

ANEXO 1. LA ASISTENCIA SANITARIA EN CANARIAS.

Introducción.

Conviene hacer una precisión conceptual previa para diferenciar entre financiación, provisión y gasto sanitario. Existiendo lo que en la literatura se denomina *tercer pagador* (sea el Sistema Nacional de Salud, sea una compañía aseguradora), la financiación privada directa por el usuario del gasto sanitario en el momento del consumo es minoritaria y a su vez la provisión del servicio puede estar a cargo del financiador público o bien concertada por éste con una organización privada (por ejemplo, los conciertos con clínicas privadas para la provisión de parte de la asistencia hospitalaria en Canarias). La cobertura pública universal está en España garantizada por el sistema público desde la *Ley General de Sanidad* y la cobertura asegurada mínima está definida en el *Catálogo Nacional de Prestaciones*, si bien la cobertura asegurada varía de facto entre comunidades autónomas con competencias sanitarias. En el Gráfico I.105, que sirve de hilo conductor a este capítulo, las flechas verdes indican flujos de bienes y servicios y las flechas naranjas señalan flujos monetarios entre las tres partes que conforman el sistema de salud.

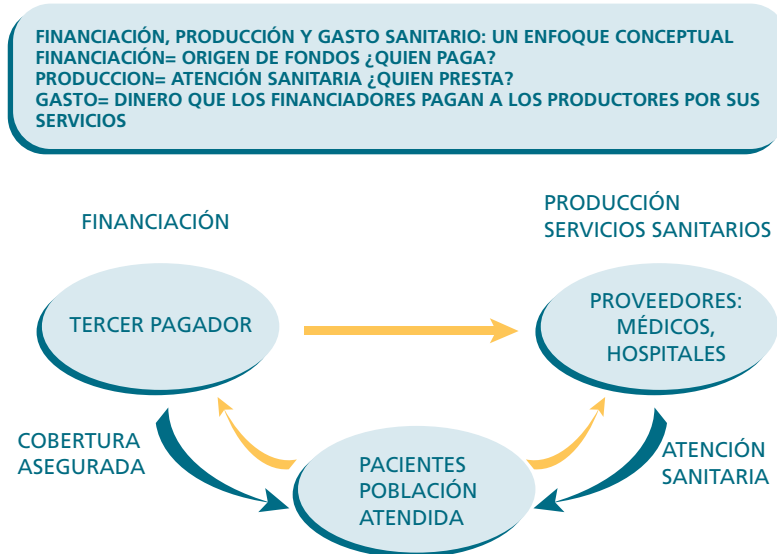
En el primer apartado se revisa el marco normativo de referencia de la sanidad canaria arrancando de la *Ley General de Sanidad* aprobada en 1986 y de las transferencias de competencias a la Comunidad Autónoma de

Canarias, efectivas desde 1994 (*Real Decreto 446/1994 de 11 de marzo*). Se describen las principales normas reguladoras de la organización sanitaria de Canarias y las *reglas del juego* de la financiación sanitaria, tanto en lo que respecta a la distribución territorial del presupuesto del Sistema Nacional de Salud entre comunidades autónomas como a la distribución del presupuesto sanitario en la Comunidad Autónoma de Canarias, diferenciando entre centros propios y concertados. La importancia cuantitativa y cualitativa de los conciertos es también objeto de análisis.

El segundo apartado se dedica al *Plan de Salud de Canarias* y a su evaluación del estado de salud que es, aunque solo en parte, consecuencia o resultado del sistema sanitario. Dicha evaluación se basa en los objetivos del programa europeo *Salud para Todos* de la Organización Mundial de la Salud y en los del propio *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* que se analizan en el texto del presente anexo.

El tercer apartado analiza la composición y evolución de los recursos sanitarios en Canarias y la actividad que desarrollan, diferenciando entre niveles asistenciales –atención primaria y especializada –, haciendo especial hincapié en las dotaciones de recursos humanos y en la evolución del tejido empresarial del sector sanitario posterior a las transferencias sanitarias.

GRÁFICO I.105. FINANCIACIÓN, PRODUCCIÓN Y GASTO SANITARIO



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia.

El cuarto y último apartado estudia los indicadores económicos del sector sanitario y su evolución en los últimos años, en un intento de explicación de los determinantes del aumento del gasto sanitario. En este sentido, en busca de posibles causas, se analiza la evolución de los precios del sector y se enuncian otras como son los aumentos de cobertura, ciertos factores demográficos como el envejecimiento que inciden en el gasto y los cambios en las prestaciones reales por persona (intensidad relativa en el uso de los recursos). Dicho análisis fundamentará las proyecciones y tendencias de futuro que se presentan en el último epígrafe del informe.

El anexo termina con un epígrafe de síntesis, conclusiones y recomendaciones.

1. El marco normativo de la sanidad canaria. Organización y financiación.

1.1. El marco normativo de referencia: la Ley General de Sanidad, el Decreto de Transferencias Sanitarias a Canarias y otras disposiciones de especial relevancia.

La *Constitución Española*, en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud. Se responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.

El *Estatuto de Autonomía de Canarias*, aprobado por la *Ley Orgánica 10/1983* confiere a la Comunidad Autónoma de Canarias competencias en materia de sanidad e higiene y coordinación hospitalaria en general, en el marco de la legislación básica del Estado.

La legislación básica del Estado en materia de sanidad está contenida en la *Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (LGS)*, en cuya regulación destacan el protagonismo y suficiencia de las comunidades autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria. Esta *Ley* pretende dar respuesta a los derechos constitucionales de protección de salud para todos los ciudadanos, a través de los principios y criterios generales y comunes, que han de servir como fundamento de los servicios sanitarios que el sistema sanitario pretende en todo el territorio nacional, sobre la base de integración de los mismos. Esta integración debe realizarse desde cada comunidad autónoma, de forma que el Siste-

ma Nacional de Salud se conforme como el conjunto de los servicios de salud de cada comunidad, convenientemente coordinados por el Estado.

Este principio integrador, fundamental para la viabilidad del sistema, establece unos mínimos igualitarios y una correcta planificación sanitaria inspirada en el artículo 50 de la Ley: "*En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionada bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma*".

Asimismo, la Ley establece la facultad de legislar de cada Comunidad mediante su artículo 31, apartado 2: "*Las comunidades autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias a esta Ley en el ejercicio de las competencias que las atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía*".

Se encomienda a cada comunidad autónoma la ordenación territorial de los servicios, Para ello la LGS introduce el concepto de *área sanitaria*. Las *áreas de salud* son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Cada área se dividirá en *zonas básicas de salud*, que se definen como el marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental. La Ley establece que en cada área de salud debe existir al menos un hospital (nivel especializado) y varios centros de salud (nivel primario).

El Real Decreto 446/1994, del 11 de marzo, sobre el traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud transfiere además los derechos y obligaciones, personal y créditos presupuestarios adscritos a los mismos. Dispo-

ne que las funciones que asume la comunidad autónoma en materia de Seguridad Social son las siguientes:

- a) Los servicios y funciones correspondientes a los centros y establecimientos sanitarios, asistenciales y administrativos de la Seguridad Social.
- b) Los servicios y funciones encomendados por la legislación vigente a las Direcciones Provinciales de la Entidad Gestora de la Seguridad Social en la Comunidad Autónoma, así como las funciones y servicios correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo.
- c) La elaboración y ejecución de los planes de inversión que se aprueben en materia sanitaria en Canarias.
- d) La contratación, gestión, actualización y resolución de los conciertos con entidades sanitarias que presten servicios en Canarias.
- e) La creación, transformación, ampliación, clasificación y supresión de los centros asistenciales y administrativos del INSALUD en la Comunidad Autónoma.
- f) Las funciones de inspección de servicios y gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.
- g) La planificación de programas y medidas de asistencia sanitaria en Canarias.
- h) El análisis y evaluación del desarrollo y resultados de la acción sanitaria.
- i) La organización y régimen de funcionamiento de los centros y servicios de asistencia sanitaria, así como la definición de criterios generales para la evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros o servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias.

En diciembre de 1996 se completan las transferencias sanitarias con el traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias del dispositivo asistencial del Instituto Social de la Marina.

Antes de las transferencias sanitarias, el

CUADRO I.7. DECRETOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS DE ESPECIAL RELEVANCIA EN MATERIA DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, 1993-1999

1. DECRETO 316/1993, de 23 de diciembre, por el que se crea el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad Autónoma de Canarias.
2. DECRETO 5/1994, de 14 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.
3. DECRETO 54/1994, de 11 de abril, por el que se asignan a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud traspasados a la Comunidad Autónoma de Canarias y se determina el ejercicio de las mismas por los distintos órganos del Departamento.
4. DECRETO 84/1994, de 13 de mayo, por el que se determina el ejercicio de competencias en materia de ordenación farmacéutica.
5. DECRETO 90/1994, de 27 de mayo, por el que se regulan la creación y funcionamiento de la Comisión Asesora sobre Asistencia Geriátrica.
6. DECRETO 103/1994, de 10 de junio, por el que se regulan los procedimientos y registros de la adopción y de las formas de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.
7. DECRETO 230/1994, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Plan Canario sobre Drogas durante el trienio 1995-1997.
8. DECRETO 1/1995, de 13 de enero, por el que se desarrolla la Ley 1/1994, de 13 de enero, sobre creación del Instituto Canario de la Mujer.
9. DECRETO 21/1995, de 10 de febrero, por el que se acuerda la aplicación y se desarrolla la regulación del precio público de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de Salud.
10. DECRETO 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Canario de Salud.
11. DECRETO 104/1995, de 26 de abril, por el que se crea la calificación de Entidad Colaboradora en Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
12. DECRETO 135/1995, de 11 de mayo, por el que se adscriben funcionalmente las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada a la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud.
13. ORDEN 1980, de 25 de septiembre de 1995 por la que se establecen las normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas para 1995.
14. DECRETO 268/1996, de 18 de octubre, por el que se desarrolla la composición del Consejo Canario de Salud.
15. ORDEN 1895, de 30 de octubre de 1996, por la que se establecen las normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas para 1996.
16. DECRETO 312/1996, de 23 de diciembre, por el que se asignan a la Consejería de Sanidad y Consumo las funciones y servicios traspasados a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de asistencia sanitaria encomendada al Instituto Social de la Marina.
17. DECRETO 311/1996, de 23 de diciembre, por el que se asignan a la Consejería de Sanidad y Consumo las funciones y servicios traspasados a la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de ejecución de la legislación sobre productos farmacéuticos.
18. DECRETO 3/1997, de 21 de enero, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias.
19. DECRETO 32/1997, de 6 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador de la actividad económico-financiera del Servicio Canario de Salud.
20. DECRETO 62/1997, de 30 de abril por el que se regula la implantación del servicio de atención de urgencias y emergencias a través del teléfono único europeo de urgencias 112.
21. DECRETO 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.
22. DECRETO 193/1997, de 24 de julio, por el que se modifica el Reglamento orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo.
23. DECRETO 225/1997, de 18 de septiembre, por el que se regulan las autorizaciones de instalación y funcionamiento de centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias.
24. DECRETO 258/1997, de 3 de noviembre, por el que se establecen los criterios específicos de planificación y ordenación farmacéutica (desarrolla el artículo 2.1 de la Ley 16/1997).
25. ORDEN 1592, de 11 de noviembre de 1997, por la que se establecen las normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas para 1997.
26. ORDEN 657, de 20 de abril de 1998, por la que se regulan los requisitos mínimos exigibles para la autorización de los establecimientos de óptica y gabinetes optométricos (con corrección de error material en orden 785 de 20 de mayo de 1998).
27. DECRETO 82/1998, de 28 de mayo, por el que se crea la Comisión Asesora sobre la Diabetes en Canarias.
28. DECRETO 81/1998, de 28 de mayo, por el que se crea y regula la Comisión Asesora sobre Tabaquismo en Canarias.
29. DECRETO 83/1998, de 28 de mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria.
30. DECRETO 165/1998, de 24 de septiembre, por el que se crea la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica y se establecen las normas para regular su funcionamiento.
31. ORDEN 1706, de 17 de noviembre de 1998, por la que se establecen las normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la prestación de asistencia sanitaria concertada con entidades públicas y privadas para 1998.
32. ORDEN 604, de 29 de marzo de 1999, por la que se establece el baremo que ha de regir en el concurso de traslado de oficinas de farmacia.
33. ORDEN 611, de 15 de abril de 1999, por la que se establece el Mapa Farmacéutico de Canarias.

Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad, tenía ciertas competencias fundamentalmente en materia de salud pública y sanidad ambiental. A partir de las transferencias el desarrollo normativo ha sido importante. Sus pilares básicos son a nuestro juicio la *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias* y el *Plan de Salud de Canarias*, a los que se dedican epígrafes específicos en el presente anexo. El Cuadro I.7 lista cronológicamente las disposiciones legales más relevantes en materia de sanidad y salud pública aprobadas en Canarias desde 1993.

De la relación anterior se infiere que la actividad reguladora de la Comunidad Autónoma de Canarias en los años inmediatamente posteriores a las transferencias se ha centrado en la propia organización administrativa y financiera de la sanidad canaria. En los años más recientes se ha hecho un esfuerzo normativo notable en la regulación de actividades de docencia e investigación, en el sector farmacéutico y en las normas de autorización de centros, servicios y actividades como paso previo a una estrategia de acreditación más general y ambiciosa que ya han iniciado otras comunidades autónomas. No obstante, la regulación de estos últimos aspectos es una tarea pendiente de cierta urgencia para Canarias.

En síntesis, los ámbitos de regulación normativa de la Comunidad Autónoma incluyen (los números entre paréntesis se refieren al número de orden de las disposiciones legales reseñadas en el cuadro-resumen anterior):

- Salud pública, vigilancia epidemiológica y planificación sanitaria (1, 7, 18, 28).
- Formación, investigación y asesoramiento sanitario (2, 7, 25, 26).
- Organización administrativa y financiera de la sanidad canaria (3, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21).
- Regulación del sector farmacéutico (4, 23, 29, 31).
- Protección y problemática social y servicios sociosanitarios (6, 8, 11, 27).

- Financiación, precios públicos y concertación exterior de servicios (9, 13, 15, 30).
- Autorización y acreditación de centros y servicios sanitarios (22, 24).

1.2. La organización sanitaria de Canarias.

1.2.1. El Servicio Canario de Salud y la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias.

La *Ley 11/1994, de 26 de julio sobre la Ordenación Sanitaria de Canarias* (LOSC) establece el marco normativo de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de sanidad, definiendo tres estrategias fundamentales:

- 1ª. Constitución y ordenación del Sistema Canario de Salud, el cual ha de integrar y articular funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones encaminados a la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.
- 2ª. Regulación de las actividades, servicios y prestaciones públicas o privadas que garanticen la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud.
- 3ª. Creación y organización del Servicio Canario de Salud responsable, bajo la dirección, supervisión y control del Gobierno de Canarias, de las actividades, servicios y prestaciones directamente asumidos, establecidos y desarrollados por la Administración de la Comunidad Autónoma en el triple campo de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria.

El Servicio Canario de Salud es un organismo autónomo de carácter administrativo para la ejecución de la política sanitaria y para la gestión de las prestaciones y centros, servicios y establecimientos de la comunidad autónoma encargados de las actividades de salud pública y asistencia sanitaria, destacando entre sus funciones las siguientes:

- Ejecución de actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.
- Evaluación de distintas situaciones que puedan provocar acciones de intervención de la autoridad sanitaria.
- Registro y concesión de autorizaciones en su caso, establecidos de manera obligatoria por el Reglamento del Gobierno de Canarias, de los productos, servicios e instalaciones que afecten al uso o consumo humano.
- Medidas preventivas de protección de salud ante posibles riesgos para la salud.
- Gestión, control y evaluación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados, adscritos o concertados al Servicio.
- Prestar la asistencia primaria, especializada y de urgencia.

Asimismo, la *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias* define los niveles asistenciales habituales (atención primaria, asistencia especializada y atención de urgencia). La atención primaria, calificada como la base del sistema sanitario público, comprende el conjunto de actividades médico-asistenciales de acceso directo desarrollados a nivel individual, familiar y comunitario, de promoción de la salud, prevención de enfermedades y reinserción social, en coordinación con los servicios públicos socio-sanitarios. Este nivel lo ejercen los profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Canario de Salud en la Zona Básica de Salud. La asistencia sanitaria especializada, prestada por el equipo de profesionales sanitarios del Área de Salud bien en hospitales o bien en otros centros de asistencia especializada de tipo ambulatorio, tiene por finalidad la curación y rehabilitación de los ciudadanos, una vez sobrevenido algún proceso que requiera la asistencia de mayor complejidad técnica. La atención sanitaria de urgencia será prestada por la Red de Asistencia Urgente, que estará integrada por los centros y servicios acreditados por el Servicio Canario de Salud.

Entre los derechos de los ciudadanos, la LOSC contempla en su artículo 7 la libre elec-

ción de médico de cabecera, pediatra, tocólogo y psiquiatra entre los de la Zona Básica de Salud del usuario, así como la elección de hospital, si bien la efectividad de este derecho resulta muy mediatizada por una batería de restricciones de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.

En su capítulo IV, la LOSC regula los órganos de dirección y participación del SCS, definiendo el Consejo de Salud como el órgano de participación comunitaria.

1.2.2. La zonificación sanitaria y el dispositivo asistencial del Servicio Canario de Salud.

La *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias* estructura la organización territorial del Servicio Canario de Salud de la siguiente forma:

- Área de Salud: estructura fundamental del sistema sanitario, responsable de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio Canario de Salud en una demarcación territorial específica y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

El organigrama de las Áreas de Salud es el siguiente:

- Órganos de Gobierno: Consejo de Dirección del Área y Director del Área.
- Órganos de Participación: Consejo de Salud del Área.
- Órganos de Prestación de Servicios Sanitarios: Zonas Básicas de Salud y Hospitales del Servicio Canario de Salud.

Las Áreas de Salud son siete, una por cada isla.

- Zona Básica de Salud: órgano del Servicio Canario de Salud integrado por todos los profesionales del equipo de atención primaria que presta la atención primaria de acceso directo de la población en una demarcación territorial y poblacional elemental del Área de Salud. Cada Zona cuenta con un Centro de Salud y los consultorios necesarios en virtud de la dispersión geográfica.

Organización:

- Órgano de Gobierno: Director de la Zona Básica de Salud.
- Órgano de Participación: Consejo de Salud.

Las Zonas Básicas de Salud, como divisiones territoriales para la prestación de la atención primaria, se integran en las Áreas de Salud de Gran Canaria y Tenerife, en las Gerencias de Atención Primaria y en el resto de las Áreas, en las Gerencias de Servicios Sanitarios.

Esta regulación normativa de las Zonas Básicas de Salud canarias adapta para la región la normativa estatal sobre reforma del dispositivo de atención primaria iniciada en 1982 y desarrollada posteriormente en la *Ley General de Sanidad*. Con posterioridad se aprueba el *Decreto 117/1997 de Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud*.

El dispositivo asistencial de atención primaria en una Zona Básica de Salud está integrado por el Centro de Atención Primaria y en su caso por los Consultorios Locales.

El Centro de Atención Primaria (al que se suele denominar Centro de Salud) es la estructura física que alberga las consultas y servicios sanitarios de los núcleos de población que le son adscritos; centro integral de las actividades del equipo de atención primaria, está dotado de los medios personales y materiales precisos para el cumplimiento de su función.

Atendiendo a los factores demográficos y de dispersión geográfica, en aquellos municipios, localidades o barrios de la Zona Básica de Salud en los que no se ubique el Centro de Atención Primaria, podrán existir Consultorios Locales para el desarrollo de las actividades del Equipo de Atención Primaria, dependiendo del Centro de Atención Primaria correspondiente.

La asistencia especializada con medios propios se presta en los Hospitales del Servicio Canario de Salud y en los Centros de Atención Especializada (ambulatorios), ofreciendo a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria. La LOSC define en sus artículos 93 a 97 la Red Hospitalaria de Utilización Pública como aquella red de hospitales propios del SCS o dependientes funcionalmente del mismo así como aquellos otros hospitales que en virtud de concertos singulares con el SCS tengan asignadas con carácter sustitutorio las prestaciones de asistencia especializada a una determinada población.

El dispositivo asistencial actual del Servicio Canario de Salud (SCS) es el que refleja la Tabla I.82.

El menor número de hospitales propios del SCS en la isla de Tenerife respecto a Gran Canaria obedece precisamente a la existencia

TABLA I.82. ZONIFICACIÓN SANITARIA DE CANARIAS Y DISPOSITIVO ASISTENCIAL DEL SCS, 1999

Zonificación sanitaria		Asistencia especializada		Atención primaria	
Área de Salud	Número de Zonas de Salud	Número de Hospitales	Número de Centros de Atención Especializada	Número de Centros de Salud	Número de Consultorios Locales
Gran Canaria	41	4	7	36	47
Fuerteventura	4	1	0	4	8
Lanzarote	7	1	1	8	6
Tenerife	37	2	5	33	47
La Gomera	5	1	0	5	10
El Hierro	2	1	0	2	4
La Palma	9	1	2	7	7
Total Canarias	105	11	15	95	129

Fuente: Servicio Canario de Salud: Memoria 1997 y página web de Gerencia Atención Primaria (1999).

en Tenerife de un dispositivo asistencial del Cabildo (Hospital Universitario de Canarias) que forma parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública en virtud de un convenio singular del tipo definido previamente.

1.2.3. La ordenación de la prestación farmacéutica.

En virtud de sus competencias en cuestiones de regulación de la oferta de oficinas de farmacia, el Gobierno de Canarias aprobó en abril de 1999 el mapa farmacéutico que divide el territorio en 101 zonas farmacéuticas (Tabla I.83) y cuantifica y planifica, de acuerdo con los estándares poblacionales y de distancia vigentes a nivel nacional (*Decreto 258/97*), el déficit o exceso de oficinas de farmacia en cada zona del Archipiélago. La única peculiaridad de esta planificación regional respecto a la nacional es que se contabiliza la *población real* existente, que se cuantifica añadiendo a la población de derecho el 60% de las plazas turísticas de la zona.

La reciente planificación suprime 34 oficinas de farmacia en Tenerife, de las que 12 están en la misma zona (TF4) y autoriza la apertura de nuevas oficinas en las islas que han tenido mayor crecimiento de la recepción turística en los últimos años, Lanzarote y Fuerteventura.

1.3. La financiación sanitaria.

1.3.1. La distribución territorial del presupuesto sanitario.

En los presupuestos consolidados del Estado para 1998, los fondos destinados a financiar el Sistema Nacional de Salud provienen mayoritariamente (95,3%) de los *Presupuestos Generales del Estado* (financiación vía impuestos) y solamente el 2,7% tiene su origen en las cotizaciones de la Seguridad Social. Las proporciones en 1990 eran 70% y 30% respectivamente. Pero los cambios ocurridos en los años noventa no se limitaron al origen de los fondos sino que afectaron también profundamente a su distribución territorial. Pueden diferenciarse tres períodos, el que termina en 1993, el período 1993-97 y desde 1998 en adelante. En los siguientes epígrafes se detallan las características de los tres modelos de financiación territorial sanitaria y las cifras resultantes para Canarias.

1.3.1.1. La distribución territorial del presupuesto sanitario en el momento de las transferencias.

Las transferencias de competencias sanitarias a Canarias se negocian en 1993, último año del modelo *incrementalista* de presupe-

TABLA I.83. MAPA FARMACÉUTICO DE CANARIAS, 1999

Isla	Número de zonas farmacéuticas	Déficit de oficinas de farmacia	Oficinas de farmacia abiertas	% déficit
Tenerife	34	-34	292	-11.6
La Palma	13	3	28	10.7
La Gomera	7	-1	10	-10.0
El Hierro	2	-1	3	-33.3
Gran canaria	30	-4	264	-1.5
Lanzarote	8	12	27	44.4
Fuerteventura	7	8	19	42.1
Canarias	101	-17	643	-2.6

Fuente: BOC: Orden de 5 abril de 1999.

tación del Sistema Nacional de Salud y año en que se acuerda el pacto de crecimiento en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que entraría en vigor en 1994, simultáneamente a las transferencias sanitarias a Canarias.

En efecto, hasta 1993 el presupuesto del Sistema Nacional de Salud se basaba en criterios incrementalistas y se caracterizaba por la indisciplina presupuestaria grave y generalizada, la cual resultaba en un gasto efectivo muy superior al presupuesto inicial e incluso a los presupuestos liquidados cada año. Entre 1986 y 1992 hay una desviación media del 12,4% anual entre presupuesto inicial y liquidado (Sanfrutos, 1993). Se hacían *ajustes* más o menos periódicos, con dotaciones de fondos suplementarios a los que se llamaba *saneamientos*, con el objeto de saldar deudas acumuladas y reducir los elevados costes financieros que debía afrontar el sistema por los retrasos en los pagos a proveedores. Entre 1992 y 1994 la cifra acumulada de saneamiento superó el medio billón de pesetas.

La mayor perversión de este sistema de financiación, basado en ajustar a posteriori los déficits reales en que se incurría, era que todas las comunidades autónomas con transferencias contaban con que se les terminaría ingresando unos fondos extraordinarios, aunque la cuantía de dichos fondos era indeterminada porque

en último término se calculaba a partir del déficit real en que incurría INSALUD-Gestión Directa. El ejercicio consistía, por tanto, en que las comunidades autónomas debían conseguir buenas estimaciones del déficit de INSALUD y excederse en el gasto en la cuantía que les correspondiera de acuerdo con esas cifras.

La distribución territorial del presupuesto entre INSALUD-Gestión Directa y las comunidades autónomas con transferencias sanitarias se basaba en los mismos criterios incrementalistas aplicados al total presupuestado el año previo, de ahí la importancia que para las comunidades autónomas tenía el conseguir un buen punto de partida en la negociación bilateral de financiación de la sanidad autonómica, que se basaba en el criterio del gasto efectivo, es decir, en el coste de los servicios transferidos, el que afrontaba el INSALUD en la comunidad el año previo a las transferencias.

El Cuadro I.8. resume la cronología de las transferencias sanitarias en España y los respectivos criterios de financiación.

Estos antecedentes ayudan a comprender la importancia del momento, 1993, en que Canarias negocia sus transferencias, el año de la transición hacia el nuevo modelo de financia-

CUADRO I.8. CRONOLOGÍA Y CRITERIOS DE FINANCIACIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA

Comunidad Autónoma	Fecha de los RD de transferencias sanitarias	Criterio de financiación
Cataluña	1517/1981, 8 de julio	Porcentaje del coste de los servicios transferidos durante un periodo transitorio hacia el porcentaje de la población de derecho
Andalucía	400/1984, de 22 de febrero	Porcentaje del coste de los servicios, exceptuando inversiones nuevas a las que se aplica el porcentaje de la población de derecho
País Vasco	536/1987, de 6 de noviembre	Índice de imputación del cupo y de la aportación
Valencia	1612/1987, de 27 de noviembre	Porcentaje del coste de los servicios en el momento del traspaso
Galicia	1679/1990, de 28 de diciembre	Coste de los servicios
Navarra	1680/1990, de 28 de diciembre	Índice de imputación del cupo y de la aportación
Canarias	446/1994, de 11 de marzo	Porcentaje del coste de los servicios con cláusulas adicionales sobre inversión

Fuente: Consejo de Política Social y Financiera: Nuevo modelo de financiación de la sanidad. Período 1994-1997.

ción territorial basado como único criterio en la población protegida.

1.3.1.2. El modelo de financiación sanitaria hasta 1997.

En 1994 entra en vigor el llamado *Pacto de Crecimiento* alcanzado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, según el cual el presupuesto del SNS ha de crecer cada año el mismo porcentaje que el PIB. Se modifica el de reparto entre comunidades autónomas, adoptándose como criterio el porcentaje de población protegida. Es, pues, un criterio per capita puro, si bien se hacen pequeños ajustes por *desequilibrios inter-territoriales*. Las cifras de población son las del *Censo de 1991*. Las Comunidades Forales se quedan fuera del pacto.

El modelo de financiación en este periodo supuso un avance conceptual respecto al anterior, por primera vez las fórmulas son explícitas, transparentes y homogéneas. Con el pacto de crecimiento se consigue mejorar el grado de asunción de la disciplina financiera.

Como consecuencia del nuevo modelo, los porcentajes de presupuesto sanitario se modifican ligeramente.

1.3.1.3. El nuevo modelo de financiación de 1998. Consecuencias para Canarias.

En 1998 entra en vigor un nuevo modelo de financiación territorial sanitaria que

modifica el anterior, ajustando el criterio per capita con una compensación por atención sanitaria a pacientes desplazados de otras comunidades, por los costes adicionales de docencia (programas MIR) y por determinados Centros de Excelencia a nivel nacional. Asimismo, se introduce una restricción para asegurar que ninguna comunidad verá reducido su presupuesto más allá de un límite como consecuencia de haber experimentado descensos muy acusados en su población de derecho desde el *Censo de 1991* al *Padrón de 1996*, el cual es el referente poblacional para el reparto de 1998. El nuevo modelo beneficia a Canarias no tanto por los ajustes sobre la población protegida de derecho sino porque se computa ésta con el *Padrón Municipal de Habitantes de 1996*. Canarias es la segunda Comunidad en crecimiento demográfico durante el periodo 1991-1996 habiendo crecido, por lo que en el nuevo reparto gana 0,1752 puntos de participación porcentual (Tabla I.84).

La distribución territorial del presupuesto de INSALUD ha sufrido, pues, desde 1994, cambios sustanciales en las fórmulas de reparto cuyas consecuencias para la financiación de las comunidades autónomas se resumen en la Tabla I.85. En ella se calcula el incremento de dotaciones entre 1994 y 1999 para el conjunto nacional y para cada territorio con competencias sanitarias.

Lo más destacable es a nuestro juicio :

TABLA I.84. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA EN ESPAÑA, 1991-1996

ADMINISTRACIÓN GESTORA	POBLACIÓN PROTEGIDA EN 1996	% DE PARTICIPACIÓN 1996	INCREMENTO DEL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN 1991-96
ANDALUCÍA	6.774.675	18,0708	0,3508
CANARIAS	1.524.792	4,0672	0,1752
CATALUÑA	5.904.464	15,7496	-0,2404
GALICIA	2.591.469	6,9125	-0,1175
NAVARRA	503.945	1,3442	-0,0258
PAÍS VASCO	2.041.507	5,4455	-0,0945
VALENCIA	3.833.506	10,2255	0,1955
TOTAL INSALUD GESTIÓN TRANSFERIDA	23.174.358	61,8155	0,2435
INSALUD GESTIÓN DIRECTA	14.315.225	38,1845	-0,2435

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Financiación de los servicios de sanidad en el periodo 1998-2002.

TABLA I.85. PRESUPUESTO INICIAL DEL INSALUD, 1994-1999.
(Distribución territorial)

	1994	1999	PARTICIPACIÓN 1994	PARTICIPACIÓN 1999	% INCREMENTO 94-99
ANDALUCÍA	504.219	727.443	17,720	17,977	44,3
CATALUÑA	454.992	655.285	15,990	16,194	44,0
CANARIAS	111.457	161.950	3,917	4,002	45,3
GALICIA	183.875	278.862	6,462	6,891	51,7
NAVARRA Y PAÍS VASCO	196.509	273.185	6,906	6,751	39,0
VALENCIA	289.670	407.744	10,180	10,077	40,8
TOTAL INSALUD GESTIÓN TRANSFERIDA	1.740.722	2.504.470	61,175	61,893	43,9
INSALUD GESTIÓN DIRECTA	1.104.758	1.542.007	38,825	38,107	39,6
TOTAL SNS	2.845.480	4.046.477	100	100	42,2

Nota: los porcentajes de participación de Canarias durante estos años han ido variando de acuerdo con lo contenido en el Decreto de transferencias: 3,91 en 1995, 3,904 en 1996, 3,898 en 1997.

Fuente: MSC, Secretaría Gral. de Asistencia Sanitaria. Dirección Gral de Financiación y Presupuestos. Ministerio de Economía y Hacienda (Presupuestos Generales del Estado).

- a) El importante aumento presupuestario para asistencia sanitaria en España, del 42,2% acumulado en los últimos cinco años, muy por encima del incremento del nominal del PIB.
- b) La ganancia de participación relativa de las comunidades con transferencias a costa de INSALUD-Gestión Directa.
- c) Canarias ha aumentado su financiación sanitaria procedente de INSALUD más que el total nacional. El aumento presupuestario de los fondos que recibe Canarias es, después del gallego, el mayor del país.
- d) El nuevo modelo de financiación sanitaria benefició a Canarias incluso a pesar de ser una de las tres comunidades autónomas, junto con Andalucía y Valencia, que no se benefició de la llamada *financiación mínima*, es decir, de unos fondos que compensen parcialmente la pérdida de participación provocada por los cambios demográficos desfavorables. Limitándonos al crecimiento de recursos presupuestarios del Sistema Nacional de Salud en 1998 respecto a 1997, Canarias ha incrementado sus fondos un 12,48% frente al 8,97% del total nacional

1.3.2. La financiación de centros y prestaciones sanitarias en Canarias.

Este apartado analiza las fórmulas de financiación pública (por el Servicio Canario de

Salud) a los proveedores de asistencia sanitaria, bien sean centros propios (apartado 1.3.2.1) o concertados (apartado 1.3.2.2). Además del análisis argumentado se señalan los principales puntos débiles del sistema de financiación y se apuntan algunas vías de mejora.

1.3.2.1. La financiación de los centros propios del SCS y los contratos de gestión convenida.

Los contratos se han convertido en los últimos años en el núcleo de las relaciones entre financiadores y proveedores de servicios sanitarios en ámbitos geográficos y entornos institucionales y competitivos diversos. Los contratos no son exclusivos de la sanidad, se emplean también en otros ámbitos de política social como son la educación y los servicios sociales. En Canarias, como en muchos países de Europa y en otras comunidades autónomas españolas, los contratos se conciben como instrumentos de política sanitaria, que negocian niveles de atención sanitaria acordes con los objetivos de sus planes de salud. En este sentido, puede entenderse que constituyen mecanismos de coordinación entre planificadores y proveedores alternativos a los procedimientos tradicionales de control directo de la asistencia pública, mecanismos de asignación institucional de los recursos más orientados al mercado porque se basan en el

encuentro entre las voluntades independientes de los oferentes y demandantes (separación de compradores y proveedores). Los contratos detallan más o menos explícitamente prestaciones, incentivos y obligaciones de ambas partes, fórmulas de financiación, unidades de pago y tarifas.

Hay dos tipos de relaciones contractuales que parecen muy diferentes a primera vista pero que comparten elementos y tendencias comunes permitiendo aprender de las experiencias mutuas. Los primeros se suscriben entre financiador y comprador, los segundos entre comprador y proveedor. La gestión por contrato se refiere fundamentalmente a estos últimos. Los compradores se comprometen a pagar a los proveedores unas tarifas estipuladas por la prestación de unos servicios, con niveles de producción y estándares de calidad explícitos y cuantificados en mayor o menor medida.

En Canarias se inicia la gestión por contrato en la sanidad pública mediante los llamados contratos-programa de hospitales en 1992 a modo de experiencia piloto de INSALUD-Gestión Directa y se extiende posteriormente, tras las transferencias, a la atención primaria. Los contratos-programa formalizan las relaciones entre el SCS, financiador/comprador público, y sus propios Centros. Son una ficción legal que encubre una estrategia de dirección por objetivos; ficción legal porque ni se puede rescindir ni reclamar arbitral o judicialmente su cumplimiento. Son, pues, contratos "blandos" en la terminología de la OMS, pero son también un "ensayo no clínico" a gran escala de mejora de eficiencia, de sometimiento a la disciplina financiera, de aprendizaje organizativo, de autonomía de gestión y de cierta asunción de riesgos por los hospitales públicos.

El contrato-programa, que en Canarias recibe el nombre de contrato de gestión convenida, se firma anualmente entre la gerencia de Servicios Sanitarios en las islas no capitalinas y por las Gerencia de Atención Primaria y por los complejos hospitalarios en las islas mayores con el Servicio Canario de Salud. Cubre tres flancos: define la cartera de servi-

cios, fija los objetivos de actividad, en cantidad y calidad, y establece una financiación global prospectiva a dicha actividad. Una limitación sería a la efectividad de los contratos en Canarias se deriva del retraso sistemático en la firma, ya que suele hacerse a mediados del año al que se refieren los pactos. Sería muy necesario conseguir que se cerraran los acuerdos antes de comenzar el año y no cuando la mitad del presupuesto ya está ejecutado. Por lo demás, los contratos-programa se han perfeccionado técnicamente desde su inicio y, en la medida en que los sistemas de información han ido posibilitando el uso de mejores indicadores de actividad y de coste, se han ido sofisticando. Actualmente, además de los pactos de cantidad (de asistencia), incorporan objetivos de calidad evaluables y ligados a su vez a objetivos del *Plan de Salud*.

La lista de los problemas que los contratos-programa deberían resolver y que constituyeron el *leitmotiv* de su creación incluye: a) indisciplina financiera y presupuestos poco realistas (¿insuficiencia crónica?) de los centros; b) sistemas de información precarios, desintegrados y heterogéneos, con gran asimetría de información para la gestión a favor del centro; c) falta de productividad de los recursos y de eficiencia técnica y asignativa de los procesos asistenciales; y d) persistencia crónica de listas de espera, en especial las quirúrgicas y de primeras consultas.

El paradigma subyacente en su filosofía es la separación fáctica entre las figuras del financiador-comprador (el Servicio Canario de Salud) y el centro proveedor del propio Servicio Canario de Salud, para lo cual se habría de *soltar cuerda*, permitiendo mayores márgenes de autonomía a los centros. Sin embargo, en la práctica no se ha conseguido materializar un grado suficiente de autonomía debido a un entramado de causas añadidas a las exigencias de control en los suministros y gastos de cualquier organismo público, como son la rigidez de la legislación laboral vigente y la normativa sobre personal estatutario; la contradicción inherente al propio pacto, que impone objetivos de gestión negando por definición cualquier autonomía en ese sentido; y el carácter político de los nombramientos, con el consiguiente jue-

go de lealtades entre ambas partes del contrato.

El hecho de llevar las negociaciones con los hospitales y con atención primaria segregada e independientemente prejuzga y condiciona todo el modelo de asistencia sanitaria: *"Si se continúa presupuestando/comprando servicios sanitarios a proveedores no integrados se favorece la competencia entre niveles asistenciales, la duplicación de pruebas, el uso inadecuado y yatrogénico de tecnología y la diferenciación de servicios"* (V. Ortún, 1997, p.112), impidiendo cualquier opción que contemple fijar una financiación global del paquete de una persona.

Entre 1994 y 1998, la evolución de los contratos-programa ha desplazado el énfasis de los objetivos desde la maximización de la actividad y de los productos intermedios hacia la mejora de indicadores de demora en el acceso (se fijan objetivos de demoras máxima y media, el índice máximo de entradas/salidas en lista de espera y el número máximo de pacientes en lista de espera quirúrgica); desde la relevancia de indicadores de gestión (índices de ocupación, estancia media) hacia los indicadores de calidad y resultados.

La fórmula de financiación de los hospitales públicos mediante el contratos-programa

anual es compleja, pero puede sintetizarse lo esencial en el siguiente cuadro-resumen (González, 1998). La unidad básica de facturación es la UPA (Unidad Ponderada Asistencial) igual a una estancia en un servicio médico, que actúa como numerario, pero se hace un doble ajuste, a través de cantidades (para evitar financiar por ejemplo estancias innecesarias) y a través de los precios (por ejemplo, pagando la UPA a una tarifa diferenciada por tipos de hospital). La finalidad de los ajustes es triple, evitar el uso inapropiado de los recursos (sobreutilización innecesaria), garantizar cierto nivel de calidad y diferenciar según la complejidad de los casos atendidos (casuística). Estos mecanismos de ajuste se sintetizan en el Cuadro I.9.

La UPA es, como se ha dicho, el numerario de pago. La equivalencia de otras actividades hospitalarias en términos del patrón UPA se puede consultar en la Tabla I.86, cuya interpretación es inmediata. Por ejemplo, el pago al hospital por una primera consulta externa es la cuarta parte de la cantidad que dicho centro recibe por tener a un paciente ingresado un día en un servicio médico.

La comparación de las tarifas que paga cada financiador público a sus propios centros por las actividades que se extraen del cómputo general en UPAs tiene cierto interés. La Tabla I.87 ofrece la comparación de Canarias con INSALUD-Gestión Directa.

CUADRO I.9. MECANISMOS DE AJUSTE DE LA FINANCIACIÓN DE CENTROS SANITARIOS PROPIOS EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Mecanismo de ajuste de la facturación UPA	Finalidad del ajuste		
	Uso inapropiado	Calidad	Casuística
Ajuste vía cantidades	Restricciones cuantitativas: <ul style="list-style-type: none"> • Máximo para la estancia media global. • Máximo para la estancia media preoperatoria. • Máximo ratio consultas sucesivas/primeras. 	Incentivos económicos al cumplimiento de los objetivos de calidad.	UPAs ajustadas por índice de case-mix (GRD) del hospital.
Ajuste vía precios	Las intervenciones susceptibles de cirugía mayor ambulatoria que se hagan con internamiento se facturan al precio de CMA correspondiente.		Tarifas UPA diferenciadas por grupos homogéneos de hospitales.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA I.86. FINANCIACIÓN DE LOS HOSPITALES DEL SCS O CON CONCIERTOS SINGULARES SUSTITUTORIOS: EQUIVALENCIA ENTRE DISTINTAS ACTIVIDADES EN TÉRMINOS DE UNIDADES PONDERADAS DE ASISTENCIA (UPAs), 1998

Actividad	Número de UPAs
Estancia médica (= 1 UPA)	1
Estancia quirúrgica	1.5
Estancia obstétrica	1.2
Estancia pediátrica	1.3
Estancia en neonatología	1.3
Estancia en UCI	5.8
Urgencia	0.3
Primera consulta	0.25
Consulta sucesiva	0.15
Cirugía Menor Ambulatoria	0.25
Tratamiento en Hospital de Día	0.75

Fuente: BOC, 1706 Orden de 17 de noviembre de 1998, página 13.890 y contratos-programa con hospitales.

Como se desprende de dicha tabla, los precios de las actividades extraídas de la UPA que paga el SCS a sus hospitales no difiere excesivamente del que reciben los hospitales públicos de INSALUD-Gestión Directa. La máxima diferencia positiva es de 27,5% a favor de los hospitales canarios (vasectomía) y la máxima diferencia negativa es para las intervenciones de cataratas, casi un 25% inferior el precio en los hospitales públicos canarios que en los del territorio INSALUD y esto a pesar de las listas de espera para este proceso y del plan de choque puesto en marcha por el SCS para su reducción.

Finalmente, señalemos que la lista de procedimientos extraídos de la UPA en los contratos de gestión convenida canarios es más larga en 1998 que la correspondiente a INSALUD-Gestión Directa, es decir, hay más procesos tarifados que no se financian mediante su conversión al numerario UPA.

El contrato-programa como mecanismo regulador de la relación entre el SCS (comprador) y el centro (proveedor) ha ido evolucionando, complementando las UPAs con medidas de actividad más complejas y multiplicándose en micro-contratos-programa internos del hospi-

TABLA I.87. COMPARACIÓN DE PRECIOS DE LOS PROCEDIMIENTOS TARIFADOS ENTRE LOS HOSPITALES DEL SCS Y LOS DEL INSALUD GD, 1998. (ptas)

PROCEDIMIENTO	INSALUD GD	SCS	SCS/INSALUD
Amigdalectomía	46.000	53.000	115,2
Cataratas: extracción + LIO unilateral	172.000	128.000	74,4
Cataratas: extracción + LIO bilateral	172.000	128.000	74,4
Excisión Hallux Valgus	90.000	90.600	100,7
Artroscopia de hombro	123.000	122.500	99,6
Artroscopia diagnóstica o terapéutica de rodilla	123.000	122.500	99,6
Hemorroidectomía	83.000	97.000	116,9
Reparación hernia inguinal unilateral	95.000	113.000	118,9
Reparación hernia inguinal bilateral	117.000	133.000	113,7
Varices: ligadura/extirpación	126.000	112.000	88,9
Fístula anal	75.000	74.000	98,7
Excisión quiste o seno pilonidal	60.000	74.000	123,3
Fimosis	31.000	38.250	123,4
Orquidopexia	65.000	72.500	111,5
Esterilización femenina	62.000	68.000	109,7
Vasectomía	30.000	38.250	127,5

Fuente: SCS: Contrato de Gestión Convenida 1998. INSALUD-GD: Contrato-programa de atención especializada 1998 (anexo VI).

tal con sus servicios o centros de responsabilidad. En busca de la implicación fáctica de los facultativos, se han ido introduciendo incentivos vinculados al cumplimiento de objetivos en cantidad y calidad.

1.3.2.2. La financiación de las prestaciones sanitarias con medios ajenos en Canarias. El sector sanitario privado y los conciertos.

El principio de complementariedad entre provisión pública y privada de servicios sanitarios, formulado por la *Ley General de Sanidad* se concreta en Canarias a nivel de atención especializada, quedando la provisión de primaria del SCS exclusivamente en manos del Sector Público.

Hay dos tipos de conciertos del SCS con hospitales ajenos, los conciertos genéricos y los singulares, pudiendo estos últimos ser o no sustitutorios.

Los conciertos genéricos entre determinadas clínicas acreditadas y el SCS (formalmente, los ingresos, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación se concertan con la Dirección de Área-Islla- y las pruebas diagnósticas especiales, sesiones de hemodiálisis y de cobaltoterapia se concertan con los hospitales del SCS, que los demandan) permiten a las primeras atender a los pacientes que les envíe el SCS a cambio de una contraprestación en pago por sus servicios, que se estipula de forma genérica cada año en una Orden de la Consejería de Sanidad (en la relación de disposiciones normativas del Cuadro I.7 se encuentran las referencias de las Ordenes de revisiones de tarifas de 1995 a 1998). La gran mayoría de estas clínicas son privadas con fines de lucro.

En teoría, aunque luego veremos que la práctica dista mucho de la teoría, su actuación es complementaria a la del dispositivo propio del SCS. Este tipo de conciertos estipulan el volumen de recursos que el centro ha de tener a disposición de la demanda del SCS (número de camas concertadas de cada tipo), pero no obligan a éste a contratar ningún volumen mínimo de actividad (enfermos ingresados o pruebas a realizar).

Su horizonte temporal se limita a un año, en contra de las recomendaciones académicas y de las prácticas al uso en otras regiones y países del entorno para garantizar cierta estabilidad empresarial, reducir el riesgo empresarial y permitir planes de inversión a medio plazo. En la actualidad, según fuentes del propio sector privado concertado, se está considerando la posibilidad de ampliar el horizonte temporal de los acuerdos.

Atendiendo que los centros concertados deben mantener preparados un número muy importante de camas y recursos, personales y materiales, que después serán usados o no, a discreción del SCS, se recomienda la conveniencia de contratos plurianuales que despejen las incertidumbres y precariedades del sector, garantizando un futuro que permita planificar inversiones y rentabilidad de los centros concertados, reforzando con ello la relación con el sector público.

Un esfuerzo especial deberá desplegarse con el objeto de compatibilizar sistemas sanitarios público y privado, en especial en lo que concierne a la planificación, facilitándose al tiempo la participación de los agentes económicos y sociales. De la misma forma, es de todo punto aconsejable, promover la homogeneización en la prestación de los servicios sanitario concertados en el ámbito territorial de Canarias.

Los conciertos singulares, a diferencia de los anteriores, admiten fórmulas de financiación *ad hoc* también singulares, distintas para cada caso particular. El caso más paradigmático de concierto singular sustitutorio (realiza las actividades de atención especializada encomendadas al SCS en una zona) es el del Hospital Universitario de Canarias y en general el caso de los hospitales dependientes patrimonialmente de los Cabildos que todavía no se han integrado, por complejas causas de fondo político, en el SCS. Las tensiones político-económicas entre los representantes de ambas instituciones se reflejan, por ejemplo, en el hecho de que el SCS y el HUC firmaron un primer contrato-programa en 1994 y no volvieron a firmar otro hasta 1997 por desavenencias en los términos

TABLA I.88. RECURSOS ASISTENCIALES CONCERTADOS Y PESO CUANTITATIVO DE LA ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA EN LAS AREAS DE GRAN CANARIA Y TENERIFE, 1997

TIPO DE ACTIVIDAD		Gran Canaria			Tenerife		
		Centros propios del SCS	Centros concertados	% concertados	Red pública del SCS(*)	Centros concertados	% concertados
Hospitalización de agudos	Camas en funcionamiento	1.367	449	24,7%	2105	851	28,8%
	Ingresos	44.270	17.100	27,9%	42.469	19.692	31,7%
	Intervenciones quirúrgicas	35.314	18.696	34,6%	30.639	16.953	35,6%
Actividad ambulatoria	Rehabilitación (sesiones)		421.848			78.879	
	Resonancias magnéticas		8.159			3.265	
	Cobaltoterapia		20.353			0	
	Gammaterapia		3.724			0	
	TAC	21.522	40	0,2%	27.582	970	3,4%
	Hemodiálisis	15.079	47.638	76,0%	21.842	39.374	64,3%
Hospitalización de larga estancia	Camas		511			621	
	Ingresos		388			183	

*Nota: Bajo esta rúbrica se incluyen los centros propios del SCS y el Hospital Universitario de Canarias.
Fuente: SCS: Memoria 1997.*

–económicos y de control- al respecto (*Memoria de los Hospitales del Cabildo de Tenerife 1997*, pp.183-184).

El sector privado concertado tiene un peso considerable en la provisión pública de asistencia hospitalaria en las islas de Gran Canaria y Tenerife, como acreditan los datos de la Tabla I.88 y mucho menor peso en Lanzarote (concierto con el hospital Insular del Cabildo) y La Palma. El resto de islas carece de concertación. Así, en manos del sector privado concertado de Tenerife estaban en 1997 el 28,8% de las camas de agudos de la red de utilización pública, ingresaban al 31,7% de los procesos agudos financiados por el SCS y realizaban más de la tercera parte de las intervenciones quirúrgicas. En Gran Canaria, el peso cuantitativo en términos de porcentajes de camas, ingresos o intervenciones quirúrgicas era algo menor en 1997 como ilustra también la Tabla I.88. A partir de las inversiones de ampliación de planta ejecutadas recientemente en Tenerife, la diferencia de peso de los centros privados concertados entre ambas islas tiende a acentuarse.

El perfil de la actividad privada concertada difiere entre ambas islas capitalinas. En Gran Canaria se concertan más actividades de hemodiálisis, sesiones de rehabilitación, resonancias magnéticas o sesiones de cobal-

toterapia que en Tenerife como se desprende de la Tabla I.88.

Pero esa mayor especialización relativa de Gran Canaria, lejos de ser electiva, ha sido hasta un extremo importante impuesta por las necesidades y carencias a corto plazo del dispositivo asistencial propio del SCS. Es el caso de las resonancias magnéticas, que se concertaban externamente por carecer el complejo Pino-Sabinal de dicho aparataje, que sin embargo se ha adquirido e instalado en el nuevo Hospital Doctor Negrín. Lo propio ocurre con las sesiones de cobaltoterapia concertadas como consecuencia de la insuficiencia del dispositivo público para atender la demanda. Con la adquisición de dos aceleradores lineales para el nuevo hospital de Gran Canaria los términos del concierto están abocados a cambiar.

En síntesis, los conciertos con centros privados de Gran Canaria son de tipo complementario mientras que por el contrario algunos conciertos con clínicas privadas de Tenerife, en el Norte y en el Sur de la isla, son de facto, aunque no de *iure*, de carácter sustitutorio, es decir que cubren la asistencia especializada de una determinada zona geográfica más o menos delimitada. Además, al contar con un servicio de urgencias hospitalario de acceso directo por el usuario, proporciona en algunos casos al centro la posibilidad de seleccionar riesgos. Por

TABLA I.89. ESTRUCTURA Y CONCENTRACIÓN DE LA OFERTA EN EL MERCADO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS CONCERTADOS DE CANARIAS, 1997

TIPO DE ACTIVIDAD	Gran Canaria			Tenerife		
	Nº de centros concertados	C2	C4	Nº de centros concertados	C2	C4
Hospitalización y cirugía agudos	9	45,7%	80,0%	15(3)		
Hospitalización larga estancia	5	80,0%	98,2%			
Rehabilitación	9	69,0%	93,0%	3		
Hemodiálisis	2	100%	-	ND		
Pruebas diagnósticas y sesiones hosp. de día	2	100%	-	ND		

*Notas: (1) El número de centros no suma el total porque algunos centros conciertan varias actividades; (2) Cn = % de los n primeros centros sobre la facturación total. (3) en Tenerife no se diferencia entre hospitales de agudos y de crónicos por falta de información ni conocemos la concentración del mercado de las pruebas diagnósticas y hemodiálisis.
Fuente: SCS: Memoria 1997. Elaboración propia.*

selección de riesgos se entiende en economía de la salud la capacidad de influir en el tipo de procesos (o *case-mix*) que el centro atiende. También en la literatura de economía de la salud se ha dado en llamar *desnatado* (como quitar la nata de la leche) al proceso de rechazar los malos riesgos (pacientes con procesos complicados en un contexto de financiación per capita o pacientes con problemas de salud cuyo tratamiento no resulta rentable al hospital debido a la fórmula específica de financiación pactada por el centro).

De ahí que sea de extrema importancia el análisis de las fórmulas de financiación de los centros concertados y de los incentivos asociados a ellas, tema al que volveremos después de un análisis sucinto de la concentración de la oferta de concertación.

El número de competidores en un mercado así como su grado de concentración determinan hasta un extremo importante la capacidad de negociación de precios y condiciones. En el mercado de servicios hospitalarios compiten pocos proveedores, 22 en Gran Canaria y 15 en Tenerife (el presente análisis se limita a las dos islas capitalinas porque, como ya se ha dicho, tanto en Lanzarote como en La Palma se concierta con un único centro). Segmentando por tipos de servicios, el número de centros se reduce todavía más (Tabla I.89).

Las fórmulas de pago a los hospitales concertados que han suscrito algún concierto de los que hemos denominado *genéricos* han sufrido modificaciones sustanciales a lo largo de los últimos años. Muy sintéticamente, la fórmula de pago es mixta, por acto, por estancia y por proceso. Determinadas pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas (sesiones de quimioterapia y radioterapia, oxigenoterapia a domicilio, hemodiálisis, etc) se pagan por acto, así como las consultas externas hospitalarias. Los servicios de hospitalización se pagan por estancia (pago de una cantidad fija por día de estancia de un paciente ingresado en el centro), salvo determinados procedimientos quirúrgicos especificados, que se pagan por proceso con tarifas fijas, independientes del grupo y nivel del centro (por ejemplo, por una intervención de apendicectomía el SCS paga 124.025 ptas. independientemente del nivel tecnológico del hospital concertado y del número de días que el paciente esté ingresado; no obstante, con objeto de compartir la asunción de riesgo con el hospital en casos extremos, de complicaciones de los procesos que obliguen a alargar considerablemente la estancia de los pacientes, el SCS financia adicionalmente las estancias que excedan de un número especificado para cada proceso).

Los hospitales concertados se clasifican en cinco grupos y un total de 15 niveles según la cartera de servicios, la complejidad de los casos

que pueden atender y el grado de dotación tecnológica. Las tarifas por estancias y consultas externas difieren entre niveles, pagándose más cuanto mayor sea el nivel del hospital.

Por primera vez en 1998 se establecen exigencias de estructura, cartera de servicios y personal a los centros concertados (*Orden 1706, de 17 de noviembre de 1998*), aunque como contrapartida la propia *Orden*, reconociendo el esfuerzo inversor de dichos centros en los últimos años, aumenta sustancialmente algunas de las tarifas. Las revisiones medias de las tarifas han supuesto aumentos del 4% en 1996, 2% en 1997 y 5% en 1998, subidas sustancialmente superiores a los aumentos del nivel general de precios (véase más adelante el apartado 4.3) cuya justificación se encuentra en los aumentos de productividad de la asistencia.

En efecto, los centros concertados han aumentado fuertemente su actividad y rendimiento en los últimos años. Así, según la *Memoria de Centros Concertados de la Dirección de Área de Salud de Tenerife 1995-1998*, en dicho periodo los ingresos de agudos aumentaron un 39%, y todavía en mayor medida las intervenciones quirúrgicas (44,5%), las urgencias ambulatorias (39,4%) y sobre todo la cirugía menor ambulatoria (66%) y los procesos quirúrgicos (316%), cuya lista, como se ha señalado previamente ha aumentado año tras año y cuyos precios incentivan más que las tarifas por estancia a los proveedores privados.

Hay un largo e interesante debate en la literatura científica acerca de las ventajas e inconvenientes de los sistemas de pago a los proveedores sanitarios (retrospectivo *versus* prospectivo). Un sistema de pago óptimo debería distribuir riesgos eficientemente entre el que financia y el que provee el servicio sanitario, de forma que en cualquier caso se cubran los costes de la asistencia pero sin financiar los sobrecostes de la ineficiencia. Hay cierto consenso en defender con argumentos científicos los sistemas mixtos. Las fórmulas de pago tienen consecuencias sobre la distribución de riesgos entre financiador y proveedor. En el pago prospectivo (presupuesto o tarifa fija) el riesgo lo asume el proveedor, mientras que con

el pago retrospectivo (el financiador paga todos los costes en que se ha incurrido) el riesgo lo asume el financiador.

El pago de una tarifa fija por proceso asigna gran parte del riesgo al proveedor, de ahí que el SCS se comprometa a pagar, por ejemplo, los días adicionales de estancia que sobrepasen ciertos límites cuando las actividades financiadas por proceso, por ejemplo una apendectomía, se complican. Es un tratamiento especial de los llamados *outliers* (casos particularmente complicados para un proceso dado) que intenta compartir el riesgo transfiriendo parte de éste al financiador.

Naturalmente, este *seguro* contra el quebranto financiero ha de ir y va acompañado de mecanismos de control sobre los centros concertados. La Unidad de Gestión de Admisiones (UGA) ejerce dicho control, sobre todo el de posibles codificaciones incorrectas que pudieran beneficiar al proveedor y también el control de las estancias innecesarias. El SCS está ejerciendo una fuerte presión para que los centros concertados bajen su estancia media.

Por su parte, el mecanismo de defensa de las clínicas privadas de agudos contra las bajísimas tarifas por estancia consiste en alargar las estancias de los pacientes ingresados.

Los mecanismos de control parecen estar siendo efectivos, por ejemplo, la estancia media en los centros concertados de agudos de Tenerife se ha reducido entre 1995 y 1998 de 23,5 días hasta 17,9 días, aunque todavía casi duplica la estancia media en los hospitales propios del SCS.

Respecto a la cuantía de las tarifas, su estudio comparativo detallado nos ha proporcionado las siguientes evidencias:

- Las tarifas por estancia y por consultas externas, tratamiento en hospital de día y sesiones de quimioterapia son sustancialmente inferiores al coste medio de una estancia médica (UPA) incluso en los hospitales públicos comarcales, de nivel tecnológico mínimo. El pago de una cantidad fija por día de estancia

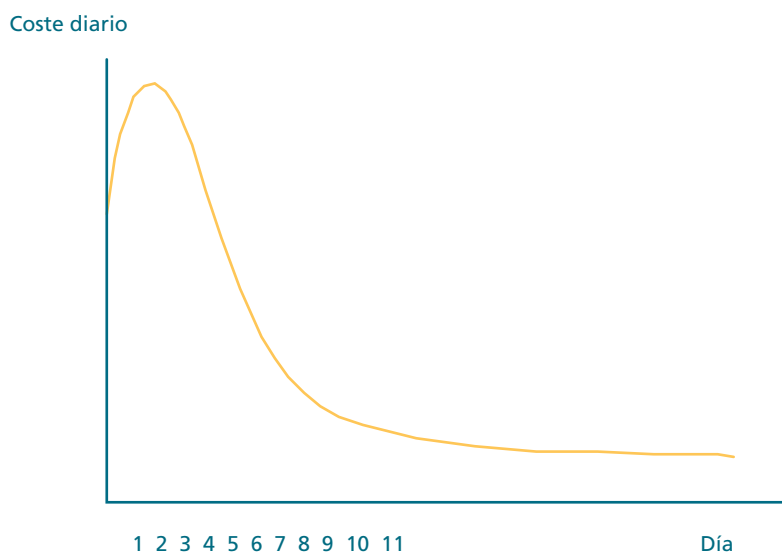
incentiva al proveedor a alargar el internamiento de los pacientes, toda vez que los costes marginales de cada día adicional tienen la forma que se ilustra en el Gráfico I.106. Los primeros días, durante los cuales se realizan las pruebas diagnósticas al paciente y en su caso se le interviene quirúrgicamente, imponen costes elevados. Pero cuando el paciente ha superado el post-operatorio, solamente requiere servicios hoteleros y algunos cuidados de enfermería, siendo por tanto los costes marginales bajos. Así pues, al centro que cobra por estancia le interesa alargar los días de internamiento. La comparación de tarifas debe ser contrastada, sin embargo, con un estudio pormenorizado de la relación existente entre éstas y los costes reales de prestación del servicio, sobre todo cuando se trata de un sistema de incentivos ligados a la minoración de las demoras en las esperas.

- Por el contrario, las tarifas concertadas por procesos quirúrgicos que se pagan por proceso son en general superiores a las que recogen los contratos de gestión convenida entre el SCS y sus propios hospitales. No obstante, habría que determinar la relevancia de la comparación de las tarifas por procesos qui-

rúrgicos mediante la comprobación de la importancia relativa que tales procesos tienen en los hospitales del SCS y en las clínicas concertadas. Esta profundización es tanto más necesaria cuanto que, como se deduce de las memorias del SCS, los centros concertados realizaron en torno a una tercera parte de todas las intervenciones quirúrgicas y de todos los ingresos y absorben menos del 10% del presupuesto hospitalario, siendo no obstante de complicada comparación los tipos de intervención que se realizan en ambos tipos de centro.

- Las tarifas por diálisis son similares a las consignadas para hospitales públicos.
- Respecto a las intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad, que siempre requieren internamiento, puesto que los contratos de gestión convenida tarifican por estancias (UPAs), la comparación no resulta fácil. Se puede, no obstante, verificar el grado de correlación entre los precios públicos con los centros concertados en Canarias por procedimientos quirúrgicos y el índice de complejidad de *case-mix* de dichos procesos (empleamos los índices de *case-mix* del SNS español, aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS en julio de 1998).

GRÁFICO I.106. LOS COSTES MARGINALES DE UN INTERNAMIENTO HOSPITALARIO



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia.

TABLA I.90. PRECIOS DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS CON HOSPITALES AJENOS AL SCS EN CANARIAS: COMPARACIÓN CON LAS TARIFAS DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y CON LOS PRECIOS DEL INSALUD GD, 1998

ACTIVIDAD	Precios hospitales concertados Canarias	Precios hospitales públicos Canarias	Precios hospitales concertados resto de España	% tarifa concertada sobre pública Canarias
Estancia (1)	3.548 ptas. a 14.017 ptas		3.601 ptas. a 13.320 ptas.	
Primeras consultas (1)	1.511 ptas. a 6.168 ptas.		3.000 ptas. a 6.240 ptas.	
Consultas sucesivas y revisiones (1)	713 ptas. a 2.997 ptas.		1.500 ptas. a 3.120 ptas.	
Hospitalización de día (por día o sesión de tratamiento)	4.000			
Sesión de quimioterapia	1.649		1.729	
Hemodiálisis en hospital	19.745(2)		19.460	
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
Amigdalectomía	63.000	53.000	55.100	118,9%
Cataratas: extracción + LIO unilateral	149.971	128.000	146.971	117,2%
Cataratas: extracción + LIO bilateral	289.000	128.000		225,8%
Excisión Hallux Valgus	106.605	90.600	106.605	117,7%
Artroscopia de hombro	200.000	122.500		163,3%
Artroscopia diagnóstica o terapéutica de rodilla	144.000	122.500	141.120	117,6%
Hemorroidectomía	114.621	97.000	114.621	118,2%
Reparación hernia inguinal unilateral	136.153	113.000	130.175	120,5%
Reparación hernia inguinal bilateral	160.309	133.000	156.399	120,5%
Varices: ligadura/extirpación	131.680	112.000	131.680	117,6%
Fisura anal	59.850	74.000	87.975	80,9%
Fístula anal	98.532	74.000	87.975	133,2%
Excisión quiste o seno pilonidal	87.975	74.000	95.000	118,9%
Colecistectomía laparoscópica	235.669		235.669	
Fimosis	45.000	38.250	45.000	117,6%
Orquidopexia	85.000	72.500	85.000	117,2%
Esterilización femenina	80.000	68.000	55.000	117,6%
Vasectomía	45.000	38.250	45.000	117,6%

(1) Las tarifas varían según grupo y nivel (conciertos) y según grupo (hospitales de Insalud).
(2) Más algunos suplementos en su caso por empleo de ciertos materiales fungibles (concentrados de bicarbonato; membrana de alta permeabilidad).
Fuentes: BOC: Orden 1706, de 17 noviembre 1998. BOE: Resolución 9659, de 14 de Abril de 1999.

En síntesis, el modelo de financiación de los centros concertados de Canarias responde a la herencia del pasado (INSALUD pre-transferencias), introduce de facto una discriminación de precios con los centros públicos que limita las posibilidades de mejorar la eficiencia global vía competencia entre proveedores, al fijar diferentes reglas del juego para unos y otros centros. Los precios públicos aprobados por decreto incorporan fuertes incentivos a la ineficiencia técnica (alargar las longitudes de la estancia para cubrir costes en los procesos pagados por estancia a un precio menor que el coste marginal de la producción eficiente). También incorporan incentivos a la selección de riesgos (seleccionar los casos cuya atención sanitaria se paga por procedimiento).

La situación actual presenta dos tipos de problemas fundamentales, por una parte dificulta la búsqueda de eficiencia de los centros mediante la competencia (los llamados *cuasi-mercados* sanitarios) entre centros públicos y privados y por otra parte beneficia a los centros concertados que tienen posibilidades –dentro de ciertos márgenes- de practicar la selección de riesgos, es decir, aquellos que ofrecen servicios *sustitutorios* de los públicos, en contra de los que ofrecen servicios *complementarios*.

Hay experimentos de innovación en las fórmulas de pago a los hospitales que deberían estudiarse. Cataluña es una avanzadilla nacional en experimentos de innovación organizativa.

Por una parte, la estructura de su oferta de servicios sanitarios es genuina, con una Red de Hospitales de Utilización Pública definida hace más de una década, en la que los centros propios del ICS *producen* menos de la mitad del total de los servicios hospitalarios de la red. Respecto a las fórmulas de financiación de los centros, la tradición catalana adolecía de los mismos problemas de fondo que Canarias ya apuntados. La compra de servicios hospitalarios a los centros de la Red se seguía basando en la UPA como medida sintética de actividad global.

En 1997 se define un nuevo modelo de contratación de servicios sanitarios por el Servicio Catalán de Salud (*Decreto 179/1997 de 22 de julio del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat, Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña número 2.445 de 31 de julio*), que cambia la fórmula de financiación de los centros y servicios (para un análisis detallado del nuevo modelo de financiación catalán, véase González López-Valcárcel, 1998). El nuevo sistema de facturación hospitalaria introduce cambios importantes. El que más consiste en que la financiación de los centros sea mixta, incorporando un componente de dotación estructural y otro de actividad, ponderada según la complejidad del *case-mix*. La introducción del componente estructural, que financiaría los costes fijos de mantenimiento y amortización de la capacidad instalada. La docencia e investigación quedan fuera del cómputo presupuestario anterior. Se mantienen ciertos mecanismos excepcionales complementarios de financiación de servicios o actividades de *reconocida necesidad* o relacionados con objetivos del *Plan de Salud*. El nuevo sistema catalán de financiación es más transparente (transparencia matemática: conocidos todos los parámetros y datos de actividad, cualquiera podría calcular el presupuesto global de un centro). Es menos intervencionista respecto a los niveles de actividad que cada centro libremente decida alcanzar en cada línea de producción, más respetuoso con la libertad y autonomía de gestión de los centros.

Consideramos que introducir el componente estructural en la financiación representaría un avance, puesto que, como se ha contrasta-

do empíricamente, el *case-mix* explica una parte muy reducida de los costes medios justificables (en frontera) de los hospitales. Los avances ulteriores en este sentido están sin embargo limitados y condicionados por los estudios de costes basados en datos contables de los hospitales, que distan mucho todavía de proveer de una base sólida para fundamentar las tarifas y también por las limitaciones metodológicas y de datos para estudiar empíricamente la eficiencia relativa de los Centros y cuantificar la parte justificable de los costes en que se incurre.

2. La evaluación del estado de salud en Canarias mediante los indicadores propuestos por el Programa Salud para Todos en el año 2000, al hilo de los objetivos y actuaciones del Plan de Salud de Canarias.

2.1. El Programa Salud para Todos en el año 2000 de la OMS: sus 38 objetivos regionales para Europa.

En 1979, la OMS definió la *Estrategias Global Salud para Todos en el año 2000 (Resolución WHA32.30)*. Se definieron objetivos de salud por grandes áreas geográficas y más de cien indicadores para evaluar el grado de consecución de dichos objetivos. La OMS recomendó a los Estados miembros una evaluación y seguimiento periódico de los indicadores, habiéndose realizado hasta la fecha tres evaluaciones en 1985, 1991 y 1997, la última de las cuales puede consultarse en OMS (1998). En la actualidad se está trabajando en la evaluación final, que debería estar terminada en el año 2000. La última evaluación de los objetivos para España ha sido presentada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1995), si bien apenas detalla resultados a nivel regional. En la actualidad, un grupo de investigadores vinculados a la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) está ultimando una evaluación final, que se presentará en noviembre de 1999.

CUADRO I.10. LOS TREINTA Y OCHO OBJETIVOS DE LA OMS PARA EUROPA

LA SALUD PARA TODOS EN EUROPA DE AQUÍ AL AÑO 2000	
<i>Objetivo 1. Equidad en salud</i>	<i>Objetivo 3. Control de la calidad del agua</i>
<i>Objetivo 2. Salud y calidad de vida</i>	<i>Objetivo 4. Control de la calidad del aire</i>
<i>Objetivo 3. Mejores oportunidades para las personas discapacitadas</i>	<i>Objetivo 5. Calidad y seguridad de los alimentos</i>
<i>Objetivo 4. Reducir las enfermedades crónicas</i>	<i>Objetivo 6. Control de los residuos peligrosos y polución del suelo</i>
<i>Objetivo 5. Reducir las enfermedades transmisibles</i>	<i>Objetivo 7. Ecología humana y asentamiento</i>
<i>Objetivo 6. Vejez saludable</i>	<i>Objetivo 8. Salud de la población trabajadora</i>
<i>Objetivo 7. Salud de los niños y la gente joven</i>	CORRECTA UTILIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES
<i>Objetivo 8. Salud de la mujer</i>	<i>Objetivo 1. Política de los servicios de salud</i>
<i>Objetivo 9. Reduciendo las enfermedades cardiovasculares</i>	<i>Objetivo 2. Recursos de los servicios de salud y mantenimiento</i>
<i>Objetivo 10. Controlando el cáncer</i>	<i>Objetivo 3. Atención primaria en salud</i>
<i>Objetivo 11. Accidentes</i>	<i>Objetivo 4. Atención hospitalaria</i>
<i>Objetivo 12. Reduciendo las enfermedades mentales y el suicidio</i>	<i>Objetivo 5. Servicios comunitarios para cubrir necesidades especiales</i>
ESTILOS DE VIDA QUE LLEVAN A LA SALUD	<i>Objetivo 6. Asegurar la calidad de los servicios y la tecnología apropiada</i>
<i>Objetivo 1. Política pública saludable</i>	ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE SALUD PARA TODOS
<i>Objetivo 2. Entorno para la promoción de la salud</i>	<i>Objetivo 1. Investigación en salud y desarrollo</i>
<i>Objetivo 3. Competencia en salud</i>	<i>Objetivo 2. Desarrollo de la política Salud para Todos</i>
<i>Objetivo 4. Viviendo saludablemente</i>	<i>Objetivo 3. Planificación y asignación de recursos</i>
<i>Objetivo 5. Tabaco, alcohol y drogas psicoactivas</i>	<i>Objetivo 4. Sistemas de información sanitaria</i>
MEDIO AMBIENTE SALUDABLE	<i>Objetivo 5. Desarrollo de recursos humano-sanitarios</i>
<i>Objetivo 1. Política sobre el medio ambiente y la salud</i>	<i>Objetivo 6. Alianzas-aliados para la salud</i>
<i>Objetivo 2. Mantenimiento del medioambiente saludable</i>	<i>Objetivo 7. Salud y ética</i>

La OMS define los 38 objetivos para Europa recogidos en el Cuadro I.10.

Estos objetivos forman una estructura piramidal con sus tres estratos (*WHO's European Health for All Targets Evaluated in the Netherlands, 1996*; basada en WHO-EURO 1993): en el vértice de la pirámide están los objetivos de salud reales, para lograr directamente la mejor salud. El segundo nivel consiste en las estrategias que han sido seleccionadas para lograr los objetivos anteriores: estilos de vida conducentes a la salud, medioambiente saludable y cuidados apropiados. El nivel más bajo de la pirámide consiste en los objetivos que apoyan el desarrollo de las estrategias de Salud Para Todos. La OMS propone más de cien indicadores regionales europeos para evaluar la consecución de los 38 objetivos.

2.2. El Plan de Salud de Canarias: diagnóstico de problemas de salud, objetivos y actuaciones previstas.

El *Plan de Salud de Canarias 1997-2001* fue aprobado en 1997 (*Decreto 3/1997, de 21 de enero*, de la Consejería de Sanidad y Consumo; *B.O.C. n° 41*, de 13 de marzo de 1997). La *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias* (11/94 de 26 de julio) había definido el *Plan de Salud* como el instrumento estratégico de planificación y coordinación del Sistema Canario de Salud (artículos 14 a 18) y había regulado su contenido en los siguientes términos (artículo 14):

- a) Análisis y evaluación de los problemas de salud, recursos personales, materiales y

económicos empleados, actividades y servicios desarrollados y planes y programas ejecutados.

- b) Fijación y evaluación de los objetivos a alcanzar en materia de salud, tanto generales como por áreas de actuación.
- c) Análisis y evaluación de los planes, programas y actividades de los sujetos del Sistema Canario de Salud para alcanzar los objetivos fijados.
- d) Fijación del calendario general de actuación para cumplimiento de los objetivos.
- e) Análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos conforme al calendario establecido.

El proceso de elaboración del *Plan de Salud de Canarias* es paralelo al de otras comunidades autónomas y se adapta a una regulación nacional de carácter general. Por su parte, todos los planes de salud españoles se inspiran en la estrategia *Salud para Todos* de la OMS y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho tres evaluaciones sucesivas de los indicadores del programa regional europeo *Salud para Todos*, la última de ellas datada en octubre de 1995.

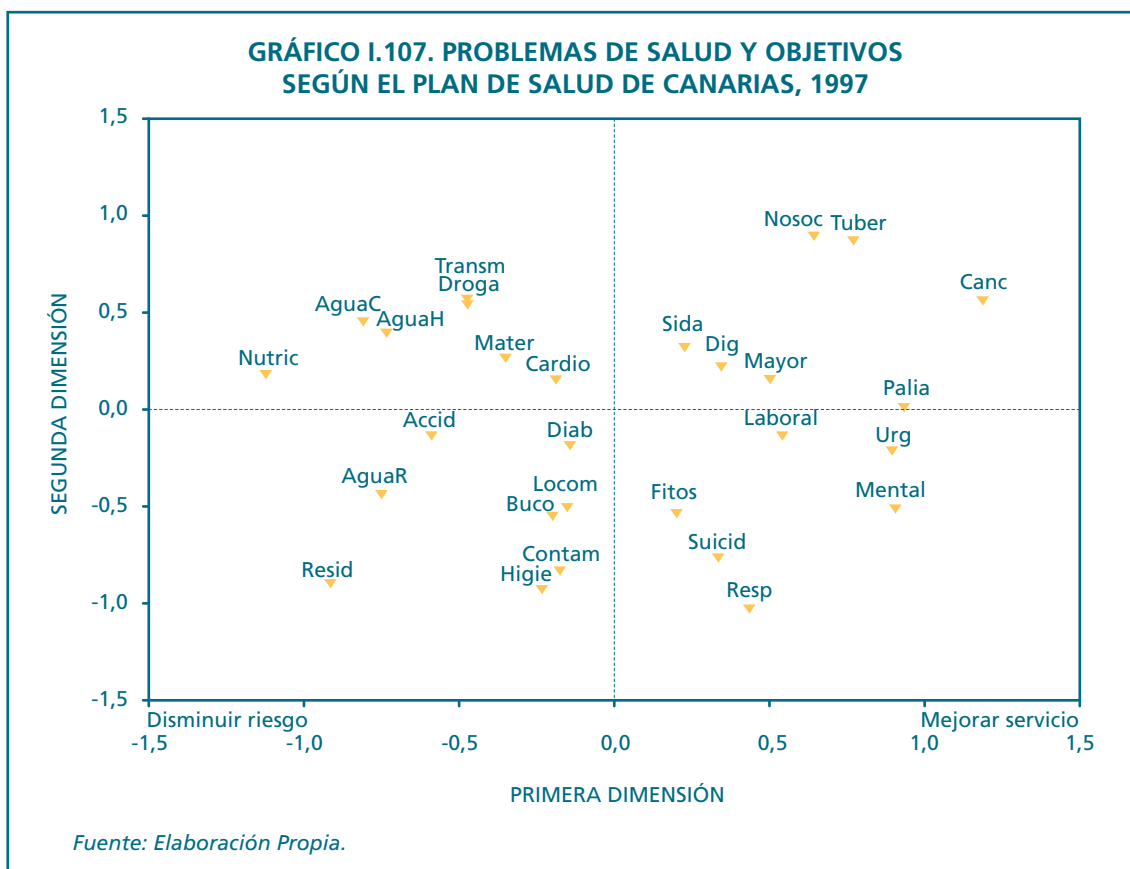
Los objetivos se dividen en generales y específicos y se refieren a las 28 áreas o problemas de salud que se consideraron prioritarios en la fase de diagnóstico de la salud en Canarias. Se han definido un total de 87 objetivos generales (Cuadro I.11) y 400 específicos (Tabla I.91), alguno de los cuales afectan a dos o más áreas, por lo que considerando esas duplicaciones, totalizan 488. Estos objetivos a su vez se han clasificado en objetivos de disminución de riesgos, de oferta de servicios, de educación y formación y de necesidades de información. Drogas y conductas adictivas, salud materno-infantil, personas mayores y salud mental son los problemas de salud a los que se dedican más objetivos.

El *Plan de Salud de Canarias* tiene luces y sombras. Empezando por éstas señalamos que si bien se inspira en la estrategia global de la

OMS, se distancia de ella en varios aspectos (García Aboín, 1998). La mayor parte de sus 488 objetivos no cumple las condiciones ideales (*gold standar*), bien porque no hay indicadores disponibles para medir el grado de su consecución, porque no se asignan claramente responsabilidades a organismos e instituciones, bien por desajustes o indefiniciones de las fechas de referencia y de cumplimiento o por la ausencia de valores basales y/o finales para la evaluación. Se ha señalado también la excesiva concentración temporal de los horizontes en el principio del plan (1997) o más allá del 2001 en que termina su vigencia (García Aboín, 1998). La falta de cualquier cuantificación de los costes necesarios para poner en marcha las actuaciones necesarias para cumplir los objetivos es otra debilidad del *Plan de Salud*.

A pesar de sus limitaciones, el *Plan de Salud de Canarias* es un primer paso hacia ulteriores avances en el proceso de planificación y racionalización de los recursos para la salud y un instrumento de co-responsabilidad entre el sector sanitario y otros sectores. Citamos en este sentido un documento reciente del propio Servicio del *Plan* (1999): "*el Plan de Salud de Canarias, tras aproximadamente dos años de su aprobación por el Parlamento y por el Gobierno autonómico, ha conseguido incorporarse al proceso de toma de decisiones en lo concerniente a la asignación de recursos públicos, tanto a nivel intersectorial como sectorialmente en el Servicio Canario de Salud*". De hecho, el propio plan de salud es una acción encaminada a cumplir el objetivo 33 de la estrategia de la OMS, la principal fortaleza del *Plan* es su mera existencia, que traduce el propósito de planificar los recursos para la salud previa identificación explícita de las prioridades.

Un análisis pormenorizado de los objetivos específicos (Tabla I.91 y Gráfico I.107) indica que la mayor parte son de mejoras en la oferta de servicios (40,2%) y de reducción de riesgos (32,5%). Los problemas o áreas de salud con mayor número de objetivos son las drogas y conductas adictivas, la salud materno-infantil, la atención a las personas mayores y la salud mental cuya reforma se ha visto muy impulsada a raíz del plan de salud. Un análisis de correspondencias simple (método estadístico multivariante para describir información



cuantitativa: véase González López-Valcárcel, 1991) detecta dos dimensiones en los objetivos del *Plan*, la primera opone por un extremo la mejora en la oferta de los servicios (políticas sanitarias activas) y por el otro las intervenciones y objetivos de reducción de riesgos. La segunda dimensión queda definida fundamentalmente por la educación sanitaria. El Gráfico I.107 clasifica los 400 objetivos específicos de acuerdo con estas dimensiones. Los objetivos relacionados con el cáncer, los cuidados paliativos, las urgencias, salud mental, tuberculosis y con las infecciones nosocomiales se centran en la mejora de la oferta de los servicios, mientras que los objetivos relacionados con la salud ambiental, los accidentes o la nutrición inciden en la reducción de riesgos. También algunas enfermedades crónicas abordables desde la atención primaria se encuentran en este grupo, con énfasis en la reducción de riesgos –mediante la co-responsabilidad del paciente en la evolución de su enfermedad–, son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la salud materno-infantil.

2.3. La evaluación del Plan de Salud.

Como todo plan de salud, el de Canarias ha de ser evaluado de forma continua a lo largo de su desarrollo y a su término para contribuir a la elaboración del siguiente. El Servicio del Plan de Salud de Canarias (1999) argumenta que es escaso el tiempo transcurrido desde el inicio de la aplicación del Plan (febrero 1997) por lo que es prematuro evaluar el impacto de las actividades en términos de resultados últimos de las intervenciones y habrá que limitarse fundamentalmente a señalar la puesta en marcha de nuevos programas o actuaciones emanadas del *Plan*. Estas actuaciones emprendidas en los dos últimos años, denominadas *los productos del Plan de Salud*, se resumen en la Cuadro I.12.

En síntesis destacamos las notas más relevantes:

CUADRO I.11. AREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 1997-2001

AREA DE ACTUACIÓN/ PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVOS GENERALES
Enfermedades cardiovasculares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para el año 2001, la mortalidad por cardiopatía isquémica deberá disminuir en un 10%, tomando como punto de partida la tasa de mortalidad del año 1990 (97,3 x 100.000 en hombres y 64 x 100.000 en mujeres). 2. Para el año 2001, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares deberá disminuir un 20%, tomando como punto de partida la tasa de mortalidad del año 1990 (75 x 100.000 en hombres y 60 x 100.000 en mujeres).
Cáncer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para el año 2006 se estabilizará la tendencia ascendente de mortalidad por cáncer en el grupo de población menor de 65 años (63,46 x 105 hab. en 1990). 2. En el año 2006 la tasa de mortalidad de cáncer de mama debería reducirse al menos en un 25% (25,9 x 105 hab. en 1990). 3. En el año 2006 se reducirá la mortalidad por cáncer colorrectal por debajo de la tasa referida en 1990 (7,4 x 105 hab. en 1990). 4. Para el año 2016 se reducirá la mortalidad por cáncer de pulmón en Canarias (26,2 x 105 hab. en 1990).
Diabetes mellitus	<ol style="list-style-type: none"> 1. De aquí al año 2001 es preciso incrementar el número de diabéticos conocidos, mediante procedimientos de diagnóstico precoz en los grupos de riesgo. 2. De aquí al año 2006 es preciso disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica en los diabéticos. 3. De aquí al año 2006 es preciso disminuir los nuevos casos de insuficiencia renal crónica en diabéticos. 4. De aquí al año 2006 es preciso disminuir los nuevos casos de ceguera en diabéticos. 5. De aquí al año 2006 es preciso disminuir las amputaciones por gangrena en diabéticos. 6. De aquí al año 2006 se deben conseguir los mismos resultados de la gestación en la embarazada diabética "ya conocida" que en la mujer no diabética, en relación a la mortalidad perinatal y malformaciones congénitas.
Drogas y conductas adictivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la prevalencia de fumadores haciendo especial hincapié en la población adolescente. 2. Protección de los no fumadores y promoción de un medioambiente sin humo de tabaco. 3. Disminuir el consumo de alcohol por persona, haciendo especial hincapié en la población adolescente. 4. Retrasar la edad de comienzo en el consumo de alcohol. 5. Promover cambios de actitud de la población frente al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y uso inadecuado de fármacos. 6. Disminuir la prevalencia del consumo de drogas no legales y de las conductas adictivas en la población. 7. Disminuir los trastornos derivados del consumo de drogas, legales e ilegales, y de conductas adictivas. 8. Fomentar el debate en el seno del Gobierno de Canarias para que éste proponga la afectación de impuestos especiales sobre tabaco y alcohol en la financiación de los Servicios Sanitarios.
Sida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la pendiente de ascenso de la incidencia de SIDA. 2. Garantizar la asistencia adecuada e integral a los infectados por V.I.H. a todo lo largo de su historia natural. 3. Favorecer la integración social y proteger los derechos humanos de los afectados.
Atención a las personas mayores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la esperanza de vida de las personas mayores. 2. Aumentar su expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad. 3. Favorecer la permanencia en su domicilio y entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.
Accidentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir durante el quinquenio 1997-2001 en un 20% la morbi-mortalidad por accidentes y causas externas en Canarias, a expensas de la reducción de los accidentes de tráfico, laborales, domésticos y peridomésticos. 2. Reducir durante el quinquenio 1997-2001 en un 20% la morbi-mortalidad por accidentes de tráfico en el grupo de edad de 15 a 24 años. 3. Reducir la morbi-mortalidad debida a lesiones y envenenamientos
Salud materno-infantil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener las tendencias decrecientes de las tasas de mortalidad infantil. 2. Mantener las tendencias decrecientes de las tasas de mortalidad materna. 3. Disminuir la morbilidad infantil. 4. Disminuir la morbilidad materna. 5. Mejorar la calidad de vida de los niños.
Salud bucodental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se reducirá la prevalencia de caries en la dentición temporal de los niños de 7 años al 35% (nivel base 1991 = 46.23%). 2. Se reducirá el nivel de prevalencia de caries del 45% en la dentición permanente de los escolares de 12 años (nivel base 1991 = 58.88%). 3. Se reducirá el índice de CAOD a 1.50 y el nivel de CD al 60% con respecto al componente CAOD (nivel base CAOD 1991 = 1.87% y nivel base CD/CAOD 1991 = 71.1%). 4. Se reducirá al 35% el nivel de prevalencia del índice periodontal (EPITN) en los niños de 7 años (nivel base 1991 = 44.33%). 5. Se reducirá al menos al 50% la prevalencia de los índices periodontales (CPITN) en los niños de 12 años (nivel base 1991 = 59.65%).
Tuberculosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir el número de casos nuevos de tuberculosis en nuestra Comunidad en un 10 - 12 % anual. 2. Para el año 2001 se reducirá al 50% la tasa de enfermos. 3. Para el año 2001 se habrá conseguido que el riesgo anual de infección (RAI) se sitúe por debajo del 0,04 - 0,05%. 4. Para el año 2001 se reducirá la mortalidad por tuberculosis en nuestra Comunidad.

CUADRO I.11. AREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 1997-2001. (Continuación)

AREA DE ACTUACIÓN/ PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVOS GENERALES
Salud mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. En 1998, los dispositivos específicos de Atención a la Salud Mental (Equipos de Salud Mental Comunitarios, Unidades de Agudos Psiquiátricas y Unidades de Rehabilitación) estarán integrados funcionalmente en la Red Sanitaria del Servicio Canario de Salud, formando parte de la Atención Especializada. Para el resto de los dispositivos intermedios, el Servicio Canario de Salud se coordinará con las redes primaria y especializada de la Dirección General de Servicios Sociales, las Administraciones Locales con recursos y/o competencias en salud mental y O.N.G.. Facilitando que la población tenga acceso a dichos dispositivos. 2. En el año 2001, los pacientes crónicos de la actual población ingresada en hospitales psiquiátricos, deberán ser atendidos en los diferentes niveles asistenciales de ámbito comunitario, ya sean sanitarios o mixtos, incluyendo todas las fórmulas residenciales y rehabilitadoras alternativas que permitan su progresiva desinstitucionalización. 3. En el año 2001, deberán estar articulados los mecanismos necesarios para que estén garantizados, desde los diferentes niveles asistenciales y educativos, programas de educación sanitaria en materia de salud mental en la población. 4. La puesta en marcha de los objetivos 1º, 2º y 3º, tendrá en cuenta las variaciones y adaptaciones a realizar en base a las características sociodemográficas de la población a atender, tales como, la insularidad, la orografía y las comunicaciones, favoreciendo la accesibilidad de los usuarios.
Suicidio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la tendencia al alza del suicidio como causa de muerte en la Comunidad Autónoma Canaria. 2. Disminuir las conductas parasuicidas en la Comunidad Autónoma Canaria.
Enfermedades digestivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para el año 2001 se habrá disminuido la morbi-mortalidad asociada a hemorragia digestiva alta. 2. Para el año 2001 se habrá disminuido la morbi-mortalidad producida por hepatitis virales. 3. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por enfermedades digestivas asociada al consumo de alcohol.
Salud laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por accidentes de trabajo por debajo del promedio del Estado. 2. Para el año 2001 se habrá reducido la morbi-mortalidad por enfermedades profesionales. 3. Para el año 2001 se habrá mejorado el conocimiento sobre el patrón de riesgos laborales asociados a accidentes y enfermedades profesionales.
Enfermedades del aparato locomotor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para el año 2001 se reducirá la incidencia de enfermedades del aparato locomotor en aquellos procesos susceptibles de prevención. 2. Aumentar la calidad de vida de los pacientes con patología de aparato locomotor, disminuyendo complicaciones y secuelas para el año 2001. 3. Para el año 2001 se reducirán las incapacidades motivadas por las enfermedades de aparato locomotor, reduciendo los costes derivados de las mismas.
Enfermedades respiratorias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la morbi-mortalidad por asma en un 10% para el año 2001. 2. Reducir la mortalidad global asociada a infecciones respiratorias agudas un 5% para el año 2001. 3. Mejorar la calidad de vida de los EPOC, reduciendo el número de ingresos hospitalarios en un 10% hacia el año 2001.
Enfermedades transmisibles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la incidencia de las enfermedades transmisibles. 2. Disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual. 3. Mantener a la Comunidad Autónoma libre de polio autóctona. 4. Mantener a la Comunidad Autónoma libre de difteria autóctona. 5. Erradicar para el año 2001 la sífilis congénita. 6. Erradicar para el año 2001 la oftalmía neonatorum.
Higiene alimentaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir hasta niveles mínimos la exposición de la población canaria a los factores de riesgo para padecer problemas causados por los alimentos. 2. Aumentar el conocimiento y la concienciación de empresarios y trabajadores de la industria alimentaria, sobre los problemas de salud asociados a la ingesta alimentaria. 3. Aumentar el grado de conocimiento y sensibilización de la población sobre los problemas de salud asociados a la ingesta alimentaria. 4. Reducir la incidencia de los brotes epidémicos de enfermedades transmitidas por los alimentos.
Alimentación y nutrición	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer actividades de información y vigilancia sobre los hábitos alimentarios, tanto a nivel de población general como en población de riesgo. 2. Incluir la alimentación como componente principal de las actividades de promoción, prevención y atención sanitaria.
Cuidados paliativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar la prestación asistencial de calidad a todas las personas que padecen enfermedad en fase terminal.
Infecciones nosocomiales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir la morbi-mortalidad asociada a la infección nosocomial en los hospitales de Canarias. 2. Para 1997 se reducirá la incidencia de pacientes con infecciones nosocomiales de forma homogénea en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma. 3. Para 1997 se reducirá la incidencia de infecciones nosocomiales, de forma homogénea, en los hospitales de Canarias.
Contaminación atmosférica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del año 2001, el Servicio Canario de Salud completará el sistema de vigilancia y control de la calidad del aire en las Islas, para garantizar la protección de la salud de la población. 2. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias, establecerá los criterios de coordinación entre los distintos departamentos y administraciones al objeto de mejorar la eficiencia en la vigilancia y control de la contaminación atmosférica.
Residuos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del año 2001 el Gobierno de Canarias garantizará la adecuada gestión de los residuos urbanos, tóxicos y peligrosos y sanitarios.

CUADRO I.11. AREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 1997-2001. (Continuación)

AREA DE ACTUACIÓN/ PROBLEMA DE SALUD	OBJETIVOS GENERALES
Productos fitosanitarios	1. A partir de la aprobación del Plan de Salud, el Gobierno de Canarias potenciará el control del uso racional de plaguicidas en Canarias. 2. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias, reducirá los factores de riesgo vinculados al manipulador de plaguicidas en nuestra Comunidad.
Aguas de consumo humano	1. El Gobierno de Canarias velará para que el agua de consumo público utilizada en Canarias reúna las adecuadas garantías de calidad sanitaria.
Aguas residuales	-----
Aguas recreativas costeras	1. Conseguir que las playas de Canarias alcancen una calidad sanitaria óptima tanto en lo referente a las aguas de baño como a la zona periplayera.
Urgencias sanitarias	1. A partir de la aprobación del Plan, el Servicio Canario de Salud potenciará la respuesta rápida y adecuada a las urgencias sanitarias. 2. Durante el periodo de vigencia del Plan, el Servicio Canario de Salud adecuará la prestación de servicios de atención de urgencia a las necesidades del usuario. 3. El Servicio Canario de Salud perseguirá la mejora del grado de satisfacción del usuario y sus familiares, en las situaciones urgentes. 4. A partir de la aprobación del Plan, el Gobierno de Canarias deberá establecer la coordinación adecuada para optimizar la atención en las situaciones de emergencia colectivas.

TABLA I.91. NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS, 1997-2001. (*)

Area de intervención o problema de salud	Número total de objetivos específicos	De reducción de riesgos	De mejora en la oferta de servicio	De formación y educación para la salud	De necesidades de información
Enfermedades cardiovasculares	15	6	6	1	2
Cáncer	16	-	11	1	4
Diabetes mellitus	8	3	3	1	1
Drogas y conductas adictivas	35	15	10	1	9
Sida	15	4	7	1	3
Atención a personas mayores	26	6	15	2	3
Accidentes	18	7	2	3	6
Salud materno-infantil	32	15	13	1	3
Salud bucodental	16	6	5	3	2
Tuberculosis	8	1	5	-	2
Salud mental	20	2	12	4	2
Suicidios	7	1	2	2	2
Enfermedades digestivas	15	4	8	1	2
Salud laboral	19	3	9	3	4
Enfermedades del aparato locomotor	7	3	3	1	-
Enfermedades respiratorias	12	3	6	3	-
Enfermedades transmisibles	17	8	6	-	3
Higiene alimentaria	14	6	5	3	-
Alimentación y nutrición	7	5	2	-	-
Cuidados paliativos	9	1	6	1	1
Infecciones nosocomiales	7	1	4	-	2
Salud ambiental: contaminación atmosférica	12	4	3	3	2
Salud ambiental: residuos	14	8	2	3	1
Salud ambiental: Productos fitosanitarios	9	2	3	2	2
Salud ambiental: Aguas de consumo humano	17	8	3	1	5
Salud ambiental: Aguas residuales	6	3	1	1	1
Salud ambiental: aguas recreativas costeras	7	4	2	-	1
Urgencias sanitarias	12	1	7	2	2
Total	400	130 (32,5%)	161 (40,2%)	44 (11%)	65 (16,2%)

(*) Algunos de los objetivos específicos afectan a dos o más áreas; considerando esas duplicaciones, totalizan 488.

- La mayor parte de las actuaciones se han centrado en poner en marcha o potenciar nuevos programas de atención primaria y comunitaria. Destacamos que a raíz del *Plan* se generalizó en Canarias la vacunación masiva de adolescentes contra la hepatitis B y se crearon o reforzaron programas de salud bucodental, de atención materno-infantil, de diagnóstico precoz de cáncer de mama y de cuello de útero, y de diabetes.
- El enfoque intersectorial y la relevancia de la educación para la salud a partir de la premisa de que cada persona es responsable de su salud.
- La escasez de actuaciones que pueden, a estas alturas, ser evaluadas por sus resultados finales de mejora de la salud, solamente cinco.
- La falta de evaluación del coste-efectividad de las intervenciones asociadas al *Plan de Salud*, que requiere la cuantificación previa de los resultados finales obtenidos o esperados. Tampoco se mencionan evaluaciones económicas de los recursos necesarios para desarrollar las actuaciones del Cuadro resumen.

3. Los recursos, la actividad y la utilización del sector sanitario. Dotación e innovación tecnológica.

Introducción.

En este apartado se ofrece una síntesis del estado del dispositivo asistencial sanitario en Canarias, tanto en lo referente a recursos humanos como materiales, haciendo una mención especial a los esfuerzos recientes de inversión.

3.1. Los recursos humanos, el capital humano y la actividad profesional.

En Canarias las tasas de profesionales sanitarios colegiados por cien mil habitantes (Tabla I.92) son inferiores a sus homónimas nacionales. Esto nos acerca a los estándares europeos en lo que respecta a médicos y farmacéuticos

(las tasas españolas superan con creces las de Europa) pero nos distancia en el resto de las profesiones. Destaca la baja tasa de odontólogos (30,5 en Canarias y 38,4 en España frente a 60 en la UE).

Por otra parte, el fuerte proceso de feminización que vivió España en las dos últimas décadas tiene cierto retraso en Canarias pues, como se puede observar en la Tabla I.92, salvo en el caso de los veterinarios, los porcentajes de mujeres en cada colectivo profesional en Canarias son inferiores a los respectivos porcentajes nacionales.

El ratio ATS/médicos, que ya es alarmantemente bajo en España respecto a Europa, es todavía menor en Canarias, donde hay aproximadamente el mismo número de ATS y Diplomados en Enfermería colegiados que médicos colegiados (el ratio europeo es 3,2 y el español es 1,08, para una evaluación de los recursos humanos para la salud en España en relación al entorno europeo y su evolución temporal puede consultarse González López-Valcárcel, 1999).

Como hemos señalado, España (y Canarias) tienen tasas de médicos activos (es decir, colegiados y dispuestos a trabajar) superiores a las europeas. Esa oferta de profesionales supera la demanda de puestos de trabajo. La magnitud del paro médico, que coexiste con el pluriempleo aunque éste ha disminuído drásticamente a raíz de las incompatibilidades médicas decretadas a finales de los años ochenta, puede aproximarse mediante las cifras que aporta un estudio de la Fundación CESM (1999), cuya fuente es el registro de médicos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Con datos de dicho estudio hemos elaborado las dos tablas siguientes. En ellas se comparan las dotaciones de médicos activos en Canarias y en España, por edades y según su desempeño de actividad profesional.

La interpretación de dichas tablas ha de ser cauta porque el registro del Ministerio subestima la cifra total de médicos activos. Debido a su carácter voluntario un número no determinado de médicos con empleo estable y cierta

CUADRO I.12. LOS PRODUCTOS DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS

TIPO DE ACTUACIÓN	DESCRIPCIÓN	EVALUACIÓN DE RESULTADOS FINALES
Desarrollo de nuevas estrategias asistenciales	Nuevo modelo de atención comunitaria en salud mental • Potenciación de Centros de Día y Unidades de Internamiento Breve • Desmantelamiento de Centros de Crónicos (psiquiátricos, manicomios)	ND
	Centros de Hospital de Día para SIDA	Reducción de la aparición de casos nuevos y aumento de supervivencia
	Programa Integral de Atención Socio-Sanitaria de las Personas Mayores	ND
Puesta en marcha o potenciación de programas de salud (atención primaria)	Diagnóstico precoz del cancer de mama	ND
	Diagnóstico precoz del cancer de cuello de utero	ND
	Diabetes	ND
	Atención a la mujer y al niño sano	Reducción de la mortalidad neonatal y perinatal
	Programa de salud bucodental	ND
Ampliación o potenciación del dispositivo asistencial (atención especializada)	Nuevo calendario vacunal. Vacunación de hepatitis B a adolescentes	ND
	Potenciación del Servicio de Urgencias Canario	Reducción de mortalidad inmediata por infarto agudo de miocardio
	Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios (sobre todo en Islas Menores)	ND
Cambios organizativos (gestión y financiación)	Unidad de Cuidados Paliativos (Tenerife)	ND
	Introducir los objetivos del Plan de Salud en los contratos de Gestión Convenida	ND
Formación e Investigación	Formación continuada a los profesionales del sector a través de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias	ND
	Definición de políticas de investigación y de evaluación de tecnologías	ND
	Creación de la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) para financiar la investigación	ND
	Elaboración de la Encuesta de Salud de Canarias 1997 y de la Encuesta de Nutrición de Canarias	ND
	Potenciación de los servicios	ND
Medicina preventiva hospitalaria Actuaciones intersectoriales relacionadas con los hábitos de vida	Política antitabaco	ND
	Accidentes de tráfico	"Resultados pobres hasta fechas recientes"
	Educación sexualidad de los jóvenes	Reducción de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo a partir del primer año de la puesta en marcha
	Nutrición: enfoque basado en educación para la salud	ND
	Educación para la salud a toda la población en los medios de comunicación y en las Jornadas de Salud	ND

Fuente: Elaboración propia a partir del Servicio del Plan de Salud (1999).

edad habrían podido probablemente prescindir de cumplimentar los datos del registro. De hecho, las cifras totales de médicos de esta fuente son sustancialmente inferiores a las que aportan los colegios profesionales. La ventaja fundamental del registro es que se trata de una base de datos individualizada cuya explotación permite mayor riqueza de matices y aporta información sobre paro y pluriempleo médico, así como la distribución por edades, aspectos estos que se resumen en las Tablas I.93 y I.94.

En Canarias hay menor tasa de paro médico que en España (14% frente a 21,7%), mayor porcentaje de especialización (el 40,8% de los médicos tienen título de especialista),

mayor porcentaje de actividad profesional en el sector público (más de las tres cuartas partes de los médicos de Canarias trabajan para el sector público) y un índice de pluriempleo ligeramente superior al nacional. Este pluriempleo se concreta en la simultaneidad de ejercicio de un puesto de trabajo en la sanidad pública (sin cobrar la exclusiva) y la colaboración en centros privados, bien sea la propia consulta o una clínica en la que se ejerce la profesión. La distribución etaria de Canarias no difiere sustancialmente de la nacional destacando quizá como nota diferencial el mayor porcentaje de médicos entre 40 y 45 años (que en Canarias representan más de un tercio del total de efectivos).

TABLA I.92. PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS EN CANARIAS, 1997

Tipo de profesional	CANARIAS			ESPAÑA		
	Total	Tasa por 100.000	% mujeres (1987)	Total	Tasa por 100.000	% mujeres (1987)
Médicos	5.769	359,1	32,8%	168.240	422,2	36,4%
Farmacéuticos	1.483	92,3	59,7%	44.990	112,9	65,0%
Veterinarios	410	25,5	34,4%	20.367	51,1	26,4%
Odontólogos y estomatólogos	490	30,5	25,5%	15.291	38,4	33,1%
ATS/Diplomados en Enfermería	5.784	360,0	74,8%	181.877	456,4	80,0%

Fuente: INE.

Los recursos humanos en la sanidad pública canaria (los datos corresponden a la llamada Red Asistencial de la Comunidad Autónoma Canaria, que comprende los Centros propios del SCS y el Hospital Universitario de Canarias dependiente patrimonialmente del Cabildo y financieramente del Servicio Canario de Salud) totalizaban en 1997 15.240 personas. En las Tablas I.95 y I.96 se detallan los datos correspondientes, cuya síntesis ofrecemos en las líneas que siguen.

En primer lugar, llamamos la atención acerca del modesto peso de la atención primaria (19,5% del personal). Es más modesto aún si se compara con INSALUD-Gestión Directa, donde según datos de la *Memoria de 1996* el 23,6% del personal trabaja en atención primaria

de salud. Modesto también si lo relacionamos con los objetivos del *Plan de Salud* que, como hemos visto, afectan en una proporción importante a la medicina familiar y comunitaria. En Canarias solamente hay dos colectivos de atención primaria: los médicos y el personal no sanitario de grado medio o superior que acumulan más de la tercera parte de los efectivos totales de la red asistencial pública. Por el otro extremo, solo el 18,9% de los directivos sanitarios, el 21,6% de los enfermeros y matronas y el 14,8% de los fisioterapeutas trabajan en atención primaria.

Destacamos asimismo el alto peso directivo en atención primaria en Tenerife en relación al resto de las islas.

TABLA I.93. MÉDICOS SEGÚN ACTIVIDAD PROFESIONAL Y ESPECIALIZACIÓN EN CANARIAS, 1999

	Sector Público			Sector Privado				No ejerce	Total	Porcentaje				
	Especialista	MG	Otros	Especialista	MG	Otros	Público			Privado	Paro	Especialista	Pluriem.	
Canarias	1.041	1.441	465	529	661	103	541	3.852	76,5	47,6	14,0	40,8	128,06	
España	24.944	34.389	14.802	13.970	16.373	4.679	24.096	111.076	66,7	53,2	21,7	35,0	125,50	

Fuente: Fundación CESM (1999).

TABLA I.94. NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN POR INTERVALOS DE EDAD DE LOS MÉDICOS ACTIVOS EN CANARIAS, 1999. (%)

	NÚMERO	<30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
Canarias	3.324	1,5	10,4	26,4	34,6	15,8	5,7	3,6	2,1
España	90.772	2,9	13,2	26,2	31,9	14,3	6,5	3,0	2,0

Fuente: Fundación CESM (1999).

**TABLA I.95. RECURSOS HUMANOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SCS
POR ISLAS, 1997**

	Tenerife	La Palma	La Gomera	El Hierro	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	Total
DIRECTIVOS	24	3		4	16	2	1	50
MEDICOS	437	47	11	2	453	49	53	1.052
ATS/DUE	345	42	10	1	361	42	52	853
MATRONAS	25						2	27
FISIOTERAPEUTAS	17	2						19
TECNICOS	5	1			15			21
AUX ENFERMERIA	90	5	1		50	5	3	154
PERSONAL NO SANITARIO DE GRADO MEDIO O SUPERIOR	22	2			14	2	4	44
ADMINISTRATIVOS	210	23	6	3	214	22	14	492
OFICIOS	102	12	3		120	12	12	261
TOTAL	1.277	137	31	10	1.243	134	141	2.973

Fuente: Servicio Canario de Salud (1997).

Los ratios de personal administrativo por médico (0,47) y de personal no sanitario por médico son razonablemente moderados en relación a otras comunidades autónomas con transferencias sanitarias (González y Barber, 1999).

Las dotaciones de profesionales en atención primaria en términos de tasas por cien mil habitantes ocupan un nivel intermedio en el mapa de las autonomías sanitarias españolas. En efecto, en Canarias hay 48,4 médicos de familia trabajando para el sistema público por

cien mil habitantes (Tabla I.97), cifra ligeramente inferior a las de Andalucía y Cataluña (49,5 y 49,4 respectivamente) y ligeramente superior a la del País Vasco (47,4), por citar como ejemplo las tres primeras comunidades autónomas en dotarse de autogobierno sanitario. La tasa de pediatras por cien mil niños menores de 14 años de Canarias ocupa asimismo una posición intermedia.

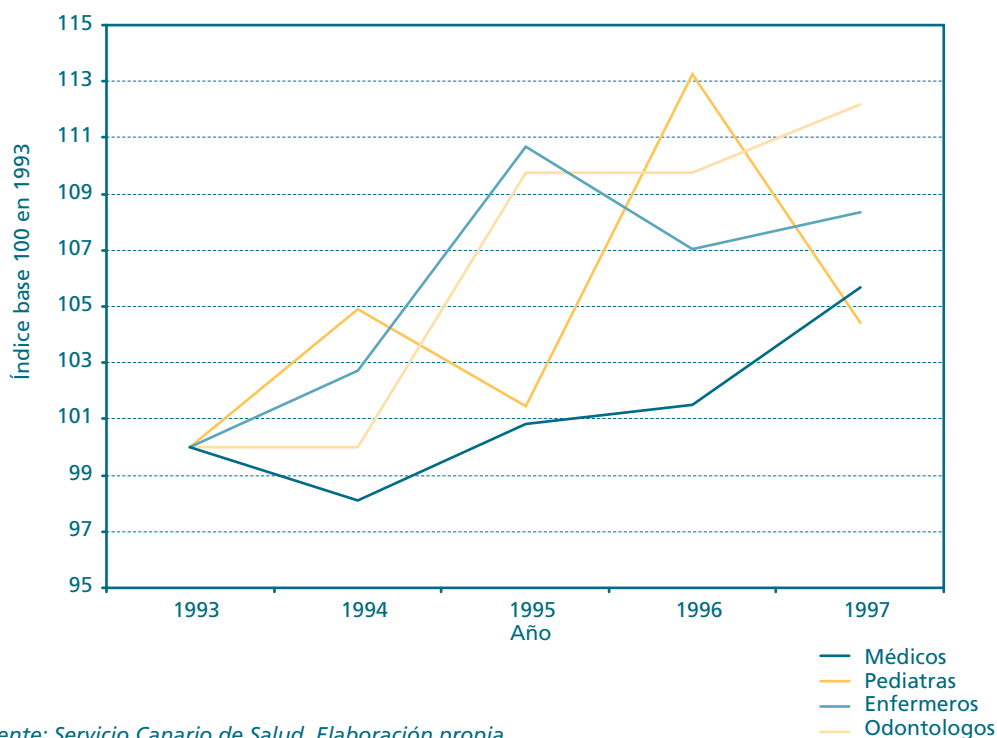
A estas tasas moderadas se ha llegado gracias a un también moderado crecimiento de los recursos humanos en la sanidad pública canaria

**TABLA I.96. RECURSOS HUMANOS EN ATENCION ESPECIALIZADA DE LA RED
ASISTENCIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS POR ISLAS, 1997**

	Tenerife	La Palma	La Gomera	El Hierro	Gran Canaria	Lanzarote	Fuerteventura	Total
DIRECTIVOS	87	10	6	8	84	16	4	215
MEDICOS	757	63	14	8	896	75	48	1.861
ATS/DUE	1.365	106	16	8	1.377	132	96	3.100
MATRONAS	33	6	2	2	43	6	6	98
FISIOTERAPEUTAS	55	3	1	0	44	4	2	109
TECNICOS	119	26	8	2	231	24	14	424
AUX ENFERMERIA	1.425	87	19	10	1.294	93	76	3.004
PERSONAL NO SANITARIO DE GRADO MEDIO O SUPERIOR	23	3			56	4	2	88
ADMINISTRATIVOS	551	36	12	11	518	49	30	1.207
OFICIOS	990	111	23	14	862	83	78	2.161
TOTAL	5.405	451	101	63	5.405	486	356	12.267

Fuente: Servicio Canario de Salud (1997).

GRÁFICO I.108. EVOLUCIÓN DE PROFESIONALES ASISTENCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD, 1993-1997



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia.

posterior a las transferencias, contrariamente a lo ocurrido en otras Comunidades donde se llevó a cabo una contratación masiva de personal en los años inmediatamente siguientes a la asunción de competencias sanitarias (para una comparación de Cataluña, País Vasco y Andalucía con INSALUD-Gestión Directa, véase González y Barber, 1999). Entre 1993 y 1995, los efectivos de atención primaria aumentaron un 5,4% y entre 1995 y 1997 incluso menos (2,8%). El aumento de algunos colectivos, como el de los médicos generales, celadores y auxiliares de enfermería se produce sobre todo a partir de 1995, vinculado al esfuerzo de extensión de la red asistencial reformada mientras que el de otros colectivos (enfermería, odontólogos) se había producido ya antes de 1995 (Gráfico I.108).

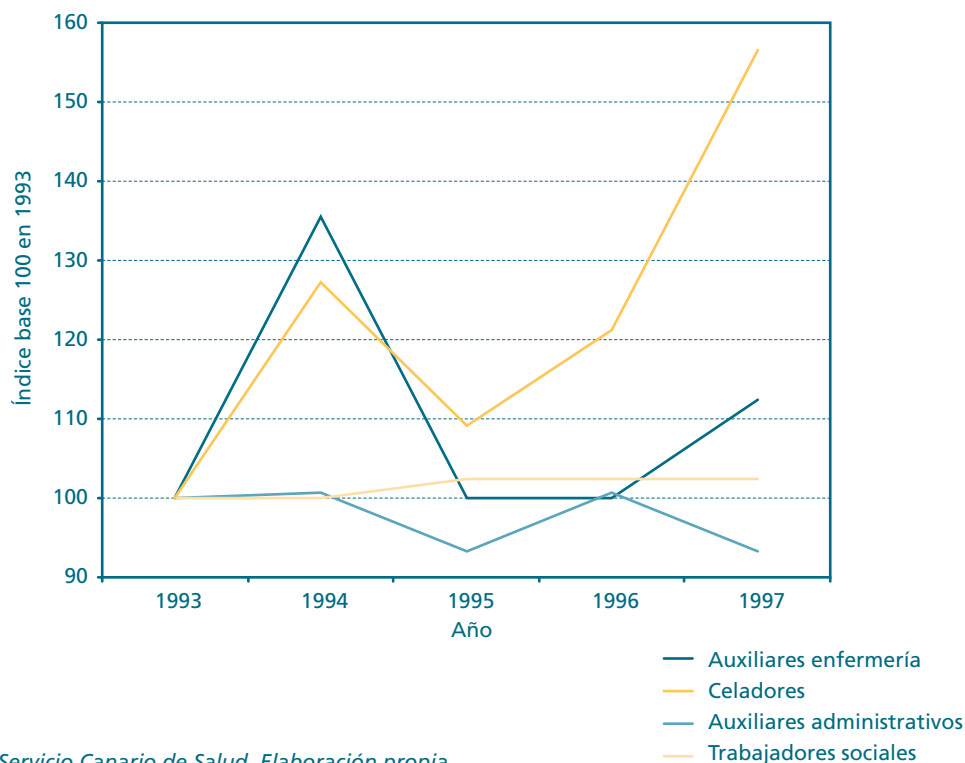
Merece una mención especial el esfuerzo que se ha hecho en dotar a la comunidad canaria de una Red de Salud Mental acorde con el nivel socioeconómico de la región. Los au-

mentos de plantilla de la red pública de salud mental, que experimentó cambios de titularidad de los Cabildos al Servicio Canario de Salud, han sido muy notables (Tabla I.98), particularmente las contrataciones de psicólogos (40,9% de incremento) y de trabajadores sociales (que aumentaron un 31,3%), en consonancia con el concepto interdisciplinar y de trabajo en equipo de la reforma. La interpretación del crecimiento de las plantillas de salud mental en Canarias adquiere su pleno significado cuando se compara con los moderados incrementos de las plantillas de atención primaria y de atención especializada.

En cuanto a la atención especializada, con la asunción de competencias se produjo un aumento importante de efectivos particularmente de personal directivo.

Cada isla capitalina cuenta con el 44% del personal total de atención especializada en la región, en un exquisito equilibrio numérico de

GRÁFICO I.109. EVOLUCIÓN DEL PERSONAL NO SANTARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD, 1993-1997



Fuente: Servicio Canario de Salud. Elaboración propia.

plantillas. Se pueden encontrar algunos matices diferenciadores, así el mayor porcentaje de médicos sobre la plantilla total se encuentra en Gran Canaria y los mayores ratios de ATS por médico y de auxiliares de enfermería por médico se dan en Tenerife. La cuarta parte de la plantilla de atención especializada de Canarias son ATS o diplomados en enfermería, aproximadamente otra cuarta parte son auxiliares de enfermería y el 14% médicos.

La doble insularidad incide en las necesidades de dotación más allá de los parámetros poblacionales estándar. Los centros de atención

especializada de algunas islas menores solo se justifican recurriendo a criterios de equidad en el acceso a los servicios para sus habitantes. No obstante, algunas cifras de las Tabla I.96 invitan a la reflexión sobre la magnitud del coste laboral *fijo*, no asistencial, de algunas islas. Así, encontramos un ejemplo extremo en la atención especializada de El Hierro, donde hay tantos directivos como médicos en atención especializada y el doble de directivos de atención primaria que médicos.

Hay un altísimo grado de interinidad en el empleo del Servicio Canario de Salud, como

TABLA I.97. TASAS DE PROFESIONALES SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA, 1997

TIPO DE PROFESIONAL	CANARIAS	ANDALUCÍA	CATALUÑA	PAÍS VASCO
MÉDICOS GENERALES	48,8	49,5	49,4	47,4
PEDIATRAS	70,2	57,2	99,6	87,0

Fuente: SCS y González y Barber (1999).

TABLA I.98. PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS MENTALES EN CANARIAS, 1994-1999

	Año 1994	Año 1999	% INCREMENTO
Psiquiatras	68	83,3	22,5%
Psicólogos	35	49,3	40,9%
ATS-DUE	105	132	25,7%
Trabajadores sociales	16	21	31,3%
Terapeutas ocupacionales	2	4,2	110,0%

Nota: las cifras decimales de 1999 se deben al cómputo de dedicaciones a tiempo parcial.

Fuente: Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Salud Mental.

consecuencia de la falta de convocatorias de concursos y oposiciones de personal estatutario que ya arrancaba de los años previos a las transferencias. Finalmente, el *Decreto 29/1999* aprueba 3.016 plazas como oferta de empleo público de personal estatutario del Servicio Canario de Salud para 1999. Es previsible, por tanto, que a lo largo del año 2000 se consoliden posiciones de estabilidad en el empleo sanitario. La Tabla I.99 cuantifica la magnitud de la oferta de empleo público en curso, relativizando las cifras con relación al número de empleados actual.

Casi uno de cada cuatro trabajadores cualificados de la sanidad pública canaria podrá estabilizar su situación laboral en el año 2000, destacando los casi mil médicos (entre médicos de familia, facultativos especialistas de área y pediatras de atención primaria) y los casi novecientos enfermeros.

3.2. Los recursos materiales de asistencia sanitaria en Canarias: atención primaria y especializada.

A principios de 1998 las dotaciones del dispositivo asistencial hospitalario en Canarias eran de 50 hospitales con un total de 8.154 camas instaladas. Es importante diferenciar conceptualmente entre camas instaladas y camas en funcionamiento. El *Catálogo Nacional de Hospitales* registra las camas instaladas mientras que la *Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado* del INE incluye ambos tipos de dotación. A efectos de analizar

datos de actividad interesa trabajar con las camas en funcionamiento, mientras que para propósitos de planificación sanitaria y decisiones de inversión interesan las camas instaladas. Solamente 8 de los 50 hospitales, todos ellos generales, son del SCS, totalizando el 35,7% de las camas instaladas en la región (Tabla I.100). La mitad de los hospitales son privados no benéficos y disponen de casi un tercio de las camas hospitalarias. Los Cabildos poseen 12 hospitales y la cuarta parte de las camas.

Los datos anteriores, aunque muy sintéticos, son suficientes para mostrar que el SCS, organismo financiador, planificador y regulador de la asistencia, no es el primer proveedor directo de servicios hospitalarios en Canarias, si bien esta afirmación queda matizada cuando se consideran únicamente los hospitales generales de agudos, cuyas camas dependen mayoritariamente del SCS, estando una gran parte de las restantes concertadas con él.

La distribución de centros y de camas por islas muestra, como se esperaría, una concentración muy fuerte en las islas capitalinas. Cada una de las llamadas islas menores tiene un hospital general del SCS y además Lanzarote y La Palma sendos hospitales de crónicos del Cabildo (Tablas I.101 y I.102).

Las tasas por cien mil habitantes situaban a Canarias en 1998 en una posición mejor dotada que el conjunto nacional, si bien cuando se distingue entre tipos de camas se advierte un déficit importante en el dispositivo de cuidados intermedios de internamiento, es decir, camas de crónicos y de larga estancia. Pero el

TABLA I.99. OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DEL SCS, 1999

CATEGORÍA	PERSONAL 1997	PLAZAS CONVOCADAS 1999	% PLAZAS CONVOCADAS
MEDICOS	2.913	955	32,8%
ATS/DUE	3.953	874	22,1%
FISIOTERAPEUTAS	128	38	29,7%
TECNICOS SANITARIOS	445	175	39,3%
AUX ENFERMERIA	3.158	458	14,5%
PERSONAL NO SANITARIO DE GRADO MEDIO O SUPERIOR	132	46	34,8%
ADMINISTRATIVOS	1.699	470	27,7%
	12.428	3.016	24,3%

Fuente: SCS: Memoria 1997 y BOC: Decreto 29/1999.

relativamente elevado ratio poblacional no es muy representativo para una región como Canarias fragmentada en siete áreas insulares que por motivos de equidad en el acceso demandan una infraestructura mínima.

En la a Tabla I.102 se cuantifica el dispositivo hospitalario desde la doble vertiente territorial y de la finalidad asistencial, para abundar en las carencias de camas de larga estancia fuera de las islas capitalinas. Se trata de un déficit todavía mayor en términos relativos toda vez que las islas menores occidentales tienen mayores porcentajes de población anciana y por tanto mayor nivel de necesidad. Las camas de agudos han de suplir la inexistente oferta de camas de crónicos y de larga estancia, siendo ésta una solución económicamente ineficiente.

La tendencia general en España es a la reducción de las camas de agudos. Canarias, como se verá en un apartado posterior, está inmersa en el proceso contrario, de fuerte ampliación de la capacidad instalada.

No obstante, en los últimos meses y en los meses próximos se van a materializar importantes ampliaciones de capacidad en varios hospitales de la región, tanto privados como del SCS. Estamos en plena fiebre inversora. Se pondrá en funcionamiento el Hospital Doctor Negrín en Las Palmas de Gran Canaria cerrando el actual complejo hospitalario Pino-Sabinal, está en marcha el proyecto de ampliación y remodelación del Hospital Insular de Las Palmas de Gran Canaria y la terminada la construcción del nuevo hospital del SCS en La Palma. También en Tenerife la capacidad instalada y

TABLA I.100. NÚMERO DE CAMAS Y HOSPITALES EN FUNCIÓN DE LA FINALIDAD ASISTENCIAL Y LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN CANARIAS, 1997

FINALIDAD ASISTENCIAL	DEPENDENCIA FUNCIONAL					
	SCS	Cabildo	Privado no benéfico	Privado Benéfico	Municipio	Militar
General	2.909 (8)	672 (1)	1.932 (16)			310 (1)
Quirúrgico				54 (1)		
Infantil		18 (1)	38 (1)			
Traumat.			90 (1)	80 (1)		
Psiquiátrico		489 (2)	85 (2)			
Larga estancia		809 (7)	478 (5)	70 (1)	60 (1)	
Otros		60 (1)				
TOTAL CAMAS	2.909 (8)	2.048 (12)	2.623 (25)	204 (3)	60 (1)	310 (1)

NOTA : Entre paréntesis figura el número de hospitales.
Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 1997.

TABLA I.101. NÚMERO DE CAMAS Y HOSPITALES POR ISLAS SEGÚN DEPENDENCIA FUNCIONAL EN CANARIAS, 1997

DEP. FUNCIONAL	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	El Hierro	La Palma
SCS	162 (1)	105 (1)	1.515 (2)	933 (1)	33 (1)	16 (1)	145 (1)
CABILDO	80 (1)		504 (4)	1.335 (6)			129 (1)
Priv no benef			1.206 (11)	1.417 (14)			
Priv benef			134 (2)	70 (1)			
Municipio				60 (1)			
Militar			310 (1)				
TOTAL	242 (2)	105 (1)	3.669 (20)	3.815 (23)	33 (1)	16 (1)	274 (2)

NOTA : Entre paréntesis figura el número de hospitales.

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 1997.

equipamiento tecnológico de los hospitales públicos está mejorando sensiblemente tras las obras de remodelación de Nuestra Señora de la Candelaria y del Hospital Universitario de Canarias. Principalmente en la isla de Tenerife, aunque también en otras como Lanzarote, las empresas privadas están materializando importantes esfuerzos de inversión hospitalaria que sumarán más camas al dispositivo regional de atención especializada.

No obstante, los recursos que mejor definen al hospital moderno ya no son como antaño las camas. La actividad hospitalaria sin internamiento –cirugía ambulatoria, hospital de día, consultas externas, pruebas diagnósticas- está desplazando a la mera actividad de internamiento en la producción hospitalaria. A título ilustrativo, la Tabla I.103 compara el dispositivo hospitalario público de Gran Canaria antes y después de los planes actuales de inversión .

3.3. La dotación e innovación tecnológica. Los equipos de alta tecnología en Canarias.

La dotación de equipos de alta tecnología en Canarias supera ya, tras las adquisiciones recientes, la media nacional. Las Tablas I.104 y I.105 sintetizan las dotaciones a principios de 1998. Para una visión más detallada, puede consultarse el mapa tecnológico de Canarias y González y Barber (1999).

3.4. Otros proveedores sanitarios: las oficinas de farmacia.

Según un informe no publicado de la Asociación de Farmacéuticos Titulares de Oficinas de Farmacia de Las Palmas, la estructura de la oferta en Canarias tiene una configuración:

TABLA I.102. NÚMERO DE CAMAS Y DE HOSPITALES SEGÚN ISLA Y FINALIDAD ASISTENCIAL EN CANARIAS, 1997

FINALIDAD ASISTENCIAL	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	El Hierro	La Palma
General	162 (1)	105 (1)	2.583 (9)	2.779 (12)	33 (1)	16 (1)	145 (1)
Quirúrgico			54 (1)				
Infantil			38 (1)	18 (1)			
Traumatolg			80 (1)	90 (1)			
Psiquiátrico			321 (3)	253 (1)			
Larga estancia	80 (1)		533 (4)	675 (8)			129 (1)
Otros			60 (1)				
TOTAL	242 (2)	105 (1)	3.669 (20)	3.815 (23)	33 (1)	16 (1)	274 (2)

NOTA : Entre paréntesis figura el número de hospitales.

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 1997.

TABLA I.103. EL DISPOSITIVO HOSPITALARIO PÚBLICO EN GRAN CANARIA ANTES Y DESPUÉS DE LOS ACTUALES PLANES DE INVERSIÓN

	Zona Norte de Gran Canaria (1)		Zona Sur y Sureste (2)	
	COMPLEJO PINO SABINAL	HOSPITAL DR. NEGRÍN	ANTIGUO HOSPITAL INSULAR	HOSPITAL INSULAR AMPLIADO Y REMODELADO (2)
Nº camas hospitalización	514	642	394	574
Nº camas UMI	18	52	12	32
Nº camas reanimación	5	36		
Nº camas hospital de día	22	47	10(3)	49(3)
Nº quirófanos	11	22	6	15
Nº locales consulta externa	76	89	25	53
Nº de escáner	1	2	1	2
Nº resonancia magnética	0	1	0	1
Nº acelerador lineal	0	2	0	0

(1) Los hospitales del Complejo Pino-Sabinal (Nuestra Señora del Pino y Sabinal) y el Centro de Especialidades se cierran para abrir el nuevo hospital Dr. Negrín.
 (2) Datos previstos para el final de la remodelación del edificio actual.
 (3) Camas de menos de 24 horas.
 Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud.

- Con oficinas de pequeño tamaño (2,3 trabajadores y 125 metros cuadrados de superficie en promedio).
- Debe almacenar un stock más amplio de productos que en las demás comunidades autónomas, con una media de 10.668 productos diferentes en almacén.
- Tiene un nivel medio-alto de informatización (el 75% de las oficinas de farmacia utilizan un equipo informático para la gestión y seguimiento de pacientes crónicos)
- Casi dos tercios de de sus actividades de ventas son para dispensar prescripciones médicas (65%), mientras que el 19% es para vender productos de parafarmacia y otro 15% medicamentos sin prescripción médica.
- Prestan servicios sustitutivos de consultas médicas y de enfermería de atención primaria, tanto de carácter diagnóstico (13.594 tomas de tensión semanales, 778 mediciones de colesterol y 675 de glucemia) como terapéutico (destacando las 21.940 consultas semanales sobre dosificación o forma de administración de los medicamentos prescritos y las 16.357 consultas semanales sobre indicación del medicamento más apropiado para una dolencia concreta). Las organizaciones profesionales de farmacéuticos se basan en estas cifras para

reclamar una mayor consideración y reconocimiento de su papel en el sistema asistencial.

Por otra parte, es necesario recordar que el *Decreto Regulator de la Ordenación Farmacéutica de Canarias* es contestado por diversos sectores (Organizaciones Empresariales y de Consumidores, Farmacéuticos sin oficina de farmacia, etc) quienes mantienen diversos recursos contencioso-administrativos contra el mismo ante el Tribunal Superior de Justicia de Canarias.

3.5. El tejido empresarial sanitario de Canarias y su evolución desde las transferencias.

Las transferencias sanitarias parecen haber animado la actividad en el sector sanitario de la región y haber impulsado la creación de empresas y la revitalización del tejido empresarial sanitario de Canarias. La afirmación anterior se basa en el análisis de los datos de las empresas que cotizan a la Seguridad Social, por estratos de tamaño (Gráfico I.110). En efecto, desde las transferencias, ha aumentado un 30% el número de empresas dedicadas a actividades sanitarias. Este crecimiento porcentual duplica el aumento de empresas en el conjun-

TABLA I.104. DOTACIONES DE EQUIPOS DE TAC POR ISLAS EN CANARIAS, 1997

DEP. FUNCIONAL	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Gomera	El Hierro	La Palma
SCS	1	1	3	2			1
CABILDO				2			
Priv no benef			6	5			
Priv benef							
Municipio							
Militar			1				
TOTAL	1	1	10	9	0	0	1

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 1997.

TABLA I.105. DOTACIONES DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGÍA EN CANARIAS, 1997

TIPO	Nº APARATOS	ISLA	DEPENDENCIA FUNCIONAL
Resonancia Magnética	4	2 Gran Canaria	Priv. no benéfico
		2 Tenerife	Priv. no benéfico
Gammacámara (Incluye SPECT)	7	4 Gran Canaria	Priv. no benéfico
		3 Tenerife	Cabildo
Sala de Hemodinámica	7	3 Gran Canaria	SCS, Priv. no benef
		4 Tenerife	SCS, Cabildo, Priv. no benef
Angiografía por Sustracción Digital	7	4 Gran Canaria	SCS
Litotricia Extracorpórea por Ondas de choque	6	3 Tenerife	SCS, Priv. no benef
		3 Gran Canaria	SCS, Priv. no benef
Bomba de Cobalto	4	3 Tenerife	Cabildo, Priv. no benef
		2 Gran Canaria	SCS, Priv. no benef
Acelerador de Partículas	2	2 Tenerife	SCS Cabildo
		2 Tenerife	SCS Cabildo

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales, actualizado a 31 de diciembre de 1997.

to de los sectores en Canarias. En 1998 había 3.210 empresas de este tipo en Canarias. Si bien esta tendencia creciente afecta a todos los estratos, es particularmente intensa en las empresas de tamaño intermedio. Así, se ha pasado de 2 a 14 empresas sanitarias cuya plantilla está comprendida entre 20 y 49 empleados y de 17 a 33 empresas con un número de asalariados entre 10 y 19. Por contra, el estrato que menos creció es el de autónomos (fundamentalmente los profesionales en práctica libre sin asalariados dedicados a la práctica privada).

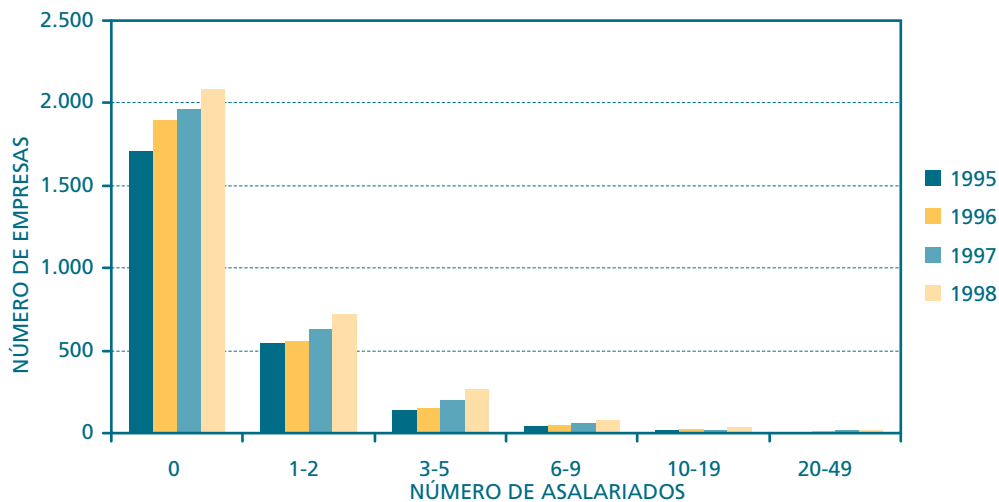
3.6. Los indicadores de actividad y de utilización . Programas de actuación sanitaria.

La atención primaria de la red reformada (atención por equipos de atención primaria en

Centros de Salud, frente al llamado modelo tradicional de facultativos no jerarquizados que trabajan aisladamente y no tienen jornada completa de trabajo) cubría en 1998 al 92% de la población de las islas (*Memoria del SCS 1997*, páginas 87-88) y entorno al el 75% de la población en Canarias en 1999. Hay cierta confusión en las cifras oficiales a este respecto. La Consejería de Economía y Hacienda, en su detalle del gasto presupuestario de 1998 da como porcentaje de cobertura el 75% (página web de la Dirección General de Presupuesto y Gasto Público, apartado 7.3). Estos porcentajes son desiguales por islas. Todas las islas tienen el 100% de cobertura salvo Gran Canaria (90%), Tenerife (84%) y La Gomera (89%).

El alcance de la reforma en Canarias supera ampliamente al del territorio INSALUD-Gestión Directa y al de otras comuni-

GRÁFICO I.110. EVOLUCIÓN DE LAS EMPRESAS SANITARIAS POR TAMAÑO EN CANARIAS, 1995-1998



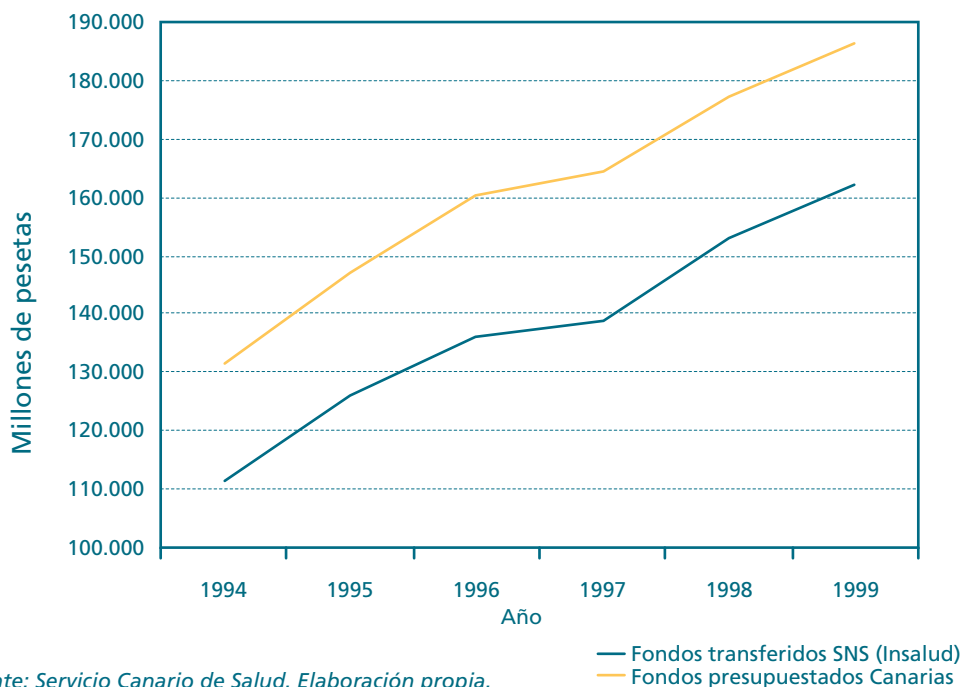
Fuente: INE: Directorio de Empresas que cotizan a la Seguridad Social.

dades autónomas con transferencia sanitarias como Andalucía o Cataluña. El esfuerzo por crear nuevos Centros de Salud continua, así en 1998 se han invertido 2.249 millones de ptas. a tal fin. Sin embargo, el esfuerzo presupuestario ha de continuar hasta alcanzar la cobertura total por el nuevo modelo.

La atención primaria de salud es la puerta de entrada al sistema sanitario y la responsable de la atención continuada y el seguimiento longitudinal de la población. La cobertura real en 1998 puede cifrarse en el 51,3% de los adultos y el 55,5% de los niños de Canarias, que son los porcentajes respectivos de personas con historia clínica abierta, es decir, que han tenido algún contacto con su médico de familia y han quedado registrados como usuarios. La cobertura de algunos programas de atención primaria es bastante alta y sobre todo ha ido en aumento durante los últimos años. El porcentaje de cobertura vacunal de los niños es el 85%, el 64% de los diabéticos registrados están en el programa correspondiente y lo propio ocurre con el 45% de los hipertensos, porcentaje sensiblemente inferior a los otros pero mayor que hace pocos años.

Un problema pendiente del sistema de información que afecta al cálculo de las tasas de utilización de la asistencia primaria son los datos del denominador, la población cubierta por cada Equipo de Atención Primaria o población residente en cada Zona Básica de Salud. Los registros poblacionales (censos o padrones de habitantes) no se actualizan con la suficiente celeridad y la tarjeta sanitaria individual, solución que adoptaron otras comunidades autónomas, para identificar a los usuarios potenciales, no ha funcionado en Canarias como un registro vivo y fiable: hay muchos casos de tarjetas duplicadas, no se da de baja a los fallecidos ni se ha alcanzado nunca la total cobertura poblacional en la emisión de tarjetas. De ahí que el denominador de los ratios de utilización de la atención primaria hayan de basarse bien en datos censales o bien en registros de los usuarios *fichados* por el sistema, aquellos que por haber acudido alguna vez tienen historia clínica abierta. Una vez hecha esta salvedad, los datos sobre frecuentación de atención primaria y todos los indicadores de actividad de la red presentan una tendencia monótona creciente: cada año la actividad y la frecuentación superan al anterior. Nos remiti-

GRÁFICO I.111. GASTO SANITARIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS, 1994-1999



mos al informe del CES de 1997 y a las memorias del SCS para recabar información puntual sobre este extremo.

Tiene a nuestro juicio más interés la consideración de los programas de atención primaria (la llamada *cartera de servicios*) que se ha extendido en los últimos años en alcance de las prestaciones y en cobertura poblacional. Ya se han mencionado a los nuevos programas en el apartado correspondiente a la evaluación del *Plan de Salud*. A él nos remitimos.

La atención especializada que prestan los hospitales y los centros de atención especializada ambulatoria también arroja cifras de actividad crecientes. Las intervenciones quirúrgicas y las consultas externas aumentan a un ritmo acumulativo en torno al 5% al año. La actividad de los hospitales generales de agudos de Canarias, como en el resto de España, se está *externalizando* en el sentido de que las consultas externas, la cirugía ambulatoria y las asistencia en hospital de día van ganando año a año protagonismo. Es sintomático, por ejem-

plo, que la atención especializada ha realizado en 1997 2,4 millones de consultas en Canarias, lo que representa alrededor de la tercera parte del número de consultas a dultos realizadas por los médicos de familia de atención primaria, cuya actividad principal se supone es consultar. La estancia media en los hospitales sigue su tendencia decreciente (alrededor de 9 días). Cada vez más procesos, particularmente quirúrgicos, se solventan con estancias muy cortas. Puede encontrarse información detallada de los indicadores de actividad de la asistencia especializada en el *Informe Anual del CES de 1997* y en las memorias del SCS. Remitimos también al lector al apartado 1.3.2.2. del presente anexo acerca de la actividad del sector concertado.

No obstante, el optimismo de los datos de actividad no debe ocultar el problema crónico y persistente de la falta de vinculación fáctica entre niveles asistenciales que ya ha sido mencionado en el apartado 1.3.2.1 previo. Uno de los retos pendientes en Canarias es la articulación de mecanismos de coordinación entre

atención primaria y especializada, la realización de protocolos de actuación clínica conjunta y la comunicación bidireccional entre el hospital y el centro de salud. Los datos de actividad por sí mismos no necesariamente constituyen un logro del sistema por cuanto son simplemente productos intermedios para la consecución de resultados de salud y hay bastante evidencia empírica acumulada, en España y fuera, sobre la variabilidad de la práctica médica y sobre los altos porcentajes de inadecuación de estancias hospitalarias.

4. Los indicadores económicos. El gasto sanitario y su distribución. Proyecciones y tendencias de futuro.

4.1. La evolución del gasto sanitario. Gasto público y privado.

La evolución de los presupuestos de gastos de la Comunidad Autónoma de Canarias en salud y sanidad corroboran los análisis realizados en apartados previos. Entre 1993 y 1998 la Comunidad Autónoma de Canarias aumentó en un 53% los recursos financieros destinados a la sanidad. La mayor parte del gasto sanitario de la CAC, que representa en torno a la tercera parte de los presupuestos totales, se financia por el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con el modelo de financiación territorial vigente (véase 1.3.1), sufragando la comunidad el porcentaje restante. Este porcentaje es del 15,1% en 1999 y ha disminuído en los dos últimos años gracias al incremento

presupuestario conseguido con el nuevo modelo de financiación territorial de la sanidad de 1998 (Gráfico I.111).

El gasto sanitario público ha crecido a mayor ritmo que el nivel general de precios. Esta tendencia se mantiene, así, la *Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Canarias para 1999* contempla un 5,2% de aumento, casi tres puntos por encima de la inflación. Por su parte, los presupuestos de 1998 habían representado una subida respecto a los de 1997 del 9.9% si bien esto se explica en parte porque en 1998 se incorporaron las dotaciones del Instituto Social de la Marina recién transferido.

Es un hecho caracterizador de la asunción de competencias sanitarias en España el aumento de capítulo 1 que se suele producir por dos tipos de causas. En primer lugar, por el crecimiento numérico de las plantillas, fenómeno éste que no se experimentó en Canarias con la misma intensidad que en el resto de comunidades, como ya se señaló, y porque las retribuciones del personal sanitario suben tras las transferencias debido a mecanismos multicausales bien analizados (Arruñada, 1997). Este segundo motivo afectó también a Canarias, donde los acuerdos de la mesa sectorial de sanidad incrementaron las retribuciones de los médicos hospitalarios.

Pero sin duda la nota que mejor caracteriza el aumento reciente del gasto sanitario es la inversión en infraestructuras, cuyas magnitudes económicas se presentan en las Tablas I.107. y I.108. La Tabla I.107 cuantifica el esfuerzo inversor en atención primaria y especializada

TABLA I.106. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO POR CAPÍTULO EN CANARIAS, 1993-1998. (Porcentaje de incremento)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998(*)	% incremento 1993-98
Cap. 1 Personal	50.016	56.000	58.838	64.681	66.888	68.031	36,0%
Cap. 2 Bienes corrientes y servicios	42.230	50.000	54.613	55.114	52.186	60.036	42,2%
Cap. 4 Transferencias corrientes	21.933	21.800	27.529	31.431	33.209	34.275	56,3%
Cap. 6 Inversiones reales	1.897	3.245	5.730	8.833	10.463	15.000	690,7%
Total	116.076	131.296	146.880	160.366	164.218	177.942	53,3%

(*) Los datos son de ejecución presupuestaria salvo para 1998 (presupuesto inicial).

Fuente: Consejería de Economía y Hacienda-Dirección General de Presupuesto y Gasto Público.

TABLA I.107. INVERSIONES SANITARIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS POR NIVELES ASISTENCIALES, 1997-1998. (Millones de pesetas)

		1997	1998	1999
Atención Primaria	Centros de Atención Primaria	2.030	2.249	2.792
Atención Especializada	Hosp. General de Gran Canaria		5.706	
	Hosp. La Candelaria		616	
	Hosp. Insular		1.528	
	Hosp. La Palma		1.622	
	Hosp. Universitario de Canarias		548	
	Otros		2.628	
	Total	9.940	12.648	9.702
TOTAL		11.970	14.897	12.494

Fuente: Consejería de Hacienda. Dirección General de Gasto Público.

entre 1997 y 1999. Destacamos que las infraestructuras de atención primaria representan en el conjunto del trienio el 18% del esfuerzo inversor y que se concentran en el tiempo diez proyectos de inversión hospitalaria pública, de ampliación, mejora o construcción de nuevos centros (Tabla I.108). El esfuerzo inversor público en hospitales en las islas orientales supera al de las islas occidentales.

No ocurre lo mismo, sin embargo, con el gasto en centros y servicios concertados de Tenerife, que entre 1995 y 1998 ha aumentado un 15,8%. Además, dicho incremento se debe al gasto en centros de agudos, que ha crecido un 22%, ya que los centros de larga estancia decrementaron sus ingresos en un 4,1% durante el periodo (Tabla I.109). El peso específico de la actividad de hospitalización privada concertada en Gran Canaria se concreta en el 19,6%

del gasto público en atención especializada, más del 10% del gasto sanitario total del SCS.

Este aumento del gasto tiene su origen en el importante aumento de la actividad concertada que ya se ha discutido en el apartado 1.3.2.2 previo.

Otro de los responsables de los incrementos del gasto sanitario son los medicamentos, cuya evolución y los argumentos que la explican a lo largo de los últimos años pueden encontrarse en Auserón, Baltar y Funes (1999) y en las memorias del Servicio Canario de Salud. Dedicemos, pues, las líneas que siguen a un planteamiento de los instrumentos de política de contención del gasto farmacéutico disponibles por la Administración. Las políticas de contención de este gasto que pueden poner en práctica las comunidades autónomas

TABLA I.108. INVERSIONES EN OBRAS E INSTALACIONES DEL SCS, 1994-1998

Proyecto	Inversión total	Inversión 1994-1998
Hospitalito de Niños de Sta. Cruz de Tenerife	797.000.000	150.000.000
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín	16.367.239.972	12.995.100.000
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria	8.400.000.000	?
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias	3.000.000.000	0
Hospital Nuestra Señora de Candelaria	12.556.000.000	4.036.000.000
Hospital Universitario de Canarias	7.500.000.000	1.706.968.238
Hospital General de La Palma	4.393.000.000	3.766.000.000
Centro Asistencial Doramas	1.094.270.000	200.000.000
Hospital de El Hierro	900.000.000	100.000.000
Hospital General de Lanzarote	1.150.000.000	0

Fuente: Servicio Canario de Salud. Memoria de inversiones en obras e instalaciones, 1994-1998.

TABLA I.109. GASTO EN CONCIERTOS DEL SCS EN TENERIFE, 1995-1998

Unidad: millones de ptas. corrientes		1995	1998	Increment(%)
TOTAL		4.751	5.503	15,8
Centros de agudos	Total	3.633	4.432	22,0
	En hospitalización concertada	3.210	3.462	7,9
	En urgencias	151	219	45,0
	Prótesis	191	304	59,2
	Rehabilitación	73	90	23,3
	Otros gastos	9	357	
Centros de crónicos		1.117	1.071	-4,1

Fuente: SCS: Dirección de área de Tenerife (documento no publicado).

están muy limitadas porque la mayor parte de los instrumentos son competencia de la Administración Central, como sistetiza el Cuadro I.13.

Diversos trabajos publicados (reseñados en López Casanovas, Ortún y Murillo (1997), sugieren que gran parte de las políticas de contención del gasto farmacéutico tienen efectos limitados al corto plazo. Las medidas legales sobre financiación selectiva de medicamentos han generado, por el contrario, un incremento del gasto farmacéutico demostrando claramente su ineficacia. La potenciación del mercado de genéricos es una vía prometedora en este sentido, de acuerdo con los resultados de las

experiencias de otros países (Lobato, Lobo y Rovira, 1997). Actualmente hay en cartera un proyecto de Real Decreto por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad que es realmente la concreción española de la política de genéricos.

Respecto al gasto privado, no hay nueva información para actualizar el trabajo de Abasolo (1997) ya que el INE no facilita los datos de la *Encuesta Continua de Presupuestos Familiares* desagregados por comunidades autónomas y conceptos de gasto.

CUADRO I.13. POLÍTICAS DE CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO

TIPO DE POLÍTICA	POLÍTICAS DE DEMANDA	POLÍTICAS DE OFERTA
COMPETENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los usuarios en los costes. • Decreto de financiación selectiva de medicamentos (1993). • Precios de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos con la industria farmacéutica. • Decretos de reducción de márgenes. • Política de genéricos.
COMPETENCIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	<ul style="list-style-type: none"> • Control del fraude (pensionistas). • Educación sanitaria e información a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información, control e inspección de los médicos mayores prescriptores. • Incentivos a los ahorros de gasto farmacéutico en los contratos-programa de atención primaria. • Formación continuada. Guías y estudios de calidad de la prescripción.

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Un intento de explicación de los determinantes del aumento del gasto sanitario en Canarias: cobertura, precios e intensidad en el uso de los recursos.

Son ya abundantes en la literatura económica los trabajos que cuantifican las cuotas de responsabilidad de cada uno de los componentes del gasto sanitario público en una zona o país (véase, por ejemplo, para España López, Ortún y Murillo -1998-, pp. 137-140). Estos causantes del incremento del gasto sanitario pueden ser, en mayor o menor proporción, los siguientes:

- a) Aumento de los precios del sector sanitario por encima del nivel general de precios.
- b) Aumento de la población cubierta (bien sea por crecimiento vegetativo, por universalización de la cobertura o por atender a pacientes desplazados de otras zonas o países).
- c) Factores demográficos asociados a la mayor necesidad de asistencia de las personas mayores y al envejecimiento de la población.
- d) Aumento de la prestación real por persona menor de 65 años. Este factor consiste en que, para un mismo proceso, la atención sanitaria es más intervencionista cada vez. Por ejemplo, se hacen más pruebas diagnósticas y consultas para tratar una amigdalectomía o para atender un dolor inespecífico de etiología desconocida ahora que hace unos años.

Los aumentos de cobertura pública en Canarias no pueden explicar el aumento reciente del gasto sanitario público porque hace ya más de una década que se ha universalizado de facto la cobertura. Tampoco los factores demográficos ligados al envejecimiento de la población en un entorno como el nuestro caracterizado por no haber entrado todavía en el fenómeno del envejecimiento con la intensidad del resto de España. Así pues, hay que buscar las causas en los precios sanitarios y en las prestaciones reales por persona.

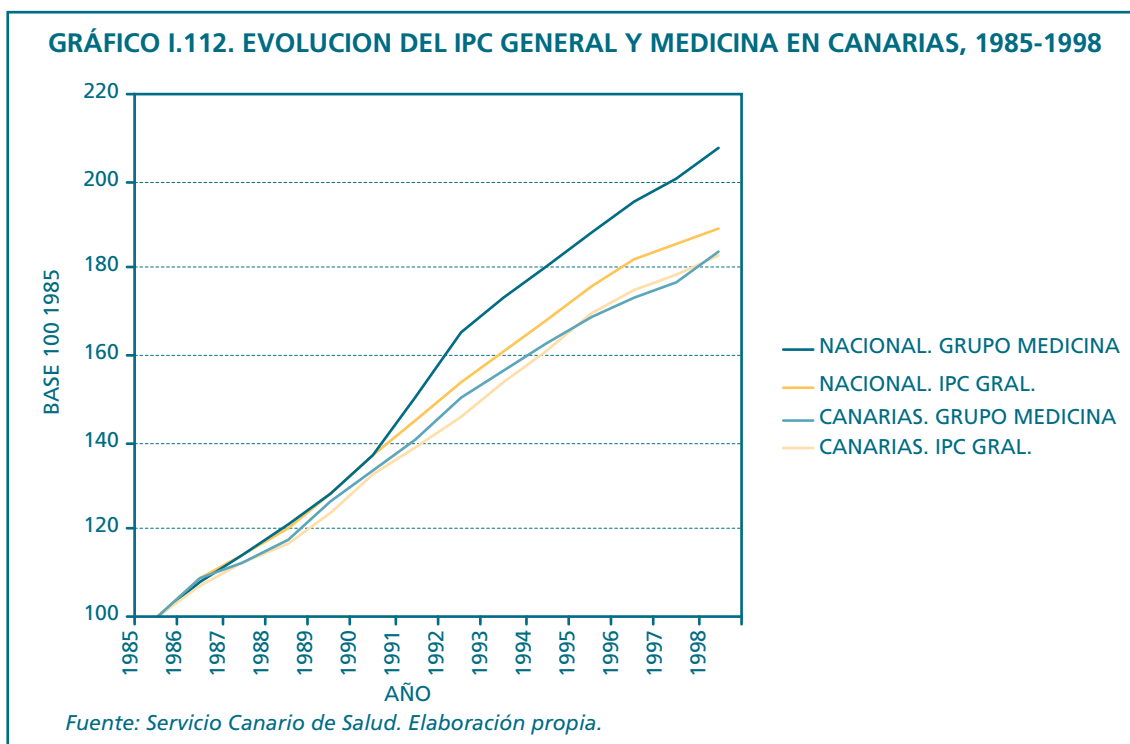
Son precisamente estas dos causas las responsables, en proporciones parecidas, las que

comparten la responsabilidad de los aumentos del gasto sanitario desde 1987 hasta la actualidad en España según los resultados del estudio de López, Ortún y Murillo mencionado. Merece, pues, la pena que nos detengamos en un análisis más pormenorizado de los precios de la sanidad en Canarias.

4.3. La evolución de los precios del sector sanitario.

Desde 1985, año en que comienza el proceso de reforma de la atención primaria en España, la evolución de los precios de la sanidad (IPC del grupo medicina y conservación de la salud) ha sido paralela a la del IPC general, a diferencia de lo ocurrido a nivel nacional (Gráfico I.111). Los precios de la sanidad en Canarias han experimentado subidas más moderadas que en España, donde a partir de 1991 se entra en un proceso de fuertes aumentos de los servicios médicos, por encima del nivel general de precios.

Esa pauta de evolución general de los precios al consumo del grupo medicina y conservación de la salud oculta, sin embargo, disparidades importantes entre los subgrupos que lo integran, pues los medicamentos han moderado sus precios, los cuales han crecido y crecen por debajo del IPC general tanto en Canarias como en España mientras que los servicios médicos y similares experimentaban aumentos de precios por encima de las inflación general, particularmente las primas de seguros médicos. Los precios de los medicamentos están regulados y el sector público tiene, a través de la capacidad prescriptora de los médicos del sistema nacional de salud, un enorme poder de compra en el mercado farmacéutico. Los medicamentos que forman parte del cómputo del IPC incluyen tanto los financiados íntegramente por el usuario (autoprescripciones y prescripciones en consulta privada) como el 40% de participación del usuario en la financiación de las prescripciones del sistema público. Este ha conseguido moderar las subidas de precios de la sanidad conteniendo los precios de los medicamentos.



Si bien la capacidad legal reguladora de precios de los medicamentos es de competencia estatal, surge la cuestión de si las transferencias sanitarias a Canarias han podido tener alguna influencia en la evolución diferencial de los precios al consumo de sanidad en Canarias. Un análisis de la evolución del IPC desde enero de 1994 (asunción efectiva de transferencias sanitarias) hasta diciembre de 1998 indica que en Canarias el grupo medicina aumentó sus precios un 17,6% en Canarias, aproximadamente ligeramente por debajo de la cifra nacional.

La estructura del IPC del grupo medicina y conservación de la salud y los aumentos que han experimentado cada uno de los subgrupos desde enero de 1994 hasta diciembre de 1998 en Canarias y en España (entre paréntesis) se pueden consultar en el Gráfico I.113.

4.4. Las proyecciones y tendencias de futuro.

Es difícil que el gasto sanitario cambie su tendencia creciente en los próximos años. Por

una parte, tanto los precios como el gasto en medicamentos del Sistema Canario de Salud moderarán probablemente su crecimiento gracias a las políticas del Gobierno español relacionadas con los precios de referencia de los medicamentos y con el mercado de genéricos (actualmente, un borrador de Decreto está en trámite).

Sin embargo, en el otro lado de la balanza, que impulsa hacia arriba al gasto, están las recientes inversiones en infraestructura que requerirán un mantenimiento costoso y que, en virtud de la evidencia empírica del mercado sanitario en el que la oferta tiene cierta capacidad de crear su propia demanda, harán presión ascendente sobre el gasto.

Conviene tener presente la elevadísima concentración personal del gasto sanitario, fenómeno que, combinado con la tendencia tecnológica de intensificar los recursos asignados a cada proceso, puede poner en peligro no solo la suficiencia financiera del sistema sanitario de Canarias sino también el elevado grado de equidad alcanzado hasta el momento.

El difícil e inestable equilibrio entre la oferta pública y la privada se verá alterado en los próximos años, porque, dado el carácter complementario de la actividad concertada privada en Gran Canaria respecto a la pública y habiendo aumentado fuertemente el dispositivo público, se crearán necesariamente tensiones que van a exigir soluciones ponderadas y sensatas y acuerdos a largo plazo que definan reglas del juego más explícitas que las actuales. Se necesita un cambio en el modelo de relación entre el Servicio Canario de Salud y los centros concertados que va más allá de la necesaria reforma de las fórmulas de financiación.

5. Documentación sobre sanidad.

El Plan Estadístico Nacional 1997-2000 (Real Decreto 2.220/1998, de 16 de octubre) se concreta para 1999 en el Real Decreto 278/1999, de 22 de febrero, por el que se aprueba el Programa Anual 1999 del Plan. El mismo motiva las siguientes operaciones estadísticas para el sector salud (la *a* indica que se ofrece información desagregada por comunidad autónoma, la *p* a nivel provincial y la *m* municipal):

- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (p).
- Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (p).
- Explotación Estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios de Atención Primaria Pública (a).
- Estadística de Entidades de Asistencia Sanitaria de Afiliación Voluntaria (p).
- Sistema de Información Microbiológica (p).
- Enfermedades de Declaración Obligatoria (p).
- Estadística Estatal de SIDA (p).
- Defunciones según la Causa de Muerte (p).
- Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (p).
- Encuesta Nacional de Salud.
- Interrupciones Voluntarias del Embarazo (p).
- Sistema Comunitario de Información sobre Accidentes Domésticos y de Ocio.
- Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (m).
- Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (p).
- Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público (a).
- Indicadores de Salud (a).
- Indicadores hospitalarios (a).

GRÁFICO I.113. ESTRUCTURA DEL IPC DEL GRUPO DE MEDICINA Y SALUD EN CANARIAS, 1994-1998

