19,50%	16,50%	13,20%
1 vez cada 2 años	29,20%	34,20%	38,00%	31,90%
1 vez cada 5 años	35,50%	29,40%	25,50%	32,30%
Menos de 1 vez cada 5 años	26,10%	16,90%	20,00%	22,60%

Porcentajes de personas que consideran que en Canarias se acude al dentista para revisión al menos una vez al año



Pregunta 27: ¿Cuál es la frecuencia de cepillado dental más habitual en Canarias?

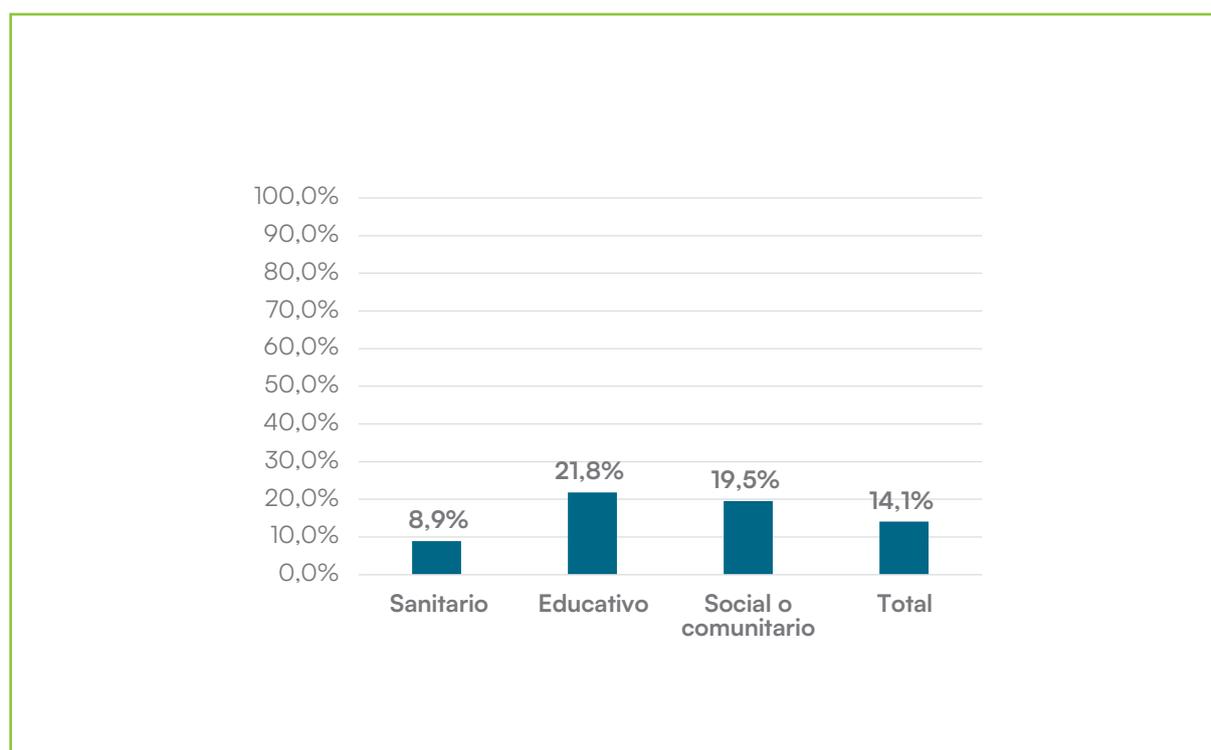
Según la encuesta de salud de Canarias el 51,83% de personas se cepilla después de cada comida, no obstante, los perfiles profesionales perciben que los hábitos de higiene dental en Canarias son deficientes. Un 47,6% de los sanitarios considera que la mayoría de las personas se cepillan solo una vez al día, mientras que solo un 8,9% cree que el cepillado ocurre después de cada comida. Esta tendencia es similar entre los educativos, donde el 33,3% cree que las personas se cepillan una vez al día, y entre los sociales y comunitarios (39%).

Estas percepciones sugieren una visión bastante crítica sobre los hábitos de higiene dental en la población canaria, lo que podría estar vinculado a la prevalencia de problemas dentales y el bajo uso de servicios preventivos.

¿Cuál es la frecuencia de cepillado dental más habitual en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Después de cada comida	8,90%	21,80%	19,50%	14,10%
Más de una vez al día, pero no después de cada comida	34,20%	40,70%	31,50%	35,60%
Una vez al día	47,60%	33,30%	39,00%	42,30%
Varias veces a la semana	7,30%	3,10%	6,00%	6,00%
Casi nunca	2,10%	1,10%	4,00%	2,10%

Porcentajes de personas que consideran que la frecuencia de cepillado dental más habitual en Canarias es después de cada comida



Pregunta 28: ¿Quiénes presentan más problemas de salud mental?

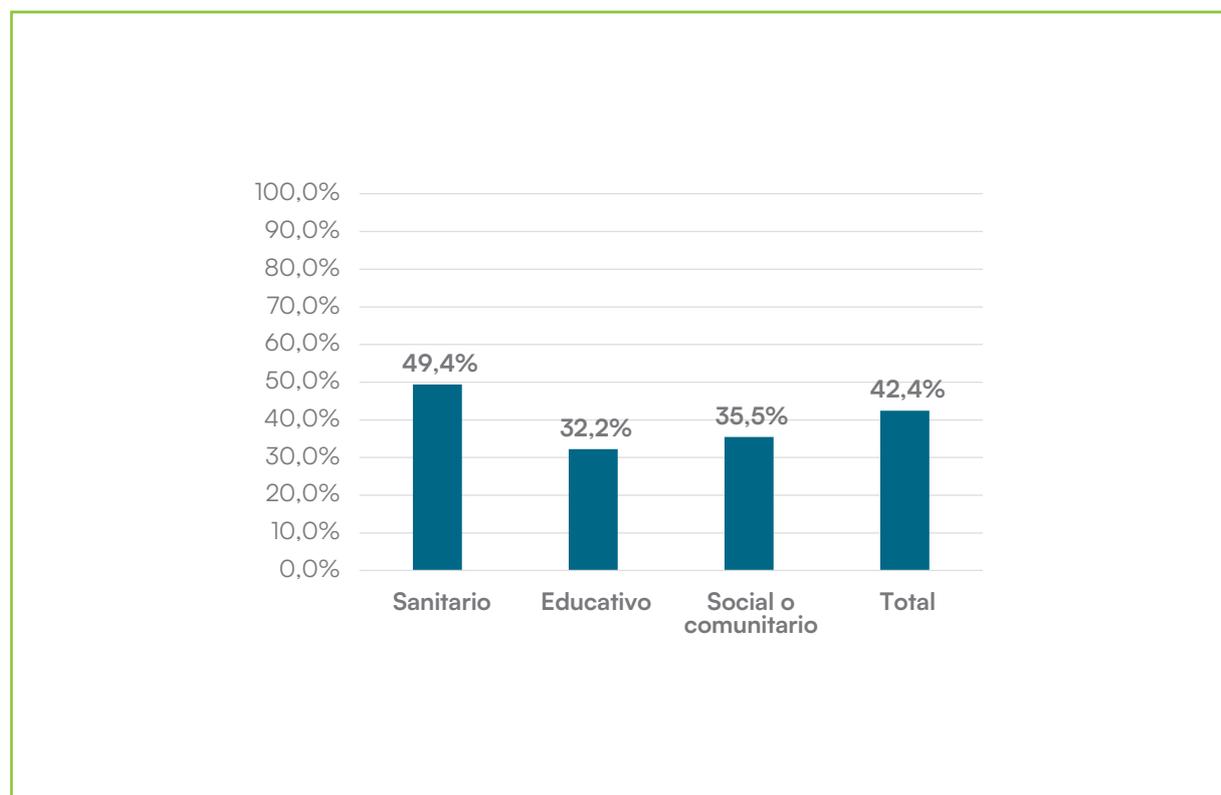
Los datos indican que las mujeres en Canarias reportan más problemas de salud mental, como ansiedad o depresión, con un 23,75% de mujeres afectadas frente a un 16,91% de hombres (ESC, 2021). Esta realidad es mejor percibida por los sanitarios, con un 49,4% que identifica a las mujeres como las más afectadas, aunque un significativo 40,4% percibe que ambos sexos sufren de forma similar. En el grupo de educativos, un 32,2% cree que las mujeres presentan más problemas de salud mental, mientras que un 57,9% piensa que ambos sexos tienen una incidencia similar. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una tendencia parecida, con un 35,5% que señala a las mujeres y un 52% que considera que ambos tienen una incidencia parecida. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Esta percepción de similitud entre los géneros podría estar influenciada por la mayor visibilidad de los problemas de salud mental en ambos sexos, aunque las estadísticas muestran una mayor afectación entre las mujeres.

¿Quiénes presentan más problemas de salud mental?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	10,20%	9,90%	12,50%	10,50%
Las mujeres	49,40%	32,20%	35,50%	42,40%
Los dos tienen una incidencia parecida	40,40%	57,90%	52,00%	47,10%

Porcentajes de personas que consideran que las mujeres presentan más problemas de salud mental respecto a los hombres



Pregunta 29: ¿Considera que en Canarias los problemas de salud mental en la última década?

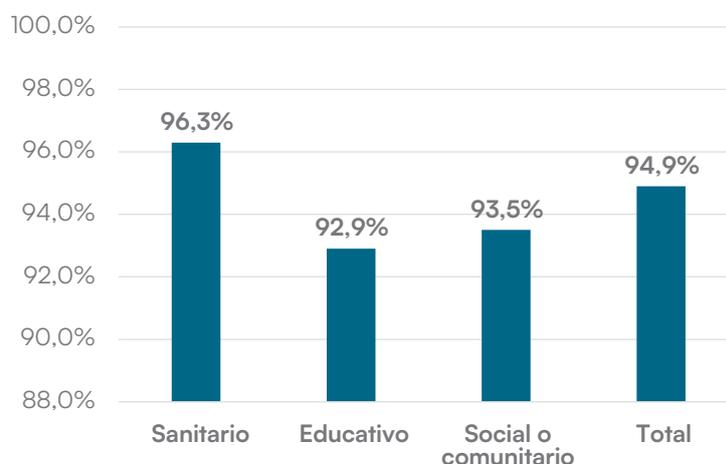
Finalmente, en lo que respecta a si los problemas de salud mental han aumentado en la última década en Canarias, los datos sugieren que, efectivamente, ha habido un incremento, especialmente en el caso de problemas como la ansiedad y la depresión (ESC, 2021). Esta percepción está ampliamente reconocida por los tres grupos de profesionales. Entre los sanitarios, un abrumador 96,3% considera que los problemas de salud mental han aumentado, al igual que el 92,9% de los educativos y el 93,5% de los sociales y comunitarios.

Este alto grado de consenso refleja una gran conciencia entre profesionales sobre el aumento de los problemas de salud mental en la población canaria, lo que probablemente se deba a la mayor visibilidad social y mediática de estas cuestiones, así como al incremento en la demanda de servicios de atención a la salud mental que han experimentado en su práctica diaria.

¿Considera que en Canarias los problemas de salud mental en la última década?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Han aumentado	96,30%	92,90%	93,50%	94,90%
Han disminuido	0,10%	0,80%	1,50%	0,50%
Se han mantenido constantes	3,60%	6,20%	5,00%	4,50%

Porcentajes de personas que consideran que en Canarias los problemas de salud mental en la última década han aumentado



Pregunta 30: ¿Qué grupo de edad padece más problemas de salud mental?

En Canarias, las personas adultas son las más afectadas por problemas como la ansiedad y la depresión. En 2021, el grupo de edad de 45 a 64 años mostró una mayor prevalencia de problemas de salud mental, con un porcentaje significativo reportando condiciones como ansiedad y depresión (ESC, 2021). Esta realidad es identificada correctamente por el 55,6% de profesionales sanitarios, quienes señalan a las personas adultas como las más afectadas.

En el ámbito educativo, un 44,4% de profesionales también identifica a las personas adultas como el grupo con más problemas de salud mental, aunque un porcentaje relevante (44,4%) cree que es la adolescencia el grupo más afectado. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 49,5% que señala correctamente a los adultos, pero un 33,5% cree que son los adolescentes quienes más padecen estos problemas.

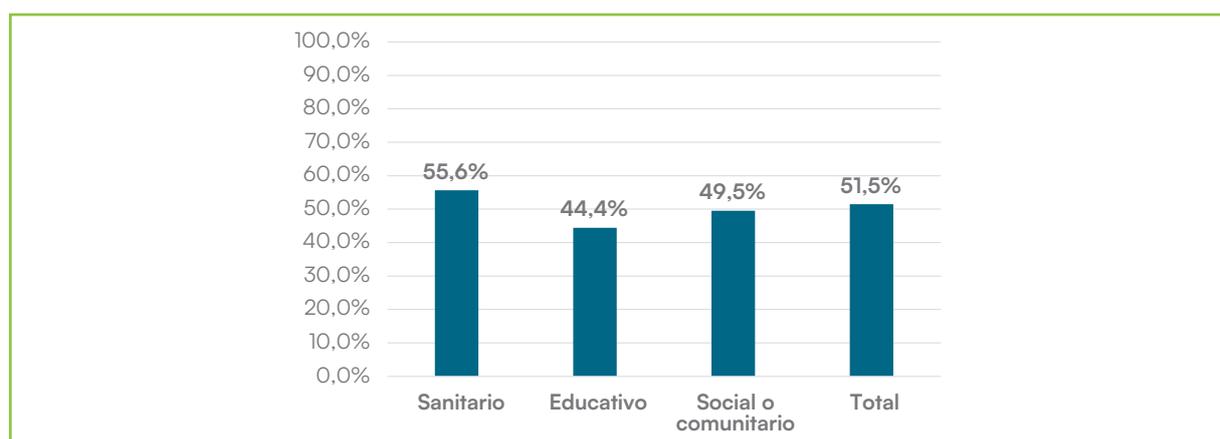
Estas percepciones muestran que, aunque los sanitarios son los más alineados con los datos reales, los educativos y sociales/comunitarios tienden a sobreestimar la prevalencia de los problemas de salud mental en la adolescencia. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Esta percepción podría estar influenciada por la creciente visibilidad de los problemas de salud mental en jóvenes en los medios de comunicación y en las campañas de concienciación, así como por el contacto frecuente de los educadores con este grupo de edad. Sin embargo, los datos muestran que los adultos de mediana edad son quienes más sufren problemas de salud mental, lo que subraya la necesidad de una mayor atención en este grupo para mejorar las intervenciones y recursos destinados a su bienestar psicológico.

¿Qué grupo de edad padece más problemas de salud mental?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Infancia	0,40%	2,50%	2,50%	1,30%
Adolescencia	35,50%	44,40%	33,50%	37,70%
Persona adulta	55,60%	44,40%	49,50%	51,50%
Persona mayor	8,40%	8,80%	14,50%	9,50%

Porcentajes de personas que consideran que las personas adultas menores de 65 años son el grupo de edad padece más problemas de salud mental



Pregunta 31: ¿Qué clase social cree Ud. que padece mayormente problemas de salud mental en Canarias?

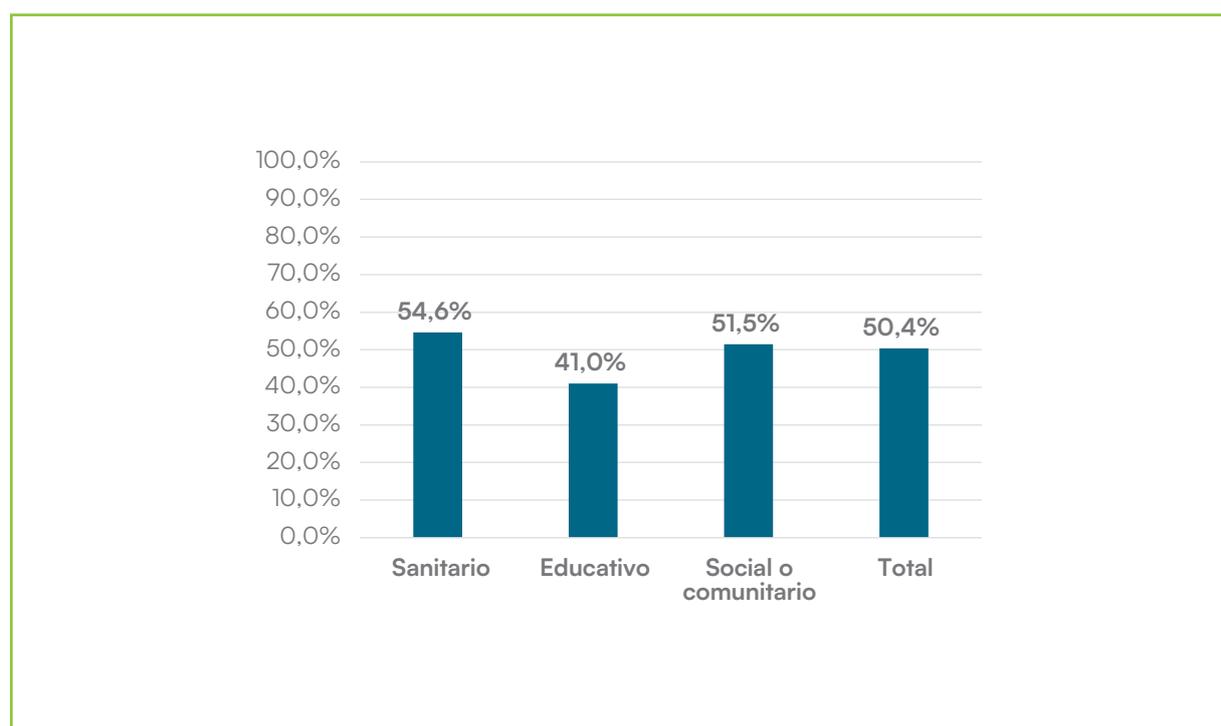
Según la Encuesta de Salud de Canarias, las clases sociales más bajas (media-baja y baja) son las más afectadas por problemas de salud mental, como ansiedad y depresión. Estos problemas tienden a estar relacionados con factores socioeconómicos, como el acceso limitado a servicios de salud, el estrés financiero y otras vulnerabilidades propias de las clases más bajas (ESC, 2021). Esta realidad es reconocida por el 54,6% de profesionales sanitarios, quienes señalan correctamente a las clases más bajas como las más afectadas.

En el ámbito educativo, un 41% de profesionales también identifica a las clases bajas como el grupo con más problemas de salud mental, aunque un porcentaje importante (51,7%) cree que la clase media es la más afectada. Los perfiles profesionales sociales y comunitarios muestran una tendencia similar, con un 51,5% que señala correctamente a las clases más bajas, aunque un 45% considera que es la clase media la que padece mayormente estos problemas. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

¿Qué clase social cree Ud. que padece mayormente problemas de salud mental en Canarias?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Clase social media-alta o alta	6,50%	7,30%	3,50%	6,30%
Clase social media	38,90%	51,70%	45,00%	43,40%
Clase social media-baja o baja	54,60%	41,00%	51,50%	50,40%

Porcentajes de personas que consideran que la clase social que padece mayormente problemas de salud mental en Canarias es la clase media-baja o baja



Pregunta 32: ¿El suicidio es un problema de salud importante?

Los datos sobre suicidios en Canarias indican que esta realidad es ampliamente reconocida por los/as profesionales sanitarios, ya que un 86,4% considera que el suicidio es un problema relevante.

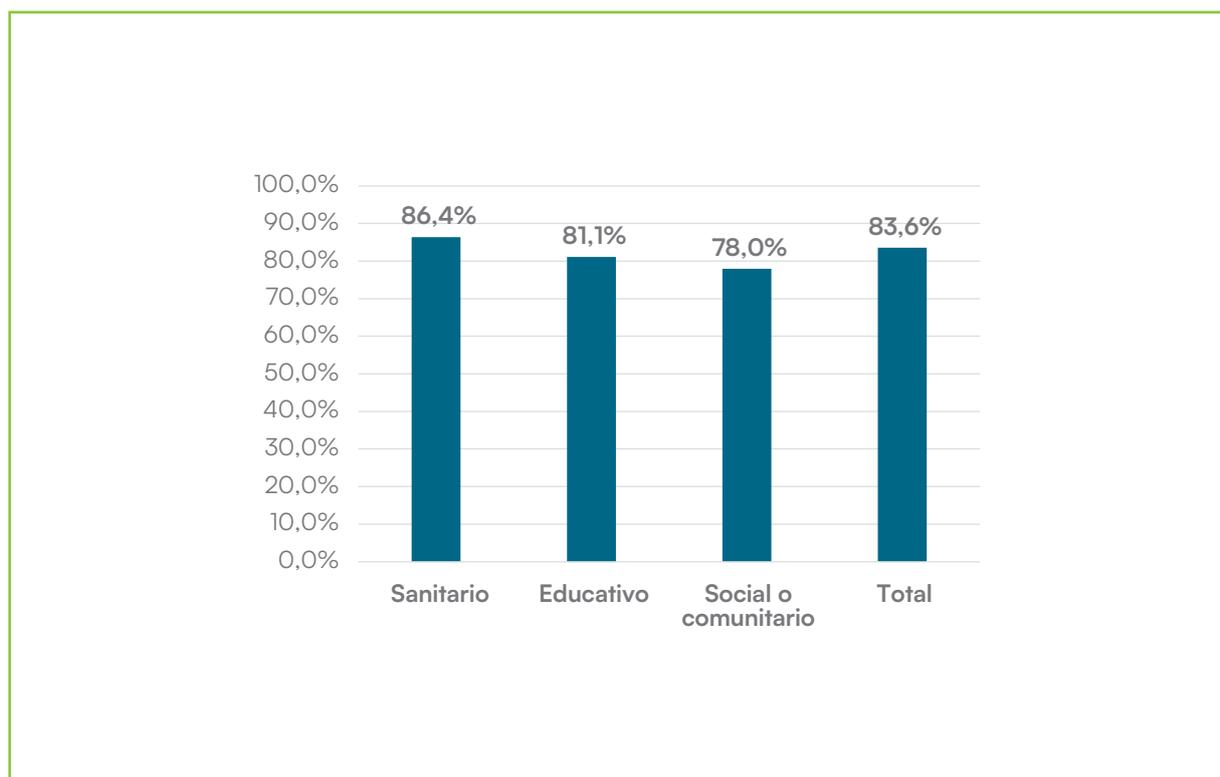
En el ámbito educativo, un 81,1% de profesionales también percibe el suicidio como un problema de salud importante, lo que muestra un alto grado de conciencia sobre su relevancia, aunque un pequeño porcentaje (16,4%) lo considera menos relevante. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 78% que identifica el suicidio como un problema importante, aunque un 19,5% lo considera poco relevante. **La diferencia entre ámbitos es significativa ($p < 0,05$).**

Estas percepciones sugieren que, en general, existe un amplio consenso entre los tres grupos profesionales sobre la importancia del suicidio como problema de salud en Canarias, con los sanitarios mostrando la mayor preocupación.

¿El suicidio es un problema de salud importante?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Sí, es un problema relevante	86,40%	81,10%	78,00%	83,60%
Sí, pero poco relevante	11,80%	16,40%	19,50%	14,30%
Nada relevante	1,80%	2,50%	2,50%	2,10%

Porcentajes de personas que consideran que el suicidio es un problema de salud importante



Pregunta 33: ¿Quién cree que presenta más suicidios?

Los datos indican que los hombres son considerados el grupo más afectado por el suicidio: en 2021, los hombres representaron aproximadamente el 76% de las muertes por suicidio en la región, lo que subraya la alta prevalencia de este fenómeno en el sexo masculino (ESC, 2021). Esta realidad es reconocida por el 50,5% de profesionales sanitarios, quienes identifican correctamente que los hombres son quienes presentan más suicidios.

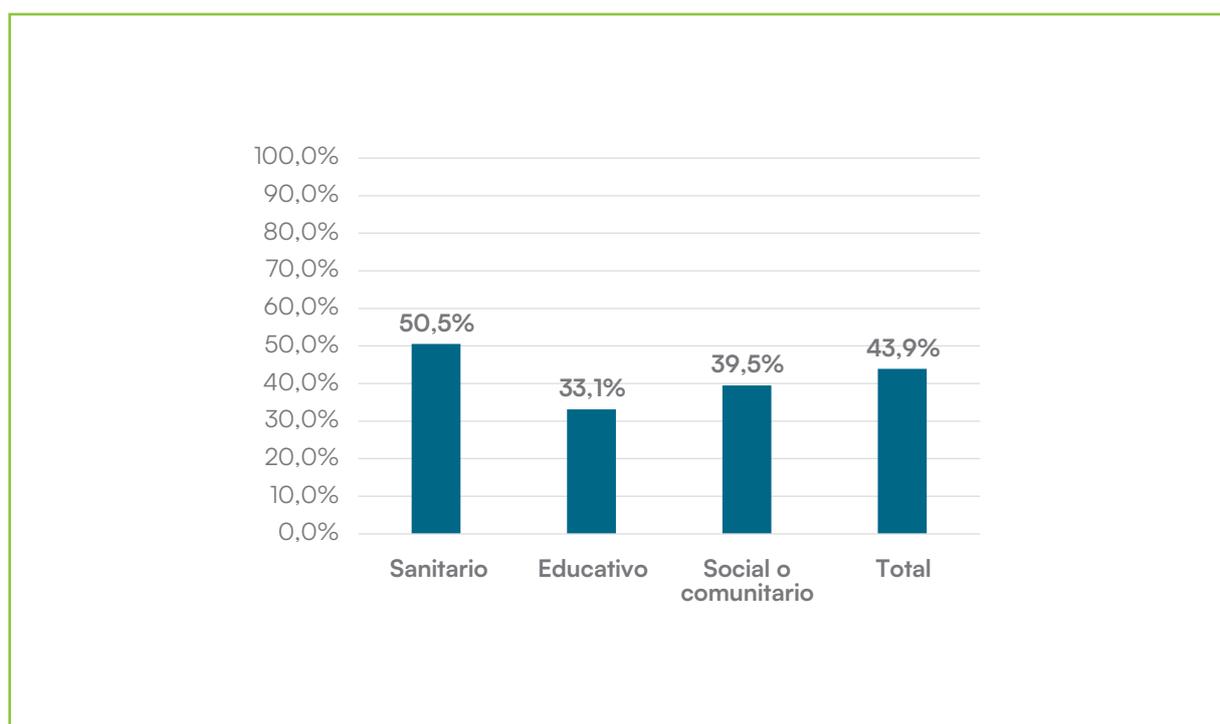
En el ámbito educativo, un 33,1% de profesionales también señala a los hombres como el grupo más afectado por el suicidio, mientras que un porcentaje significativo (49,1%) considera que no hay diferencias significativas entre los sexos. Los/as profesionales sociales y comunitarios presentan una percepción similar, con un 39% que identifica a los hombres como el grupo con más suicidios, aunque un 48,9% opina que la incidencia es similar en ambos sexos.

Estas percepciones sugieren que, aunque los/as profesionales sanitarios son los más alineados con la realidad en cuanto a la prevalencia de suicidio en hombres, tanto los educativos como los sociales/comunitarios tienden a subestimar esta diferencia de género.

¿Quién cree que presenta más suicidios?

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Los hombres	50,50%	33,10%	39,50%	43,90%
Las mujeres	13,80%	13,60%	10,00%	13,20%
Los hombres y las mujeres por igual	35,70%	53,40%	50,50%	42,90%

Porcentajes de personas que consideran que los hombres tienen una tasa de suicidios más alta



Pregunta 34: Según su percepción, de las siguientes acciones que promueven el envejecimiento saludable, ¿cuáles se realizan con menos frecuencia?

En relación con las actividades que se realizan con menos frecuencia para promover el envejecimiento activo, hay que destacar que las que se consideran que se fomentan en menor medida son la actividad física, una dieta variada y la estimulación de la mente activa. Es destacable que existe un claro acuerdo entre los tres ámbitos profesionales.

Según su percepción, de las siguientes acciones que promueven el envejecimiento saludable, ¿cuáles se realizan con menos frecuencia? (respuesta múltiple)

	Sanitario	Educativo	Social o comunitario	Total
Patrón de dieta variada y equilibrada	71,1%	72,9%	70,5%	71,5%
Actividad física	67,4%	59,0%	61,5%	64,1%
Mente activa	58,5%	46,3%	48,5%	53,6%
No consumo de alcohol y tabaco	50,2%	51,1%	52,0%	50,7%
Relaciones sociales/familiares	20,2%	19,5%	30,5%	21,6%

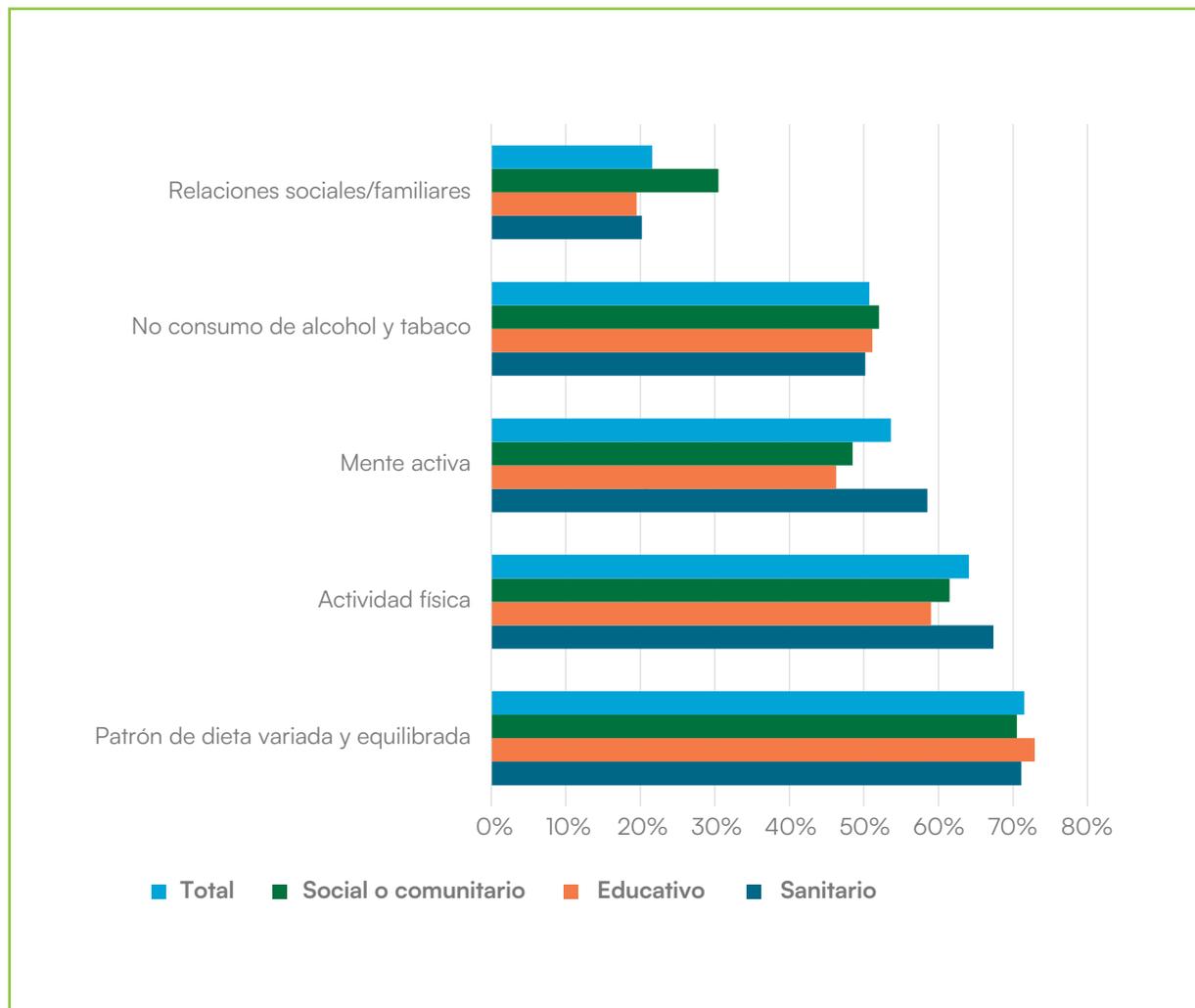


Tabla resumen con el nivel de coincidencia entre los datos de las fuentes oficiales y las respuestas al cuestionario. Nivel de coincidencia alto (71-100%), medio (41-70%), bajo (0-40%) de la población encuestada.

Pregunta	Sanitario	Educativo	Social-comunitario	Diferencia significativa entre ámbitos ¹¹
¿La esperanza de vida en Canarias es más alta, igual o más baja respecto a la media española?	Bajo (25,6%)	Bajo (20,1%)	Bajo (18%)	No
¿La esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres en Canarias es más alta?	Alto (82,2%)	Alto (71,8%)	Alto (71%)	Sí
¿Quién considera que tiene una mejor percepción de su propia salud en Canarias? Hombres	Bajo (31,1%)	Bajo (9,6%)	Bajo (18,5%)	Sí
¿Cuál cree que es la principal causa de mortalidad en Canarias?	Medio (64,6%)	Bajo (37,3%)	Bajo (39%)	Sí
¿Considera que en Canarias el consumo de tabaco en la última década ha aumentado?	Medio (44,5%)	Medio (50,3%)	Medio (44,5%)	No
¿Quiénes consumen más tabaco en Canarias? (según sexo)	Medio (41,5%)	Bajo (33,6%)	Bajo (32,5%)	Sí
¿Qué grupo de edad consume más tabaco en Canarias?	Bajo (35,3%)	Bajo (28%)	Bajo (31%)	No
¿Qué clase social consume más tabaco en Canarias?	Alto (70,7%)	Medio (66,1%)	Medio (65%)	No
¿En Canarias consumen más alcohol de forma excesiva los hombres o las mujeres?	Alto (93,2%)	Alto (94,1%)	Alto (90%)	No
¿En Canarias qué grupo de edad consume alcohol de forma excesiva?	Bajo (22,7%)	Bajo (14,7%)	Bajo (16,5%)	Sí
¿En su opinión en Canarias qué clase social consume alcohol de forma excesiva?	Medio (52%)	Medio (46%)	Medio (49,5%)	No
¿En la última década en Canarias el consumo de dulces, bollería y refrescos con azúcar ha aumentado?	Bajo (3,3%)	Bajo (6,5%)	Bajo (6,0%)	No
¿El consumo de fruta fresca entera en la última década en Canarias ha aumentado?	Bajo (11,5%)	Bajo (18,6%)	Bajo (17%)	Sí
¿En Canarias la proporción de lactancia natural (lactancia materna) ha aumentado?	Medio (48,7%)	Bajo (37%)	Bajo (36%)	Sí

¹¹ Sí=diferencia entre ámbitos profesionales estadísticamente significativa con prueba del chi cuadrado ($p < 0,05$).

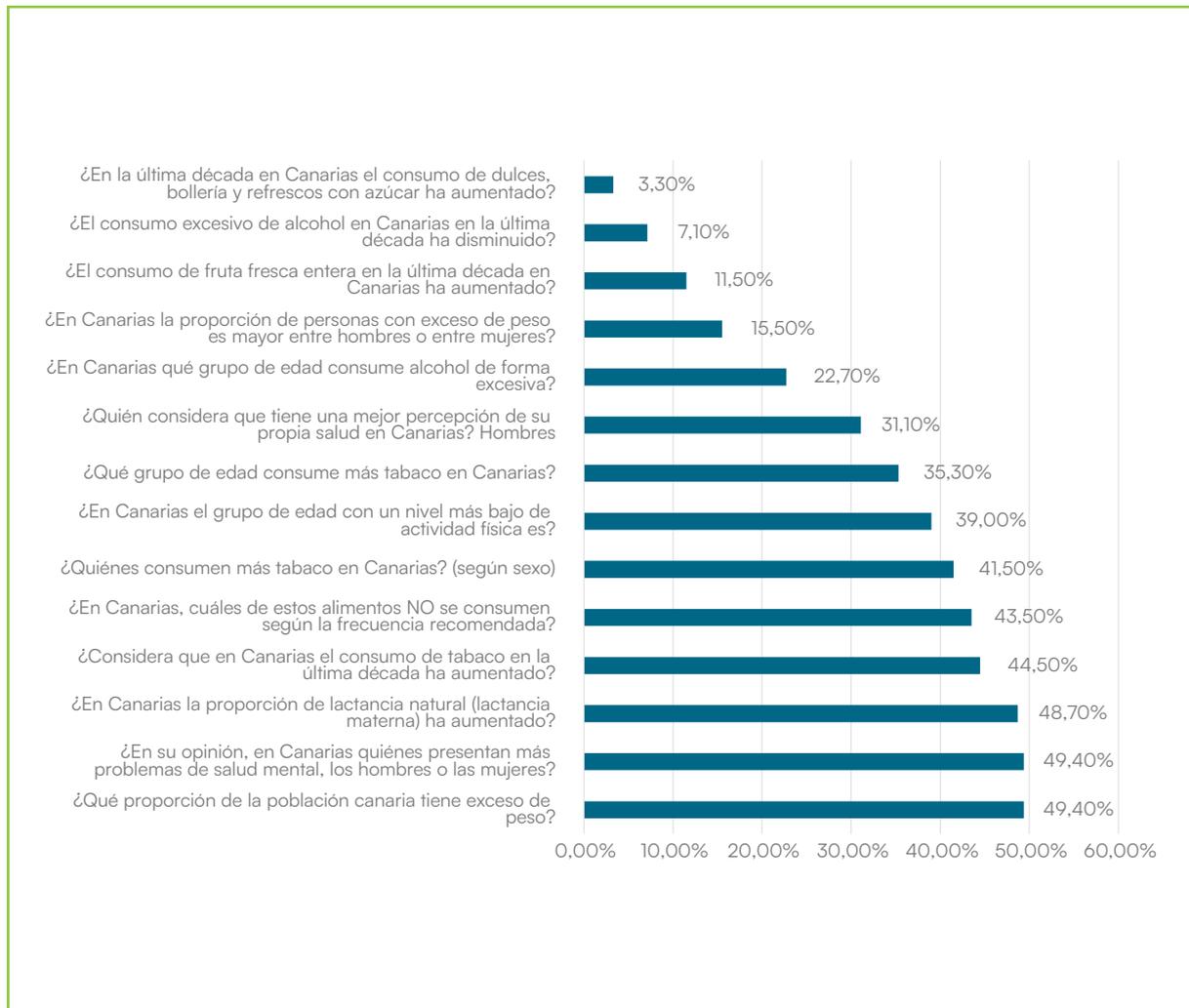
Pregunta	Sanitario	Educativo	Social-comunitario	Diferencia significativa entre ámbitos ¹¹
¿En Canarias la proporción de lactancia natural (lactancia materna) es más frecuente entre qué clase social?	Medio (54,6%)	Medio (57,6%)	Medio (57,5%)	No
¿En Canarias, las personas con un nivel más bajo de actividad física son los hombres o las mujeres?	Medio (53,1%)	Medio (41,2%)	Bajo (40,5%)	Sí
¿En Canarias el grupo de edad con un nivel más bajo de actividad física es?	Bajo (39%)	Bajo (31,6%)	Bajo (39%)	No
¿En Canarias qué clase social tiene un nivel más bajo de actividad física?	Alto (76,6%)	Alto (71,5%)	Medio (68,5%)	No
¿En la última década en Canarias la población con exceso de peso ha aumentado?	Alto (89,2%)	Alto (82,8%)	Alto (80,5%)	Sí
¿Qué proporción de la población canaria tiene exceso de peso?	Medio (49,4%)	Bajo (39,3%)	Bajo (36,5%)	Sí
¿En Canarias la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre hombres o entre mujeres?	Bajo (15,5%)	Bajo (13%)	Bajo (12%)	Sí
¿Cuál es la frecuencia del cepillado dental? (después de cada comida)	Bajo 8,9%	Bajo 21,8%	Bajo 19,5%	Sí
¿Con qué frecuencia se acude al dentista? (al menos una vez al año)	Bajo 9,1%	Bajo 19,5%	Bajo 16,5%	Sí
¿En su opinión, en Canarias quiénes presentan más problemas de salud mental, los hombres o las mujeres?	Medio (49,4%)	Bajo (32,2%)	Bajo (35,5%)	Sí
¿Considera que en Canarias los problemas de salud mental en la última década han aumentado?	Alto (96,3%)	Alto (92,9%)	Alto (93,5%)	Sí

Verde: Coincidencia alta (71%-100%)

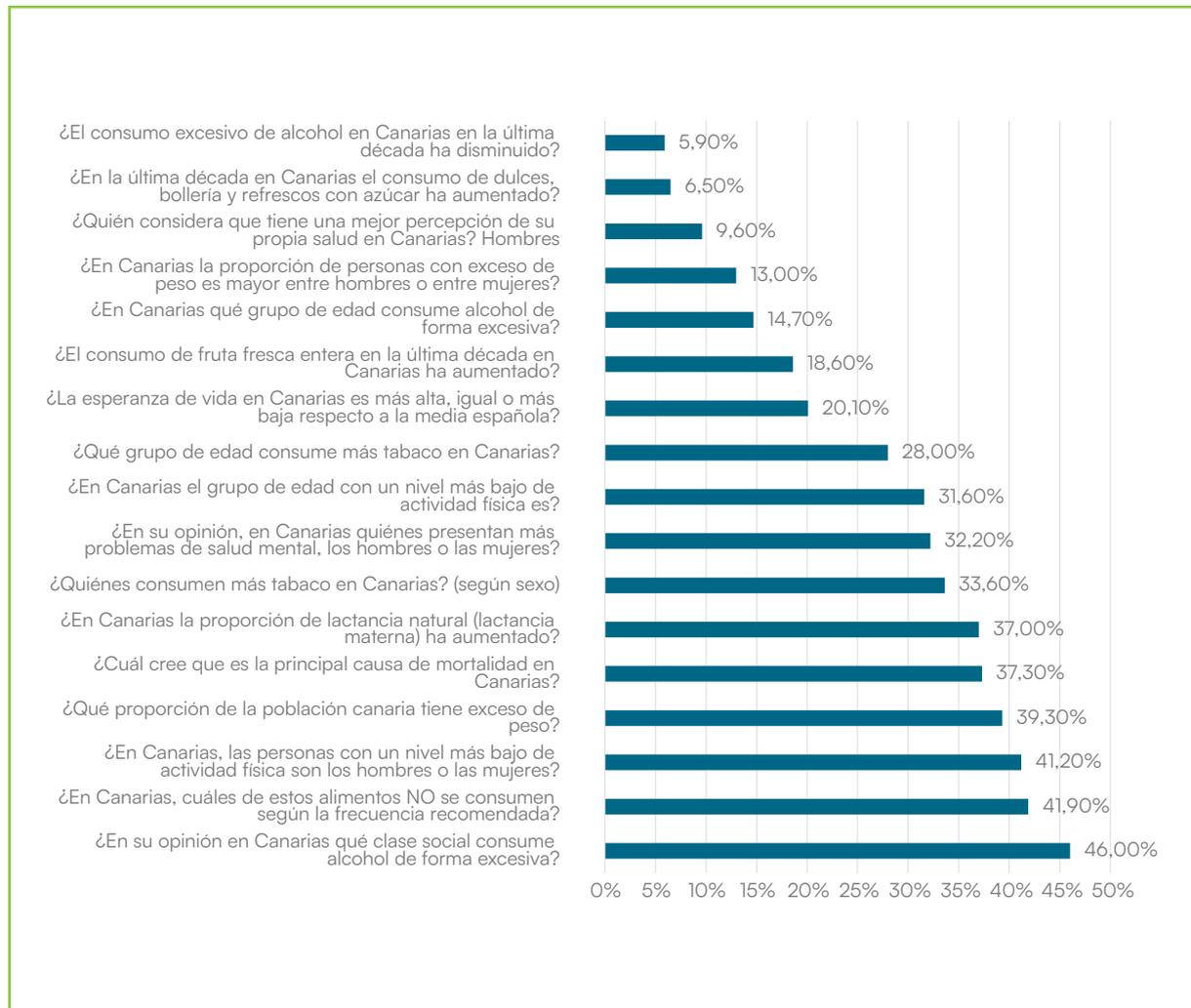
Naranja: Coincidencia baja (0-40%)

Amarillo: Coincidencia media (41-70%)

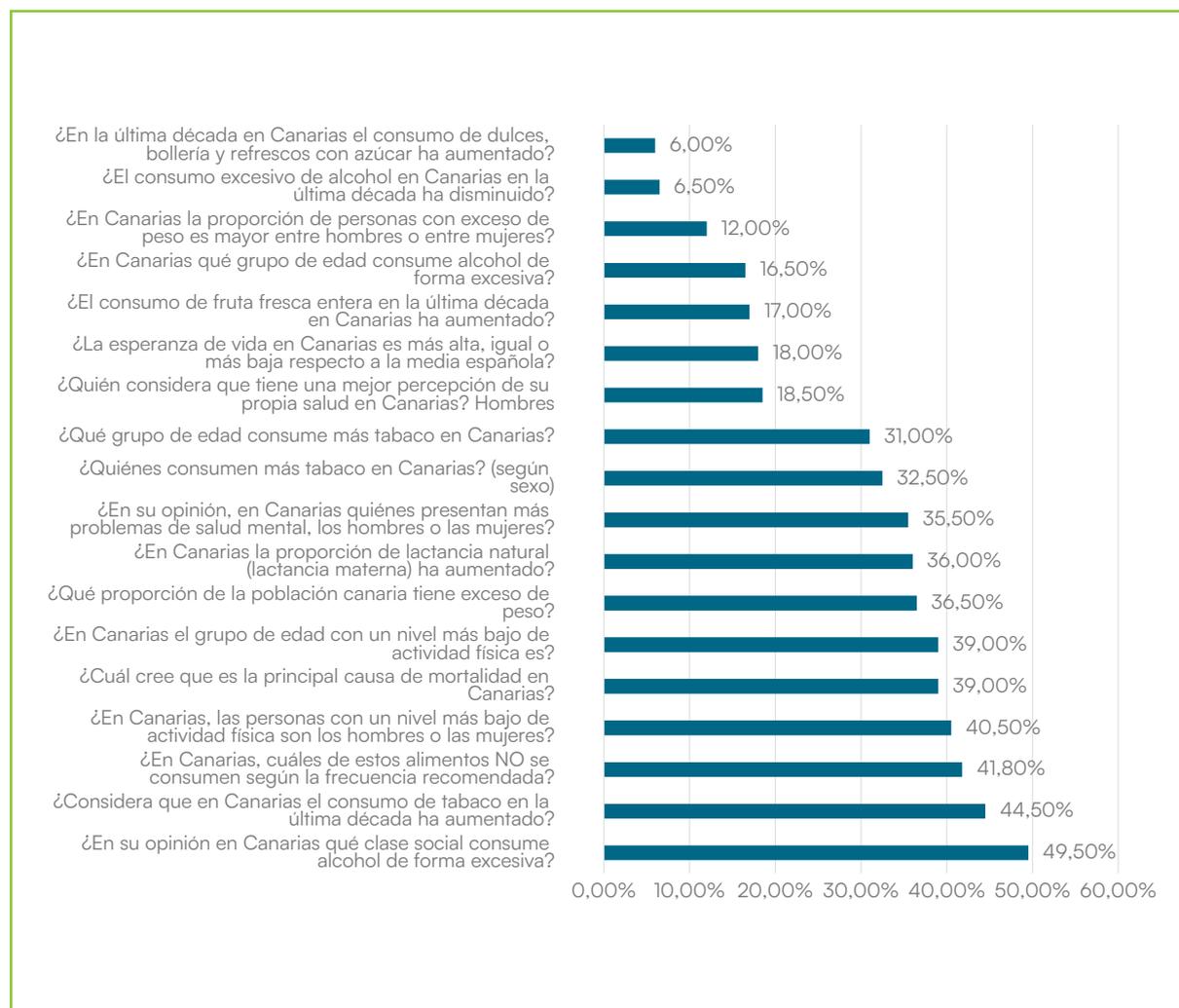
Ítems en los cuales menos de la mitad de los/as profesionales del ámbito sanitario han respondido en línea con los datos recogidos en la Encuesta Canaria de Salud (2021) y otros indicadores



Ítems en los cuales menos de la mitad de los/as profesionales del ámbito educativo han respondido en línea con los datos publicados en la Encuesta Canaria de Salud (2021) y otros indicadores sanitarios



Ítems en los cuales menos de la mitad de los/as profesionales del ámbito social y comunitario han respondido en línea con los datos recogidos en la Encuesta Canaria de Salud (2021)



Priorización de las medidas

El segundo objetivo de esta encuesta era priorizar diferentes medidas de promoción de hábitos de vida saludable. La tabla presenta la priorización de diferentes líneas estratégicas para promover hábitos de vida saludable, evaluadas por profesionales de tres ámbitos: salud, educación y socio-comunitario. Las puntuaciones van de 1 a 5, siendo 5 la máxima prioridad.

Todas las líneas estratégicas reciben puntuaciones altas, entre 4,26 y 4,55 de media total, lo que indica un amplio consenso sobre su importancia.

Las tres líneas más valoradas en general son:

- Fomentar la actividad física y reducir el sedentarismo (4,55)
- Promover una alimentación saludable y sostenible (4,54)
- Promoción de la salud mental (4,48)

Los/as profesionales del ámbito de salud tienden a dar las puntuaciones más altas en casi todas las líneas. Priorizan especialmente la actividad física y la alimentación saludable (ambas 4,62) y dan gran importancia a la promoción de salud comunitaria (4,53).

Las puntuaciones de las personas que trabajan en el sector educativo suelen ser ligeramente inferiores a las del ámbito de salud, pero superiores al socio-comunitario. Coinciden en priorizar la actividad física y la alimentación saludable (ambas 4,56) y valoran menos la promoción de salud comunitaria (4,19) en comparación con el ámbito de salud.

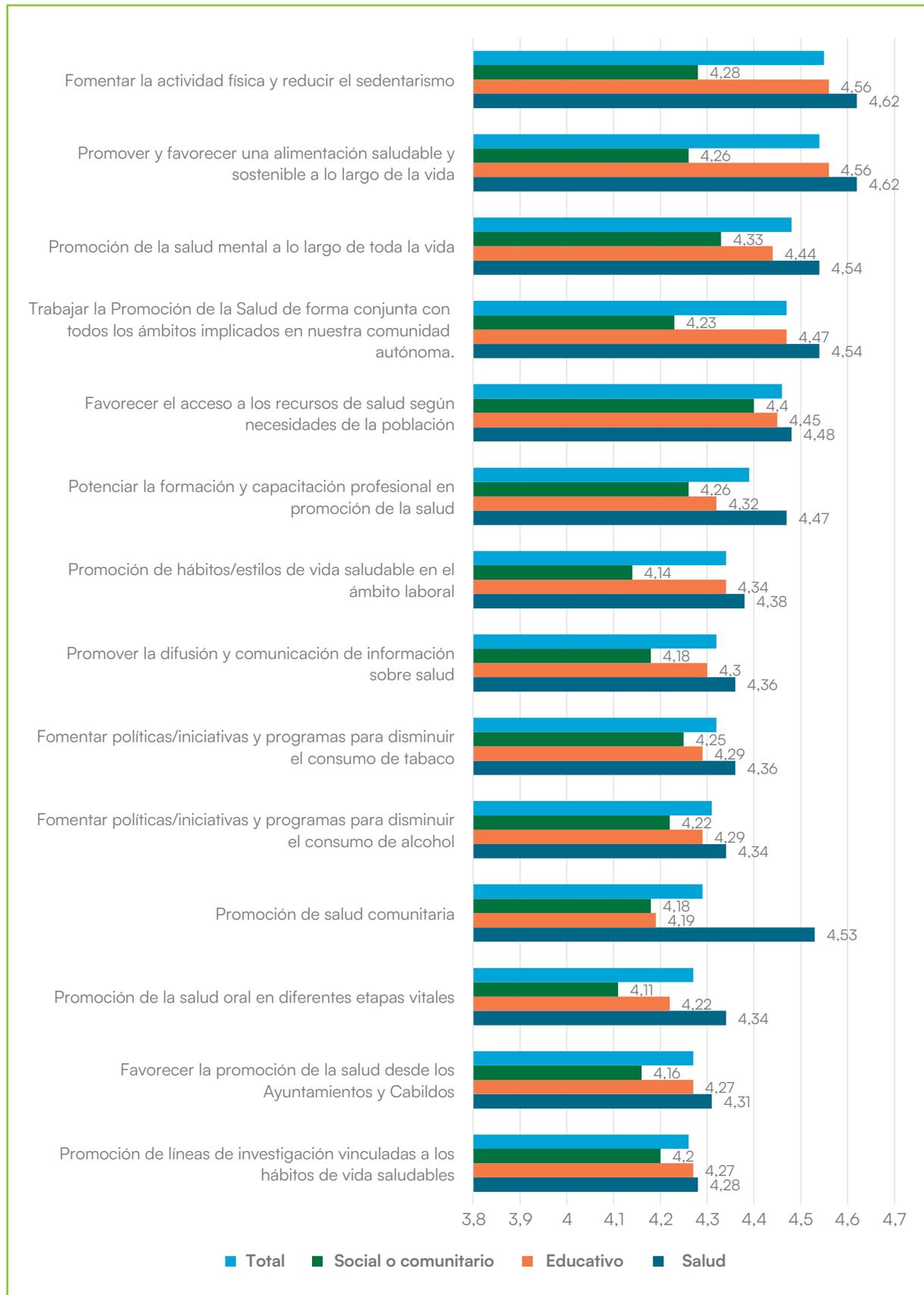
El ámbito social o comunitario otorga las puntuaciones más bajas de los tres ámbitos. Su prioridad más alta es favorecer el acceso a recursos de salud (4,40) y da menos importancia relativa a la promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral (4,14).

La mayor discrepancia se observa en la “Promoción de salud comunitaria”, con una diferencia de 0,35 puntos entre salud (4,53) y los otros dos ámbitos (4,19 y 4,18). El ámbito socio-comunitario valora menos la promoción de la actividad física (4,28) en comparación con salud y educación (4,62 y 4,56). La “Promoción de la salud mental” es más valorada por el ámbito socio-comunitario (4,33) que otras líneas, en comparación con los otros ámbitos.

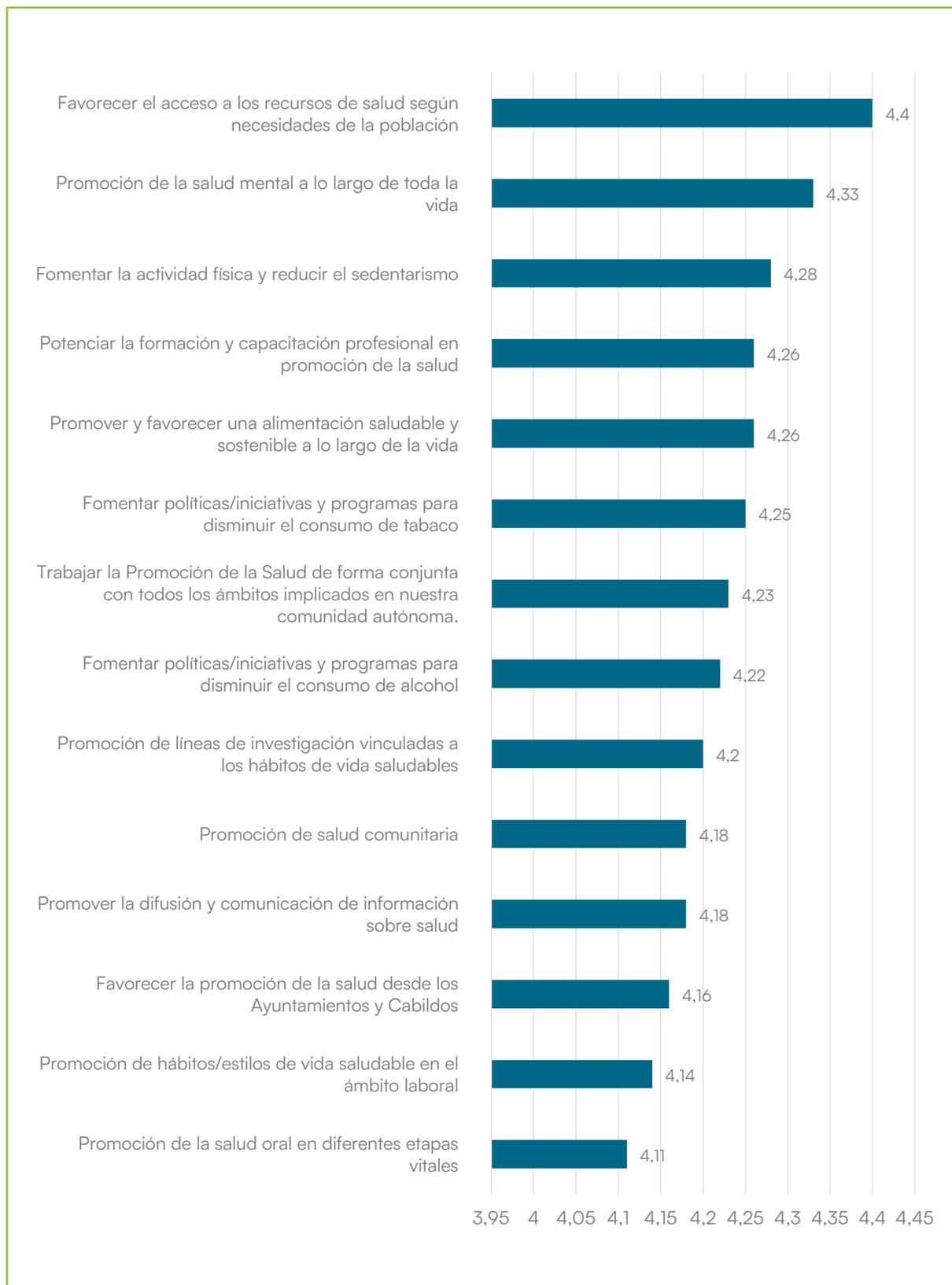
Media de la priorización de las líneas estratégicas según ámbito de trabajo (En orden de importancia según el total)

	Salud	Educación	Social o comunitario	Total
Fomentar la actividad física y reducir el sedentarismo	4,62	4,56	4,28	4,55
Promover y favorecer una alimentación saludable y sostenible a lo largo de la vida	4,62	4,56	4,26	4,54
Promoción de la salud mental a lo largo de toda la vida	4,54	4,44	4,33	4,48
Trabajar la Promoción de la Salud de forma conjunta con todos los ámbitos implicados en nuestra comunidad autónoma.	4,54	4,47	4,23	4,47
Favorecer el acceso a los recursos de salud según necesidades de la población	4,48	4,45	4,40	4,46
Potenciar la formación y capacitación profesional en promoción de la salud	4,47	4,32	4,26	4,39
Promoción de hábitos/estilos de vida saludable en el ámbito laboral	4,38	4,34	4,14	4,34
Fomentar políticas/iniciativas y programas para disminuir el consumo de tabaco	4,36	4,29	4,25	4,32
Promover la difusión y comunicación de información sobre salud	4,36	4,30	4,18	4,32
Fomentar políticas/iniciativas y programas para disminuir el consumo de alcohol	4,34	4,29	4,22	4,31
Promoción de salud comunitaria	4,53	4,19	4,18	4,29
Favorecer la promoción de la salud desde los Ayuntamientos y Cabildos	4,31	4,27	4,16	4,27
Promoción de la salud oral en diferentes etapas vitales	4,34	4,22	4,11	4,27
Promoción de líneas de investigación vinculadas a los hábitos de vida saludable	4,28	4,27	4,20	4,26

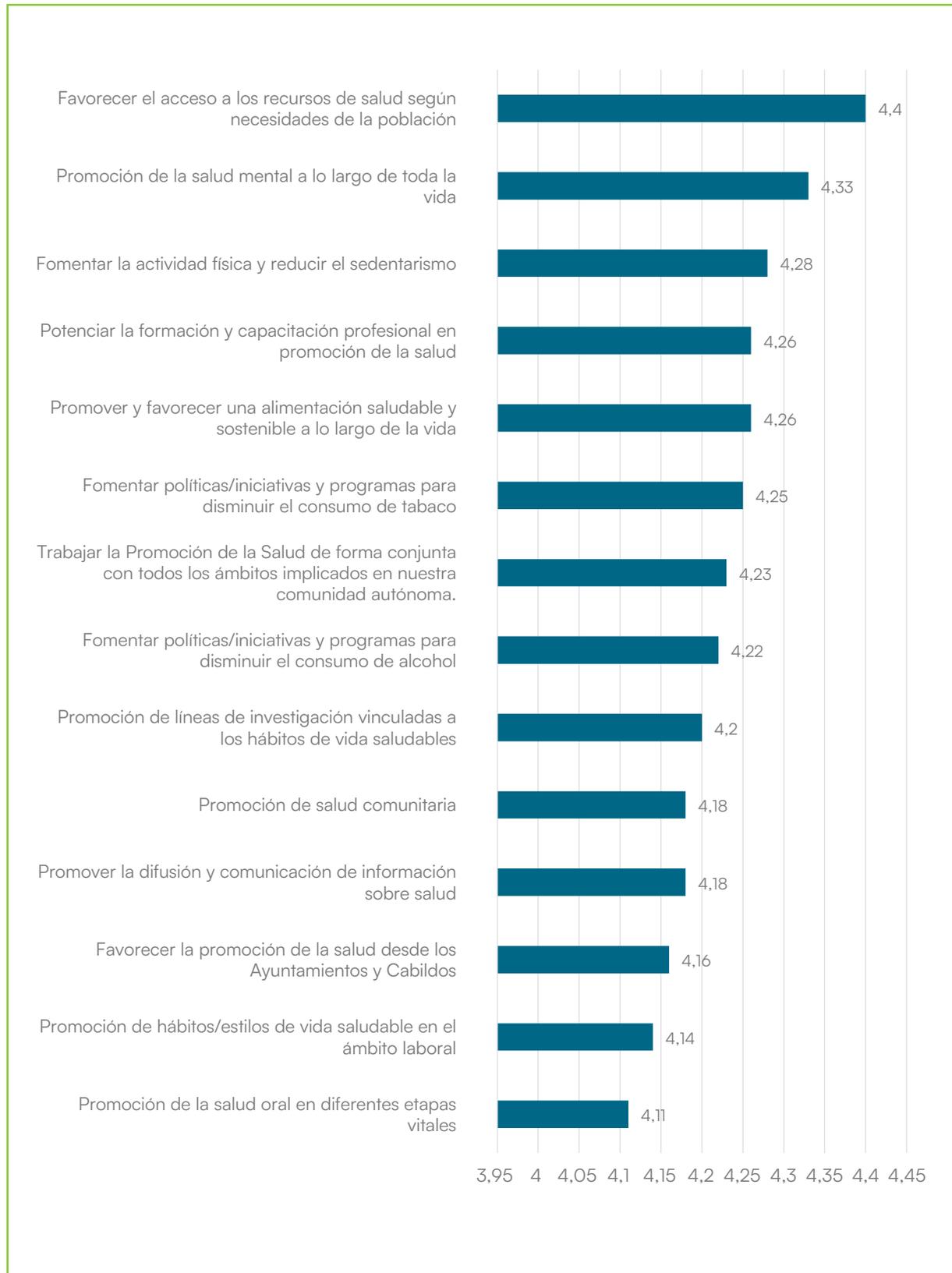
Media de la priorización de las líneas estratégicas según ámbito de trabajo



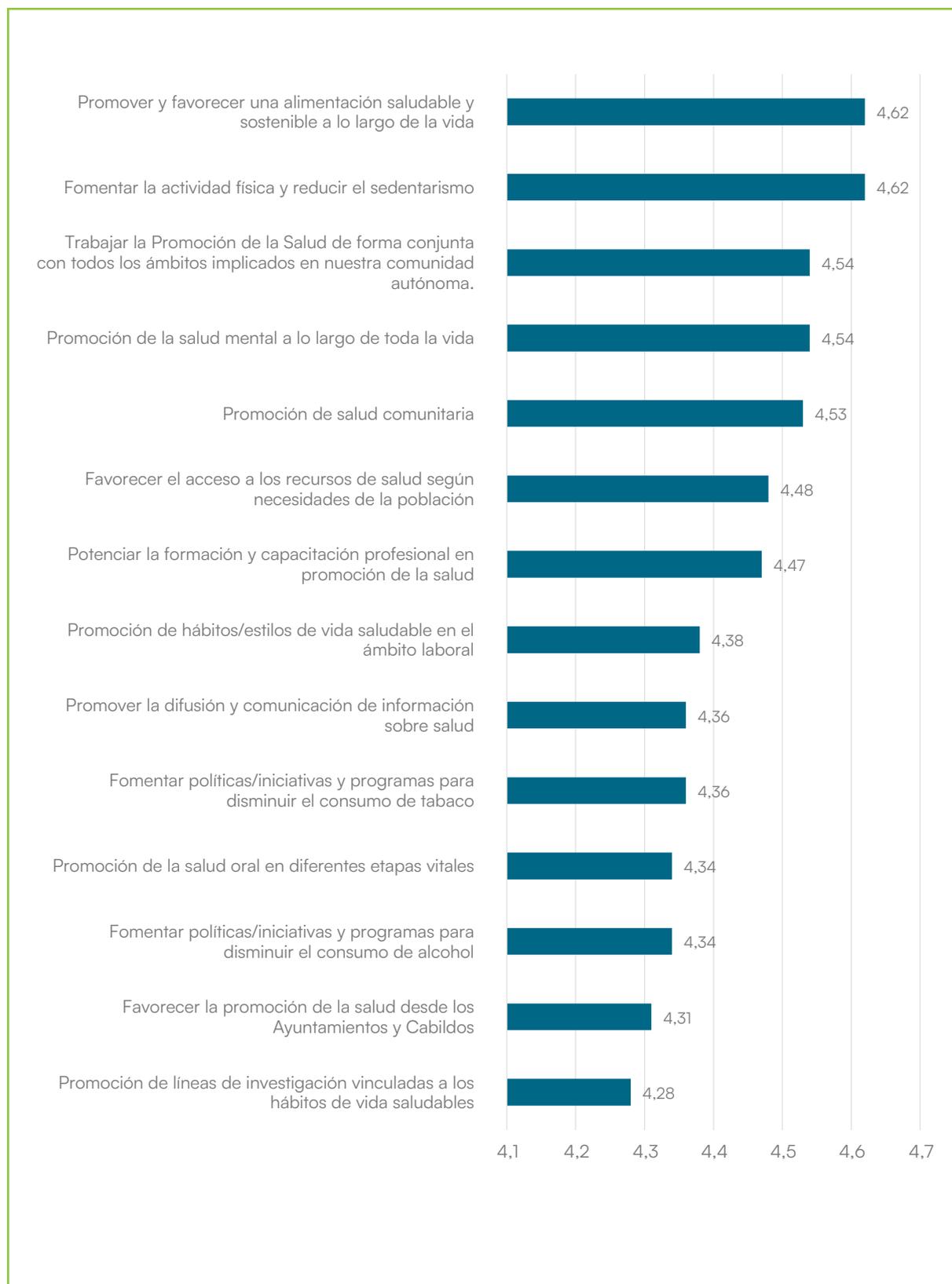
Media de la priorización de las líneas estratégicas de los/as profesionales del ámbito social y comunitario en orden de importancia



Media de la priorización de las líneas estratégicas de los/as profesionales del ámbito educativo en orden de importancia



Media de la priorización de las líneas estratégicas de los/as profesionales del ámbito sanitario en orden de importancia



Conclusiones de la encuesta

Conclusiones de la encuesta

A partir del análisis comparativo entre las percepciones de profesionales sanitarios, educativos y sociales/comunitarios en relación con los datos reales sobre varios aspectos de la salud pública en Canarias, se revelan algunas características que deben considerarse en el diseño de acciones y propuestas para la promoción de hábitos de vida saludable en la región. Los resultados subrayan la existencia de discrepancias entre la percepción profesional y la realidad, lo que puede afectar la planificación y ejecución de intervenciones de salud pública. De este análisis, se destacan los siguientes puntos clave:

Mayor precisión de profesionales sanitarios

Los/as profesionales del ámbito sanitario son los que muestran una mayor precisión en la identificación de problemas de salud, lo cual es coherente con su contacto directo y continuo con pacientes y datos clínicos. Esto es evidente en temas como la esperanza de vida, causas de mortalidad, y la prevalencia de obesidad o el consumo de alcohol y tabaco.

Recomendación: Es crucial reforzar el acceso a información actualizada para los/as profesionales educativos y sociales/comunitarios, especialmente en temas clave como obesidad, actividad física, consumo de tabaco y salud mental, donde presentan mayores discrepancias. Desarrollar programas de talleres de formación y actualización periódica serían útiles para alinear mejor sus percepciones con los datos más recientes en este ámbito.

Conocimiento parcial sobre el impacto del género en la salud

En algunos casos, los/as profesionales, independientemente del ámbito, subestiman el impacto del género en la salud.

Recomendación: Se recomienda implementar programas formativos para concienciar sobre el impacto del género en la salud, dirigidos a todos los colectivos profesionales. Esto ayudaría a mejorar la comprensión sobre cómo las desigualdades de género influyen en la salud física y mental, proporcionando un enfoque más adecuado para atender las necesidades específicas de cada género.

Reconocimiento parcial de las mejoras en ciertos hábitos de vida

Aunque los datos muestran mejoras en la disminución del consumo de tabaco o alimentos poco saludables, las percepciones de los/as profesionales no reflejan estos avances. Un parte significativa de la muestra encuestada considera que estos consumos han aumentado cuando en realidad se han reducido en la última década.

Recomendación: Es crucial visibilizar los logros positivos y las tendencias positivas en la salud pública de Canarias. Resaltar que estas mejoras en las campañas de comunicación podrían motivar a los/as profesionales y a la población en general a continuar adoptando hábitos saludables.

Posible percepción sesgada sobre la salud de los/as adolescentes

Tanto los perfiles profesionales del ámbito educativo como los del ámbito socio-comunitario

tienden a sobredimensionar los problemas de salud en adolescentes, probablemente debido a un sesgo de exposición por su contacto directo con este grupo de edad.

Recomendación: Sería recomendable informar a estos profesionales sobre las tendencias reales de salud en este grupo de edad, ya que esto podría ayudar a diseñar intervenciones más focalizadas y efectivas, adaptadas a las verdaderas necesidades de los y las adolescentes y reducir así, la tendencia a sobredimensionar los problemas que les afectan.

Valoración limitada de la salud comunitaria

Se observa que los/as profesionales del ámbito social y comunitario valoran menos la promoción de la salud comunitaria en comparación con los otros sectores. Por ejemplo, la promoción de la salud comunitaria recibe menos prioridad en comparación con otros aspectos, como el acceso a recursos sanitarios o la promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral. Esto puede deberse a un desconocimiento de las potencialidades de este enfoque en la promoción de la salud pública.

Recomendación: sería aconsejable informar y formar sobre las ventajas de un enfoque comunitario de la salud, sobre todo a los/as profesionales que trabajan en ámbito social y comunitario. Dar a conocer las potencialidades y beneficios de este enfoque puede mejorar las intervenciones a nivel comunitario y potenciar la capacidad de respuesta a los problemas de salud en las comunidades más vulnerables.

Anexo

Cuestionario

Pantallazo de la portada de la encuesta on-line



El Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias se ha propuesto investigar la percepción sobre los estilos de vida saludable en la Comunidad Autónoma de Canarias, desde todos los ámbitos (sanitarios, socio-comunitarios y educativos). Para ello nos gustaría conocer su opinión sobre diferentes hábitos de nuestra población a través de un cuestionario anónimo que le tomará alrededor de diez minutos cumplimentarlo.

Nota.- Este cuestionario trata de conocer cuál es su percepción y no su conocimiento sobre las cuestiones planteadas.

Muchas gracias por su colaboración.

Pantallazo de la visualización de la encuesta en un ordenador o un móvil

¿Cuál es su ámbito de trabajo?

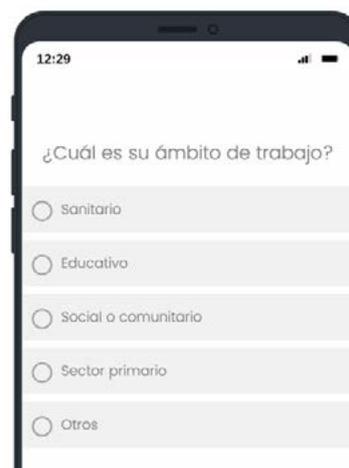
Sanitario

Educativo

Social o comunitario

Sector primario

Otros



Preguntas del cuestionario

¿En qué isla reside?

¿Cuál es su municipio de residencia?

¿Cuál es su ámbito de trabajo?

¿Cuál es su área de trabajo?

¿Cuál es su sexo?

Año de nacimiento

¿Cuál es el nivel más alto de enseñanza reglada que ha completado?

La esperanza de vida en Canarias según su percepción es más alta, igual o más baja respecto a la media española

La esperanza de vida de los hombres respecto a las mujeres en Canarias, según su percepción es:

¿Quién considera que tiene una mejor percepción de su propia salud en Canarias?

¿Cuál cree que es la principal causa de mortalidad en Canarias?

Considera que en Canarias el consumo de tabaco, en la última década:

¿Quiénes consumen más tabaco en Canarias?

¿Qué grupo de edad consume más tabaco en Canarias?

¿Qué clase social consume más tabaco en Canarias?

El consumo excesivo de alcohol en Canarias en la última década:

¿En Canarias, qué perfil de persona cree que consume alcohol de forma excesiva?

En Canarias, ¿qué grupo de edad consume alcohol de forma excesiva?

¿En su opinión, en Canarias, qué clase social consume alcohol de forma excesiva?

En la última década, en Canarias, el consumo de dulces, bollería y refrescos con azúcar:

El consumo de fruta fresca entera en la última década en Canarias:

En su opinión, en Canarias ¿cuáles de estos alimentos NO se consumen según la frecuencia recomendada? (respuesta múltiple)

En Canarias, la proporción de lactancia natural (lactancia materna):

En Canarias, la proporción de lactancia natural (lactancia materna) ¿es más frecuente entre?

En su opinión, la actividad física en Canarias:

En Canarias, las personas con un nivel más bajo de actividad física son:

En Canarias, el grupo de edad con un nivel más bajo de actividad física son:

En Canarias, cree que las personas con un nivel más bajo de actividad física son:

En la última década, en Canarias, según su percepción la población con exceso de peso:

Las personas con exceso de peso representan:

En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre:

En Canarias, la proporción de personas con exceso de peso es mayor entre:

¿Con qué frecuencia crees que en Canarias se acude al dentista para revisión?

En su opinión, ¿cuál es la frecuencia de cepillado dental más habitual en canarias?

Según su percepción, de las siguientes acciones que promueven el envejecimiento saludable, ¿cuáles se realizan con menos frecuencia? (respuesta múltiple)

En su opinión, en Canarias, ¿quiénes presentan más problemas de salud mental?

Considera que en Canarias los problemas de salud mental en la última década:

En su opinión, en Canarias, ¿qué grupo de edad padece más problemas de salud mental?

¿Qué clase social cree Ud. que padece mayormente problemas de salud mental en Canarias?

En su opinión, considera que en Canarias ¿El suicidio es un problema de salud importante?

En su opinión, en Canarias, ¿quién cree que presenta más suicidios?

Según su percepción, de las siguientes acciones que promueven el envejecimiento saludable, ¿cuáles se realizan con menos frecuencia?

Puntúe en una escala de 1 a 5 la prioridad que tienen, en su opinión, las siguientes líneas estratégicas en cuanto a Promoción de la Salud en la población canaria (1 poco prioritaria 5 muy prioritaria):

- Trabajar la Promoción de la Salud de forma conjunta con todos los ámbitos implicados en nuestra comunidad autónoma.
 - Promover y favorecer una alimentación saludable y sostenible a lo largo de la vida.
 - Fomentar la actividad física y reducir el sedentarismo.
 - Fomentar políticas/iniciativas y programas para disminuir el consumo de tabaco.
 - Fomentar políticas/iniciativas y programas para disminuir el consumo de alcohol.
 - Promoción de la salud mental a lo largo de toda la vida.
 - Promoción de la salud oral en diferentes etapas vitales.
 - Favorecer la promoción de la salud desde los Ayuntamientos y Cabildos.
 - Favorecer el acceso a los recursos de salud según necesidades de la población.
 - Potenciar la formación y capacitación profesional en promoción de la salud.
 - Promover la difusión y comunicación de información sobre salud.
 - Promoción de hábitos/estilos de vida saludable en el ámbito laboral.
 - Promoción de salud comunitaria.
 - Promoción de líneas de investigación vinculadas a los hábitos de vida saludable.
-

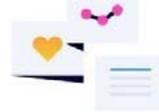
Infografías

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p>	
<p> 58 PARTICIPANTES</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias • Adicciones comportamentales • Ludopatía (en la tercera edad) • Problemas alimentarios • Problemas en la dinámica familiar y comunitaria • Sedentarismo • Obesidad infantil • Problemas de descanso • Salud mental • Acceso prematuro a la pornografía • Dificultades para la interacción social • Violencia estética • Problemas sociales relacionados con la salud • Uso inadecuado de medicamentos • Problemas afectivo-sexuales • Problemas de seguridad vial
<p> 10 ENTREVISTAS</p>		<p>GRUPO 1: ADMINISTRACIÓN</p> 

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p>	
<p> 58 PARTICIPANTES</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Sedentarismo • Baja percepción del riesgo • Tabaquismo • Automedicación • Problemas alimentarios • Salud mental • Trastornos musculoesqueléticos • Uso de nuevas tecnologías • Problemas de sueño • Relaciones afectivas patológicas • Soledad no deseada • Falta de planificación en la vejez • Poco ejercicio físico • Problemas socioeconómicos
<p> 10 ENTREVISTAS</p>		<p>GRUPO 2: PROFESIONALES SALUD</p> 

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p>	
 <p>58 PARTICIPANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de vapeadores • Consumo de bebidas energéticas • Mala alimentación • Adicción a las pantallas • Problemas de convivencia • Prácticas sexuales de riesgo • Estrés en el profesorado • Sedentarismo • Problemas afectivo-sexuales • Problemas de salud mental en adolescentes • Influencia de las redes sociales 	<p>1) ¿Cuáles considera que son aquellos hábitos de vida no saludables más frecuentes en su ámbito de actuación? 2) ¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable en su ámbito de intervención?</p>
 <p>10 ENTREVISTAS</p>		<p>GRUPO 3: PROFESIONALES EDUCACIÓN</p> 

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p>	
 <p>58 PARTICIPANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de bebidas energéticas • Consumo de cannabis: • Sedentarismo • Uso excesivo de tecnologías • Pornografía • Problemas de salud mental • Problemas de sueño • Problemas alimentarios • Poca continuidad programas salud para mayores. • Infraestructuras urbanas inadecuadas • Obesidad infantil • Insatisfacción laboral y su impacto en la salud mental. • Polifarmacia • Individualismo 	<p>1) ¿Cuáles considera que son aquellos hábitos de vida no saludables más frecuentes en su ámbito de actuación? 2) ¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable en su ámbito de intervención?</p>
 <p>10 ENTREVISTAS</p>		<p>GRUPO 4: PROFESIONALES SANIDAD</p> 

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>  <p>58 PARTICIPANTES</p>  <p>10 ENTREVISTAS</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HáBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo • Obesidad • Aislamiento social • Problemas de salud mental • Sobremedicación • Sinhogarismo • Prostitución: falta de acceso a servicios de salud. • Violencia de género • Exclusión sanitaria a migrantes • Falta de acceso a recursos en personas en situación de exclusión social • Problemas de higiene bucodental • Alteraciones del sueño • Vulnerabilidad social y explotación laboral 	 <p>1) ¿Cuáles considera que son aquellos hábitos de vida no saludables más frecuentes en su ámbito de actuación? 2) ¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable en su ámbito de intervención?</p> <p>GRUPO 5: TERCER SECTOR</p> 
--	--	--

<p>5 GRUPOS FOCALES</p>  <p>58 PARTICIPANTES</p>  <p>10 ENTREVISTAS</p>	<p>PROCESO PARTICIPATIVO DIAGNÓSTICO HáBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS</p>	 <p>¿Qué desafíos/problemas encuentra para la promoción de los hábitos de vida saludable?</p>
	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias • Adicciones comportamentales • Ludopatía (en la tercera edad) • Problemas alimentarios • Problemas en la dinámica familiar y comunitaria • Sedentarismo • Obesidad infantil • Problemas de descanso • Salud mental • Acceso prematuro a la pornografía • Dificultades para la interacción social • Violencia estética • Problemas sociales relacionados con la salud • Uso inadecuado de medicamentos • Problemas afectivo-sexuales • Problemas de seguridad vial 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Sedentarismo • Baja percepción del riesgo • Tabaquismo • Automedicación • Problemas alimentarios • Salud mental • Trastornos musculoesqueléticos • Uso de nuevas tecnologías • Problemas de sueño • Relaciones afectivas patológicas • Soledad no deseada • Falta de planificación en la vejez • Poco ejercicio físico • Problemas socioeconómicos
	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Consumo de bebidas energéticas • Consumo de cannabis: • Sedentarismo • Uso excesivo de tecnologías • Pornografía • Problemas de salud mental • Problemas de sueño • Problemas alimentarios • Poca continuidad programas salud para mayores: • Infraestructuras urbanas inadecuadas • Obesidad infantil Insatisfacción laboral y su impacto en la salud mental. • Polifarmacia • Individualismo 	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de vapeadores • Consumo de bebidas energéticas • Mala alimentación • Adicción a las pantallas • Problemas de convivencia • Prácticas sexuales de riesgo • Estrés en el profesorado • Sedentarismo • Problemas afectivo-sexuales • Problemas de salud mental en adolescentes • Influencia de las redes sociales <p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo • Obesidad • Aislamiento social • Problemas de salud mental • Sobremedicación • Sinhogarismo • Prostitución: falta de acceso a servicios de salud. • Violencia de género • Exclusión sanitaria a migrantes • Falta de acceso a recursos en personas en situación de exclusión social • Problemas de higiene bucodental • Alteraciones del sueño • Vulnerabilidad social y explotación laboral

5
GRUPOS
FOCALES



PROCESO PARTICIPATIVO
DIAGNÓSTICO HáBITOS DE VIDA SALUDABLE EN CANARIAS



¿Qué necesidades presenta su ámbito profesional para promover hábitos de vida saludables?



58
PARTI-
PANTES



Propuesta	Administración Salud	Educativo	Colegios	Tercer Sector
Mejorar la coordinación entre sectores y sistemas (sanitario, sociosanitario, comunitario)				
Escuchar las necesidades de la población y promover la autonomía personal				
Programas estables y continuos				
Involucrar a la comunidad y sus asociaciones en la promoción de la salud				
Educación emocional y alimentación saludable en escuelas				
Uso de metodologías participativas				
Promoción de hábitos saludables desde la infancia				
Crear mesas intersectoriales para acciones conjuntas				
Talleres interactivos y prácticos en vez de charlas puntuales				



10
ENTRE-
VISTAS

Diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en Canarias