



**DICTAMEN DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS
SOBRE EL AVANCE DE PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS
DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

(Dictamen preceptivo del CES, solicitado por el Gobierno de Canarias
por el trámite de urgencia)

SUMARIO

I. ANTECEDENTES	3
II. CONTENIDO DEL PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.	5
1. Estructura.	5
2. Contenido	5
III. OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.	9
1. Observaciones de carácter previo.	9
1.1. Acerca de la petición de dictamen por el procedimiento de urgencia.	9
2. Observaciones de carácter general.....	10
2.1. Las dotaciones en infraestructuras sanitarias en las Islas. Las actuaciones concertadas.....	10
2.2. Los indicadores de sanidad: actividad sanitaria.....	16
2.3. Coherencia del avance del Proyecto de Plan de Infraestructuras del Servicio Canario de la Salud con otros instrumentos de planificación general o sectorial.	24
3. Observaciones de carácter particular.	26
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28

**DICTAMEN DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS
SOBRE EL AVANCE DE PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS
DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD**

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo por la **Ley 1/1992, de 27 de abril**, previa tramitación de la *Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social*, y de conformidad con el procedimiento establecido en el *Reglamento de Organización y Funcionamiento*, **Decreto 312/1993, de 10 de diciembre**, el **Pleno del Consejo Económico y Social aprueba por unanimidad, en sesión del día 7 de julio de 2006**, con los requisitos que establece el **artículo 10.1.c) de la precitada Ley 1/1992, de 27 de abril**, el siguiente,

DICTAMEN

I. ANTECEDENTES

1. El **día 9 de junio de 2006**, tiene entrada en el Consejo **solicitud de dictamen preceptivo previo** del Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 5.1, de la Ley 1/1992, de 27 de Abril, de creación del CES**, por el **procedimiento de urgencia**, sobre el **avance de proyecto de Plan de Infraestructuras del Servicio Canario de la Salud**, en cumplimiento de lo establecido en el **artículo 4.2 a) y 5 de la Ley citada**.

Conforme a lo dispuesto en el **artículo 5.3, de la Ley 1/1992, de 27 de abril**, modificado por la **Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias**, el dictamen habrá de ser **emitido en el plazo de quince días**.

2. En relación a lo dispuesto en el **artículo 5.2 de la misma Ley 1/1992**, citada, con la **solicitud de dictamen se acompaña** la siguiente **documentación**:
 - **Certificación del Acuerdo del Consejo de Gobierno** de fecha 6 de junio de 2006.
 - Borrador del avance de **proyecto de Plan de Infraestructuras del Servicio Canario de la Salud**, con el contenido que se describe más adelante.
 - **Certificación del Informe de la Comisión de Secretarios Generales Técnicos** de fecha 1 de junio de 2006.
 - **Certificación del Informe favorable del Comité de Planificación y Programación** de 15 de mayo de 2006.
 - **Informe de la Dirección General de Planificación y Presupuesto**, de 12 de mayo de 2006.
3. El Presidente del Consejo, tal y como establece el **artículo 28.4 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social**, acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la **Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social**, para la preparación del **Proyecto de Dictamen** y su posterior valoración y emisión del **Dictamen**, en su caso, por el **Pleno del Consejo**.

4. La Comisión competente celebró **sesiones de trabajo los días 20 y 27 de junio y 5 de julio de 2006**. En la **última de dichas sesiones**, la Comisión **aprueba por unanimidad el Proyecto de Dictamen** analizado por el Pleno.
5. En **sesión del 20 de junio de 2006**, la **Comisión de Trabajo competente** valoró, en primer lugar, **la conveniencia de habilitar**, y para mejor fundamentar la posición del CES, un **régimen de comparecencias**, de los responsables políticos y técnicos en el proceso de elaboración del mencionado Proyecto de **Plan de Infraestructuras** en materia de sanidad, lo que se concretó en la **sesión de trabajo de la Comisión celebrada el día 27 de junio**, con la comparecencia de la Directora del Servicio Canario de la Salud y del Director General de Recursos Económicos.

Por otro lado, **se solicita también información documental** sobre los **recursos planificados, con expresión de las dotaciones presupuestarias y el programa de inversiones para el año 2005**, y su **nivel de ejecución**, lo que se concretó el día 26 de junio, en que tiene entrada en el Consejo la información documental complementaria solicitada.

La Comisión valoró, igualmente, la **necesidad inexcusable de que el Consejo cuente con el plazo máximo para dictaminar previsto en la Ley**, como única manera de cumplir eficazmente con las tareas que le vienen asignadas en el **proceso de elaboración del Proyecto de Dictamen** que habrá de valorar, en su caso, el Pleno, ello en atención a **la complejidad e importancia de la materia** objeto de la propuesta.

6. Estas peticiones se hacen al amparo de lo previsto en la **Disposición Adicional Primera del Decreto 312/1993, de 10 de diciembre, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo** en relación en lo previsto en el **art. 5 de la Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del Consejo**.

Además, al estimarse desde el Consejo que las actuaciones que se promueven adquieren el **carácter de básicas para mejor fundamentar el pronunciamiento del mismo**, de conformidad con lo establecido en el **art. 4.6 del Decreto 312/1993**, en relación al **art. 5.5 de la Ley 1/1992, citados**, se solicita dicha información con la ampliación del **plazo para dictaminar** o, en su caso, **su suspensión** hasta que se disponga de lo necesario para mejor fundamentar la opinión del CES.

II. CONTENIDO DEL PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

1. Estructura.

El borrador de proyecto de *Plan de Infraestructuras del Servicio Canario de la Salud*, que se dictamina, se nos presenta con la siguiente estructura de contenidos:

Volumen 1. Planteamiento General.

Volumen 2. Desarrollo del Plan de Infraestructuras

Anexos. Información gráfica y estadística:

1. Programa Inversiones 2005-2010
2. Recursos Sanitarios
3. Ratios
4. Programa Inversiones 1994-2004
5. Programa Inversiones posteriores a 2010

2. Contenido

Estos contenidos se desglosan de la siguiente manera:

Volumen 1. Planteamiento General.

- 1 Introducción.
- 2 Origen Del Plan.
 - 2.1 La Red Desde Una Perspectiva Física.
 - 2.2 Inadecuación Desde Una Perspectiva Funcional.
 - 2.3 Desajustes Entre Dimensiones De La Red De Centros Y Demanda Asistencial.
 - 2.3.1 Población.
 - 2.3.2 Población Flotante.
 - 2.3.3 Actividad Y Demanda.
 - 2.3.3.1 Atención Primaria.
 - 2.3.3.2 Atención Especializada.
 - 2.3.4 Oferta De Servicios.
 - 2.3.4.1 Atención Primaria.
 - 2.3.4.2 Atención Especializada.
 - 2.3.5 Otros Aspectos Con Influencia En La Puesta En Marcha
 - 2.3.5.1 Reforma De La Atención Primaria.
 - 2.3.5.2 La Necesidad De Desarrollo De Infraestructuras Para Atención Primaria.
 - 2.3.5.3 Mapa Sanitario.
- 3 Proceso De Planificación.
 - 3.1 Metodología De Trabajo.
 - 3.1.1 Estudios Preliminares Sobre El Entorno Y La Demanda.
 - 3.1.2 Definición De Estándares Y Elaboración De Los Criterios Comunes De Planificación.
 - 3.1.3 Estimación De Los Recursos Necesarios Y Decisiones De Actuación.
 - 3.1.4 Planes Funcionales.
 - 3.1.5 Otros Aspectos En Relación Con La Planificación De Los Centros, Servicios O Establecimientos Objeto Del Plan De Infraestructuras.

- 3.2 Fijación De Estándares Y Elaboración De Los Criterios Comunes De Planificación.
 - 3.2.1 Componente Demanda Esperada.
 - 3.2.1.1 Demanda Actual.
 - 3.2.1.2 Evolución De La Demanda.
 - 3.2.1.3 Demanda Según Financiador.
 - 3.2.1.4 Demanda En Atención Primaria.
 - 3.2.1.5 Estándares De Demanda Y Criterios Comunes De Planificación.
 - 3.2.1.5.1 Atención Primaria.
 - 3.2.1.5.2 Atención Especializada.
 - 3.2.2 Oferta De Servicios.
 - 3.2.3 Resultados De La Aplicación De Estándares Y Su Comparación Con La Planificación Vigente En Atención Especializada.
 - 3.2.3.1 Hospitalización.
 - 3.2.3.1.1 Hospitales De Agudos.
 - 3.2.3.1.2 Centros De Media Estancia.
 - 3.2.3.2 Consultas Externas.
 - 3.2.3.3 Urgencias.
 - 3.2.3.4 Quirófanos.
 - 3.2.4 Situación De Las Infraestructuras En Atención Primaria.
 - 3.3 Revisión De Otros Aspectos Dimensionales En Relación Con El Plan De Infraestructuras.
 - 3.3.1 Camas De Media Estancia.
 - 3.3.2 Equipos De Radioterapia.
- 4 Efectos Esperados De Aplicación Del Plan De Infraestructuras
- 5 Continuidad Futura Del Plan De Infraestructuras: Mecanismos De Seguimiento Y Ajuste.

Volumen 2. Desarrollo del Plan de Infraestructuras

- 1. Plan de desarrollo de Atención Especializada.
 - 1.1. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.
 - 1.2. Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria
 - 1.2.1. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
 - 1.2.2. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias
 - 1.2.3. Edificio de radioterapia del Complejo
 - 1.2.4. Estructura resultante del Complejo Materno-Insular de Gran Canaria.
 - 1.3. Otras estructuras de Atención Especializada de Gran Canaria.
 - 1.4. Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra.
 - 1.4.1. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
 - 1.4.2. Hospital de Ofra.
 - 1.4.3. Estructura resultante del Complejo Hospitalario Candelaria-Ofra.
 - 1.5. Hospital Universitario de Canarias.
 - 1.6. Otras estructuras de Atención Especializada de Tenerife.
 - 1.7. Hospital General de Lanzarote.
 - 1.8. Hospital General de Fuerteventura.
 - 1.9. Hospital General de La Palma.
 - 1.10. Hospital Nuestra Señora de los Reyes de El Hierro.
 - 1.11. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe de La Gomera.
- 2. Plan de desarrollo de infraestructuras en Salud Mental.
 - 2.1. Actuaciones en Gran Canaria.
 - 2.2. Actuaciones en Tenerife.
 - 2.3. Actuaciones en las restantes Islas.
- 3. Plan Regional de Urgencias.
 - 3.1. Actuaciones en Gran Canaria.
 - 3.2. Actuaciones en Tenerife.
 - 3.3. Actuaciones en las restantes Islas.

4. Plan de desarrollo de los centros de Atención Primaria.
5. Plan de desarrollo de las infraestructuras de las Sedes Institucionales.
6. Inversiones en adquisiciones patrimoniales.
7. Introducción al contenido de tablas y cuadros.
 - 7.1. Recursos planificados y programa de inversiones.
 - 7.1.1. Estructura de los cuadros de inversión.
 - 7.1.2. Tablas de los recursos de Atención Especializada.
 - 7.1.3. Tablas de recursos de Salud Mental.
 - 7.1.4. Tablas de recursos del Plan Regional de Urgencia
 - 7.1.5. Tablas de recursos de Atención Primaria
 - 7.2. Ratios.
 - 7.2.1. Tabla de ratios en Atención Especializada: resúmenes por isla.
 - 7.2.2. Tabla de ratios en Atención Especializada: resúmenes por centro.
 - 7.2.3. Tabla de ratios en Salud Mental: resúmenes por isla.
 - 7.2.4. Tabla de ratios en Salud Mental: resúmenes por centros.
 - 7.2.5. Tabla de ratios del Plan Regional de Urgencias: resúmenes por isla
 - 7.2.6. Tabla de ratios en Atención Primaria.

Anexos:

I.- Programa de inversiones 2005-2010.

Resumen de inversiones totales
Resumen de inversiones totales con anualidades.
Inversiones totales en Atención Especializada.
Inversiones totales en Salud Mental.
Inversiones totales en Plan Regional de Urgencias
Inversiones totales en Atención Primaria.
Inversiones totales en adquisiciones patrimoniales.
Inversiones totales en Sedes Institucionales.
Atención Especializada
Inversiones totales en Atención Especializada
Recursos en Atención Especializada.
Inversiones por obras en Atención Especializada
Recursos por centro en Atención Especializada
Salud Mental
Inversiones totales en Salud Mental.
Recursos en Salud Mental.
Inversiones por obras en Salud Mental.
Recursos por centro en Salud Mental.
Plan Regional de Urgencias.
Inversiones totales en Plan Regional de Urgencias
Recursos en Plan Regional de urgencias.
Inversiones por obras en Plan Regional de urgencias
Recursos por centro en Plan Regional de urgencias
Atención Primaria.
Inversiones totales en Atención Primaria.
Recursos en Atención Primaria.
Inversiones en Atención Primaria isla de Gran Canaria
Recursos en Atención Primaria isla de Gran Canaria
Inversiones en Atención Primaria isla de Lanzarote
Recursos en Atención Primaria isla de Lanzarote
Inversiones en Atención Primaria isla de Fuerteventura
Recursos en Atención Primaria isla de Fuerteventura
Inversiones en Atención Primaria isla de Tenerife

Recursos en Atención Primaria isla de Tenerife
Inversiones en Atención Primaria isla de La Palma
Recursos en Atención Primaria isla de La Palma
Inversiones en Atención Primaria isla de La Gomera
Recursos en Atención Primaria isla de La Gomera
Inversiones en Atención Primaria isla de El Hierro
Recursos en Atención Primaria isla de El Hierro
Sedes institucionales
Inversiones totales en Sedes Institucionales
Inversiones en Sedes Institucionales
Adquisiciones patrimoniales
Inversiones totales en adquisiciones patrimoniales
Inversiones en adquisiciones patrimoniales
Ratios.
Ratios de inversión en Atención Especializada
Ratios por centro en Atención Especializada
Recursos de Salud Mental por islas
Ratios por centro en Salud Mental
Plan Regional de Urgencias. Recursos por Islas
Ratios por centro. Plan Regional de Urgencias
Recursos de Atención Primaria por islas
Inversiones en equipamiento
Inversiones totales en equipamiento
Inversiones en equipamiento. Atención Especializada
Inversiones en equipamiento. Salud Mental
Inversiones en equipamiento. Plan Regional de Urgencias
Inversiones en equipamiento. Atención Primaria
Inversiones en equipamiento. Sedes Institucionales

II.- Programa de inversiones 1994-2004.

Inversiones en Atención Especializada.
Inversiones en Salud Mental.
Inversiones en Plan Regional de Urgencias
Inversiones en Atención Primaria.
Inversiones en Sedes Institucionales.
Inversiones en Adquisiciones Patrimoniales.
Inversiones en Equipamiento.

III.- Programa de inversiones posteriores a 2010

Inversiones en Atención Especializada
Inversiones en Plan Regional de Urgencias
Inversiones en Atención Primaria.
Inversiones en Sedes Institucionales
Inversiones en Equipamiento.

III. OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLAN DE INFRAESTRUCTURAS DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

1. Observaciones de carácter previo.

1.1. Acerca de la petición de dictamen por el procedimiento de urgencia.

Como ya ha indicado el CES en anteriores ocasiones, si por el Gobierno de Canarias, peticionario de la consulta, se acuerda solicitar el preceptivo dictamen del Consejo por **procedimiento de urgencia**, ésta debería **motivarse** en la medida en que ello implica la sustitución del procedimiento normal, que incluye el plazo de 30 días para dictaminar, por otro excepcional cuya característica más relevante es, justamente, su reducción a 15 días.

Se incluye, entre los antecedentes analizados y como motivación del procedimiento de urgencia, que el marco temporal del citado Plan tiene previsto su inicio en el 2005 y hasta el 2010 *"...por lo que un retraso en su aprobación conllevaría negativas consecuencias en la adecuación de las inversiones contenidas en aquél, frenando el esfuerzo de la acción administrativa por situarlas en los diferentes años previstos de su vigencia. Por lo tanto, dado lo avanzado del presente ejercicio económico sin que se haya acometido la aprobación del referido Plan, cualquier retraso más impedirá el cumplimiento de su objetivo principal consistente en dotar al Servicio Canario de la Salud de las estructuras físicas modernas necesarias para prestar la asistencia sanitaria a la población mediante las instalaciones funcionales previstas en el citado Plan, así como acometer los ajustes necesarios para adecuarlas a las elevadas demandas de la ratio de población en cada territorio de esta Comunidad Autónoma, aproximando, con ello, el nivel de la actual asistencia sanitaria a las necesidades que esta población viene demandando de manera clamorosa"*.

Sin embargo, en opinión del Consejo, en función de esa expectativa, hubiera sido aconsejable una tramitación anticipada de los procesos previos de elaboración del proyecto de Plan de Infraestructuras Sanitarias del SCS, de tal forma que no se hubiera precipitado la urgencia al momento de la intervención del Consejo.

En cualquier caso, la complejidad de los contenidos del proyecto de Plan de Infraestructuras del SCS, sus evidentes repercusiones en el ámbito de los intereses económicos y sociales representados en el Consejo y la **conveniencia de proceder**, en consecuencia, a un **examen detallado de los aspectos materiales y de oportunidad política** en relación a dicho proyecto de plan sectorial, aconsejan disponer de margen temporal suficiente, de tal forma **que se haga posible situar la preceptiva participación del CES**, en el proceso de definición de las políticas públicas con contenido económico, social o laboral, **con criterios de eficiencia**.

2. Observaciones de carácter general.

2.1. Las dotaciones en infraestructuras sanitarias en las Islas. Las actuaciones concertadas.

2.1.1. Infraestructuras

Los últimos datos disponibles para el CES en materia de infraestructuras sanitarias, y respecto de los que hacemos una síntesis, fueron los incluidos en el Informe Anual del Consejo 2002-2003. La **tabla 1** hace referencia al número de camas instaladas por 10.000 habitantes en el sistema sanitario de salud en Canarias y el conjunto español. Aunque esta información no está disponible aún en el catálogo nacional de hospitales para 2002, su conocimiento a 31 de diciembre de 2001 es interesante, sobre todo sabiendo que el conjunto de las infraestructuras –y no sólo las dependientes del SCS- dan una mejor visión de la dotación hospitalaria en el sistema canario de salud, máxime cuando hay un volumen de conciertos nada despreciable.

TABLA 1. CAMAS INSTALADAS EN HOSPITALES POR DEPENDENCIA FUNCIONAL. ESPAÑA Y CANARIAS (2000 Y 2001)

Tipo	Número de camas instaladas				Camas instaladas por 10.000 habitantes			
	A 31-12-2000		A 31-12-2001		A 31-12-2000		A 31-12-2001	
	Canarias	España	Canarias	España	Canarias	España	Canarias	España
Público	5.295	109.140	5.366	107.872	30,85	26,95	30,12	26,24
Privado no benéfico	2.729	30.918	2.728	31.183	15,90	7,63	15,31	7,58
Privado benéfico	398	21.159	397	21.107	2,32	5,22	2,23	5,13
Total privado	3.127	52.077	3.125	52.290	18,22	12,86	17,54	12,72
Total público y privado	8.422	161.217	8.491	160.162	49,07	39,81	47,67	38,95

Nota: En "público" se incluyen los hospitales de los Servicios Regionales de Salud y del INSALUD, los dependientes de las Comunidades Autónomas, Administraciones Locales, Militares y otros. En los "privados no benéficos" se incluyen los hospitales de las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

Fuente: Elaboración propia. Catálogo Nacional de Hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

En primer lugar, se aprecia que el sistema canario de salud está mejor dotado que el conjunto del sistema nacional de salud. Desde una perspectiva pública, la fragmentación del territorio canario propicia que en cada isla haya un mínimo de dotación hospitalaria que permita las más altas cotas de equidad en el acceso a pesar de que el principio de economías de escala lo desaconseje. El resultado es que, en media, Canarias cuenta con casi 8 camas por cada 10.000 habitantes más que el conjunto español. Este diferencial a favor de la Comunidad Canaria también se hace notar en el caso concreto de los hospitales privados no benéficos, que duplican en la ratio por 10.000 habitantes al conjunto español en 2001 (15,31 y 7,58 respectivamente), lo que deja entrever el importante papel del sector privado en el escenario sanitario de la Comunidad Canaria. Con respecto a la evolución en el período 2000-2001, ha habido una pequeña disminución del número de camas por habitante tanto en Canarias como en el conjunto español. Este es un indicador que, salvo inversiones en nuevos hospitales o cierre de instalaciones hospitalarias, se mantiene estable en el corto plazo, aunque las cifras permiten al lector actualizar la tendencia que ya se apreció en el Informe del CES 2001-2002.

La información disponible sobre el Servicio Canario de la Salud permite hacer un estudio algo más detallado tanto en atención especializada como en atención primaria. La **tabla 2** recoge un resumen de las infraestructuras del SCS en ambos

niveles de atención sanitaria¹. En 2002 la red de atención primaria del SCS contaba con 105 centros de salud, uno por cada zona de salud. En 2000 el número de centros de salud era de 101, desde entonces han entrado en funcionamiento 3 nuevos centros en Tenerife y 1 en Gran Canaria. El número de consultorios locales también ha variado en los dos últimos años. En 2000 Canarias contaba con 142 consultorios locales. Los 22 consultorios que han entrado en funcionamiento desde esa fecha se reparten entre Tenerife (13), Gran Canaria (5), La Palma (2) y Lanzarote (2).

TABLA 2. INFRAESTRUCTURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA POR ÁREAS DE SALUD. CANARIAS (2000 Y 2002)

Área de salud	Atención primaria				Atención especializada							
	Centros de salud		Consultorios locales		Camas funcionamiento		Camas por 10.000 hab.		Quirófanos funcionam.		Quirófanos por 10.000 hab.	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
Lanzarote	7	7	8	10	166	176	17,24	16,01	3	4	0,31	0,36
Fuerteventura	4	4	10	10	113	120	18,79	17,20	3	3	0,46	0,43
Gran Canaria	40	41	48	53	1.372	1.428	18,51	18,51	37	37	0,49	0,48
Tenerife	34	37	52	65	1.499	1.476	21,13	18,97	25	26	0,35	0,33
La Palma	9	9	9	11	164	167	19,88	19,52	3	4	0,41	0,47
La Gomera	5	5	10	10	33	33	18,03	17,28	1	1	0,55	0,52
El Hierro	2	2	5	5	16	16	19,80	16,00	1	1	1,24	1,00
Prov. Las Palmas	51	52	66	73	1.651	1.724	18,39	18,13	43	44	0,48	0,46
Prov. S. C. Tenerife	50	53	76	91	1.712	1.692	20,91	18,95	30	32	0,37	0,36
CANARIAS	101	105	142	164	3.363	3.416	19,59	18,53	73	76	0,43	0,41

Notas: (1) Los datos de 2002 son provisionales. (2) No se incluyen las camas de URA (Unidades de Rehabilitación Activa)
Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

¹ Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Canarias:

De acuerdo con lo señalado en la Memoria de Actividad 1999-2003 del Servicio Canario de la Salud, debido a que la Comunidad Autónoma de Canarias, al incrementar su número de habitantes en un 20 % en los últimos diez años, ha sido necesario adaptar las infraestructuras sanitarias del Archipiélago, redefiniendo un nuevo Mapa Sanitario.

El actual Mapa sanitario de Canarias (siempre según los datos de la Memoria de Actividad 1999-2003 del Servicio Canario de la Salud), propone la creación de 28 nuevas Zonas de Salud, pasando a un total de 133, con una infraestructura de 133 centros de salud (frente a los 105 de antes) y 158 Consultorios Locales. Respecto a los datos por islas, en Tenerife habrá 49 centros de salud, y 61 consultorios locales; en Gran Canaria, 54 centros de salud y 47 consultorios locales; en Fuerteventura 6 centros de salud y 15 consultorios locales; en La Palma, 9 centros de salud y 11 consultorios locales; en Lanzarote, 8 centros de salud y 8 consultorios locales; en La Gomera, 5 centros de salud y 10 consultorios locales; y en El Hierro, 2 centros de salud y 6 consultorios locales:

	Zonas salud actuales	Propuesta	Centros de salud actuales	Propuesta	Consultorios locales actuales	Propuesta
CAC	105	133	105	133	164	158
Tenerife	37	49	37	49	65	61
Fuerteventura	4	6	4	6	10	15
La Palma	9	9	9	9	11	11
Lanzarote	7	8	7	8	10	8
La Gomera	5	5	5	5	10	10
El Hierro	2	2	2	2	5	6
Gran Canaria	41	54	41	54	53	47

El análisis de la adecuación de la disponibilidad de centros de salud y los consultorios locales depende en gran medida de la dispersión de la población. Por ejemplo, el hecho de que en el área de salud de Tenerife haya 12 consultorios más que en Gran Canaria se explica tanto porque Gran Canaria concentra la población en zonas de mayor entidad, como porque en Tenerife existen consultorios que por la poca población a la que atienden son de uno o dos días de actividad semanales. El SCS prevé para los próximos años completar el Mapa Sanitario de Canarias en atención primaria con 28 nuevos centros de salud hasta un total de 133. El número de consultorios locales previsto es de 161. En consonancia con lo dicho anteriormente, estas variaciones en el número de consultorios locales por área de salud tendrán por objetivo adecuar el mapa sanitario a la realidad demográfica canaria.

Aunque la red sanitaria especializada utiliza, además de los propios centros hospitalarios del SCS, los centros hospitalarios concertados, ahora se hará referencia a los primeros, para luego hacer alusión a la asistencia especializada concertada. La red hospitalaria de utilización pública cuenta actualmente con 11 hospitales: 4 en Gran Canaria, 2 en Tenerife y uno en cada una de las demás islas. Los grandes hospitales de Tenerife y Gran Canaria son centros de referencia para las islas menores: el Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria atiende a la población del sur de la isla (salvo para la población infantil y atención a la mujer que es de referencia para toda el área) y es centro de referencia para Lanzarote; el Hospital Doctor Negrín atiende a la población del norte de Gran Canaria y es centro de referencia para Fuerteventura; el Hospital Universitario N.S. de Candelaria atiende a la población del sur de Tenerife y es centro de referencia para La Gomera y El Hierro; finalmente el Hospital Universitario de Canarias atiende a la población del norte de Tenerife y es centro de referencia para la isla de La Palma. Los otros hospitales públicos de menor entidad de Canarias son: el Hospital San Roque de Guía (Gran Canaria), Hospital General de Fuerteventura, Hospital General de Lanzarote, Hospital General de La Palma, Hospital N.S. de Guadalupe (La Gomera) y Hospital N.S. de los Reyes (El Hierro).

En 2002, los 11 hospitales de utilización pública por parte del Servicio Canario de la Salud, suman 3.416 camas, 18,53 por cada 10.000 habitantes. Si se compara con los datos del 2000, se produce un incremento del 1,6%; incremento que se reparte prácticamente en todos los hospitales. Por su parte, el número de quirófanos asciende a 76, manteniéndose relativamente estable esta cifra en los últimos años. Donde sí se aprecia una diferencia notable en 2002 es en la dotación de quirófanos por provincias. Mientras Gran Canaria cuenta con un total de 44 quirófanos (0,46 quirófanos por 10.000 habitantes), esta cifra sigue siendo inferior en 2001 en Santa Cruz de Tenerife, con 32 quirófanos (0,36 quirófanos por 10.000 habitantes).

En el anterior informe del CES se presentó la distribución de la Alta Tecnología Médica (ATM) disponible en Canarias por áreas de salud en centros del SCS y de los centros concertados por éste en el año 2000. La información disponible hace que en este informe se haga referencia únicamente a los públicos². De 2000 a 2002 el número de equipos de ATM se ha mantenido estable en el conjunto del archipiélago, pasando de 40 a 42. Entre las nuevas adquisiciones destaca un equipo de tomografía axial computerizada (TAC) en el área de salud de La Gomera, lo cual

² Equipos de Alta Tecnología Médica: equipos de resonancia magnética, ganmacámara, sala de hemodinámica, litotriector, angiografía digital, acelerador lineal y bomba de cobalto.

indica un esfuerzo de las autoridades sanitarias por acercar este servicio a las necesidades de aquella isla. La única isla que no cuenta con TAC es El Hierro. Otra tecnología menos sofisticada pero de mayor uso, mamógrafos y ecógrafos, se encuentra disponible en todas las áreas de salud. Puede afirmarse que el nivel de la Alta Tecnología Médica del sistema sanitario público es satisfactorio pero además cuenta con la posibilidad de concertar con el sistema privado, también muy bien dotado, la utilización de la ATM.

La atención especializada extrahospitalaria se completa con los Centros Ambulatorios de Especialidades (CAE). Estos Centros, dependientes de los grandes hospitales, son el resultado de un proceso descentralizador que pretende acercar en la medida de lo posible la atención especializada a la población. El número de CAEs no ha variado desde 2000: existen 6 en Gran Canaria (Aruca, Gáldar, Casa del Mar, Vecindario, Telde, Prudencio Guzmán), 5 en Tenerife (Arona, J.A. Rumeu, La Laguna, La Orotava, Puerto de la Cruz), 2 en La Palma (Los Llanos, Santa Cruz de La Palma) y 1 en Lanzarote (Valterra).

Por último, se expone un breve repaso a la **dotación de infraestructuras en salud mental**, servicio que se encuentra separado de las atenciones primaria y especializada. La salud mental en España y en Canarias se encuentra todavía en medio de un proceso de reestructuración. El paso del antiguo sistema de internamiento en psiquiátricos y atención familiar al enfermo está dando paso a un incipiente moderno sistema de atención al enfermo mental. El nuevo sistema no sólo necesita de nuevos programas asistenciales sino de una reasignación de las infraestructuras. Actualmente, la atención a la salud mental se estructura en torno a tres dispositivos sanitarios: las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), las Unidades de Internamiento Breve (UIB) y las Unidades de Rehabilitación Activa (URA).

Las Unidades de Salud Mental Comunitarias realizan la actividad de consultas y en ellas trabajan un total de 159 profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares). Hay 19 USMC más 7 periféricas en toda Canarias: en Gran Canaria hay 8 USMC más 1 periférica, 6 en Tenerife más 3 periféricas y en el resto de las islas hay una USMC, además de una periférica en Lanzarote, Fuerteventura y La Palma³. Respecto a las Unidades de Internamiento Breve destinadas a la hospitalización de enfermos agudos, el proceso de estos últimos años ha consistido en el ingreso de los pacientes en los hospitales generales, habiendo pasado el número de camas de 147 en 1999 a 164 en 2002. De estas 164 camas, 62 se encuentran en Tenerife, 60 en Gran Canaria, 12 en Lanzarote, 10 en La Palma y 8 en Fuerteventura.

Finalmente las Unidades de Rehabilitación Activa cuentan con un total de 219 camas de media y larga estancia para enfermos mentales crónicos en 2002, 24 más que en 1999. Estas Unidades se encuentran en las islas de Tenerife y Gran Canaria en los antiguos hospitales psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico de Tenerife y Hospital Militar de Gran Canaria) que sirven de referencia para las islas menores.

En definitiva, desde la perspectiva de los recursos, y aún en un proceso de reestructuración que está lejos de ser completado, la capacidad del SCS para hacer

³ Las islas de La Gomera y El Hierro cuentan con el servicio de la telepsiquiatría y el apoyo de profesionales a tiempo parcial para la atención a la salud mental. Las consultas de las USMC de La Gomera y El Hierro se atienden en los hospitales y centros de salud de estas islas.

frente al colectivo de pacientes con problemas de salud mental se ha incrementado y sus condiciones han sido mejoradas.

2.1.2. Las actuaciones concertadas

La Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias permite la posibilidad de que se establezcan convenios por los que hospitales privados se incluyan en la Red Hospitalaria de Utilización Pública “cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen”. De esta forma el sistema público sanitario asegura la asistencia al enfermo aún cuando los recursos públicos especializados son insuficientes. El establecimiento de los conciertos se realiza mediante convenios en los que se recogen las condiciones de la prestación sanitaria, duración del concierto, número de camas concertadas, servicios prestados, etc. En la actualidad, la mayor parte de la actividad concertada se realiza siguiendo el modelo de financiación heredado de la época INSALUD, antes de que las competencias en sanidad fueran traspasadas a la Comunidad Canaria. Las tarifas de los conciertos se actualizan cada año por medio de una Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo. Básicamente existen dos tipos de tarifas: por un lado, los ingresos que no requieren intervención se pagan por días de estancia del paciente y por otro lado, determinadas intervenciones quirúrgicas se pagan por procesos.

Desde el punto de vista del riesgo financiero para el SCS, la concertación de camas quirúrgicas permite al SCS tener un control del precio de facturación (control que se atenúa en pagos por estancia). Además, los conciertos de intervenciones favorecen directamente la política de reducción de listas de espera. Por último las pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas, a diferencia de los ingresos e intervenciones, se pagan por acto.

En **tabla 3** aparece un listado de los centros hospitalarios con los que el SCS tenía establecido algún tipo de concierto en 2002. Así por ejemplo, se convino la prestación del servicio de rehabilitación del Hospital de San Juan de Dios en régimen de concierto, la concertación de los servicios de cirugía cardíaca y hemodinámica con Hospiten Rambla o el trasplante de córnea en la Clínica San Roque.

TABLA 3. CENTROS CON LOS QUE EL SCS TENÍA ESTABLECIDOS CONCIERTOS EN 2002

Área de salud	Centro
Lanzarote	Hospiten Lanzarote
Gran Canaria	Clínica San José; Clínica N. S. del Carmen; Clínica N. S. de La Paloma; Clínica Santa Catalina; Clínica San Roque; Clínica del Perpetuo Socorro; Instituto Policlínico Cajal; Hospital de San Juan de Dios; Sanatorio Dermatológico; Residencia N. S. del Mar; Hospital San Martín
Tenerife	Hospital de San Juan de Dios; Clínica La Colina; Clínica Capote; Hospital Tamaragua; Hospital Bellevue; Hospital de Las Américas; Hospiten Rambla; Hospital Febles Campos; Clínica Capote; Hospital de La Concepción (Garachico); Hospital de La Concepción (Puerto de la Cruz); Hospital de la Santísima Trinidad; Hospital de Los Dolores (Icod); Hospital de Los Dolores (La Laguna)

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

En la **tabla 4** se recogen las estadísticas de algunas de las prestaciones sanitarias concertadas por el SCS con centros privados en los años 2002 y 1998 (que es el año de referencia del que se ha dispuesto para comparar). En 2002 el Servicio Canario de la Salud tenía 2.280 camas concertadas, la mitad destinada a pacientes crónicos y la otra mitad a pacientes agudos. Esto supone una disminución del número de

camas concertadas respecto a 1998 cuando 2.650 camas privadas fueron concertadas. Este descenso ocasionó una reducción del número de ingresos hospitalarios, pasando de 37.429 en 1998 a 28.869 en 2002. Por el contrario, el número de intervenciones quirúrgicas concertadas se ha mantenido muy estable en las dos provincias, en torno a las 18.000 intervenciones anuales y se limitaron a la resolución de procesos de media y baja complejidad. Esta divergencia entre el número de intervenciones y el de ingresos se debe a que en los ingresos tiene un mayor peso las especialidades médicas, mientras que para los procesos quirúrgicos se ha mantenido una clara actividad complementaria entre la sanidad pública y privada.

TABLA 4. ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES CONCERTADAS CON HOSPITALES PRIVADOS POR EL SCS. CANARIAS (1998 Y 2002)

Provincia	Camas				Ingresos		Intervenciones		Sesiones de rehabilitación		Resonancias magnéticas	
	Agudos		Crónicos		1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
	1998	2002	1998	2002								
Las Palmas	559	497	555	524	17.390	9.043	17.998	18.201	474.302	710.541	9.914	11.556
Santa Cruz de Tenerife	880	619	656	640	20.039	19.826	17.268	18.048	97.000	208.918	5.069	14.076
CANARIAS	1.439	1.116	1.211	1.164	37.429	28.869	35.266	36.249	571.302	919.459	14.983	25.632

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Donde sí ha habido un fuerte incremento de la actividad concertada ha sido en las sesiones de rehabilitación y la realización de resonancias magnéticas. En cuanto a las sesiones de rehabilitación concertadas, éstas casi se han duplicado en dicho período en toda Canarias (pasando de 571.302 a 919.459), aunque en la provincia de Las Palmas son muy superiores. Algo parecido sucede con el número de resonancias magnéticas realizadas por centros concertados, que en 2002 fue de 25.632 duplicándose prácticamente las resonancias concertadas en 1998. Sin haberse producido un descenso en la capacidad pública para producir estos servicios, el crecimiento de las rehabilitaciones, resonancias magnéticas y procesos de baja y media complejidad, parece responder por un lado, a un incremento en la utilización de los recursos y, por otro, a una política del SCS por reducir las listas de espera y de reasignar los recursos orientando parte de los servicios hospitalarios menos graves hacia el sector privado y potenciándose así la premisa de complementariedad entre ambos sectores.

La **tabla 5** recoge el peso de las principales actividades de la asistencia sanitaria concertada dentro de la asistencia pública (sobre la totalidad de la asistencia incluida la realizada en hospitales públicos). El peso de la asistencia sanitaria concertada sobre el total (medida en porcentaje de camas, ingresos e intervenciones) se reduce algo 1998 a 2002, en la misma dirección que la mostrada en la tabla 4 de actividad, aunque con mayor intensidad. Eso viene a corroborar que, por ejemplo, aunque las intervenciones del sector privado concertado hayan aumentado (tabla 4), también lo hayan hecho las intervenciones en el sector público en mayor medida (como se verá posteriormente) lo que explicaría este ligero descenso en el porcentaje de participación⁴. Esta idea arroja más evidencia de que se están tratando más pacientes y no es una mera reasignación de pacientes atendidos en el SCS hacia los

⁴ Nótese que la tabla 5 no recoge las sesiones de rehabilitación y resonancias magnéticas, que son los actos concertados que más han crecido (tabla 4).

hospitales concertados. El diferencial más notable entre ambas provincias reside en el porcentaje de ingresos en Las Palmas, que refleja una realidad similar a la mostrada en la Tabla 4.

TABLA 5. PROPORCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA CONCERTADA SOBRE LA ASISTENCIA PÚBLICA EN CANARIAS (1998 Y 2002)

Provincia	Camas (%)		Ingresos (%)		Intervenciones (%)	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Las Palmas	38,12	37,19	23,24	13,25	30,28	27,67
Santa Cruz de Tenerife	47,35	42,66	27,52	27,02	30,96	32,73
CANARIAS	42,98	40,03	25,35	20,39	30,61	29,98

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

2.2. Los indicadores de sanidad: actividad sanitaria

2.2.1. Actividad sanitaria

La información sobre actividad sanitaria no está disponible por grupos de edad con lo que no está claro hasta qué punto esos indicadores reflejan cambios en la estructura de edad de la población. Sobre decir, además, que las estadísticas de actividad sanitaria no dicen nada sobre el resultado de los servicios provistos. No se puede conocer, no ya si los pacientes estaban satisfechos con los cuidados recibidos, ni si el personal está satisfecho con el trabajo realizado, sino si fue eficiente la provisión de los servicios sanitarios. Por ejemplo, no es posible conocer si el descenso en la estancia media ha implicado una mejora en la eficiencia del uso de los recursos hospitalarios o el impacto sobre los cuidados ambulatorios y primarios.

La **tabla 6** recoge el número de consultas per capita en atención primaria por área de salud. En nuestra Comunidad Autónoma el número de consultas per capita sigue disminuyendo en el período 2000-2002 en casi todas las áreas de salud a pesar del incremento en términos absolutos del número de consultas (tendencia que ya se apreció en el Informe del CES del año pasado).

TABLA 6. CONSULTAS PER CAPITA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREAS DE SALUD EN CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	2000	2001	2002
Lanzarote	7,69	7,62	7,47
Fuerteventura	7,69	7,76	8,44
Gran Canaria	7,76	7,94	7,67
Tenerife	7,09	6,86	6,79
La Palma	5,26	6,15	6,03
La Gomera	9,73	9,03	7,78
El Hierro	6,41	6,95	5,56
CANARIAS	7,37	7,38	7,23

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Fuerteventura es una excepción: esta isla obtiene el más alto crecimiento tanto del número de consultas total como del número de consultas per capita, 27,35% y 8,75% respectivamente, y se sitúa como el área de salud con más alto número de consultas por habitante de toda Canarias (8,44 en 2002), ello pese al notable incremento de la

población majorera en este período, lo que se explica, al menos en parte, por el incremento de recursos humanos que ha habido en esta isla en los últimos años. En el otro extremo se sitúa la isla de El Hierro con menor número de consultas per capita (5,56). Por su parte, La Palma y La Gomera que en el año 2000 contaban con el menor y mayor indicador respectivamente convergen progresivamente a la media de la Comunidad (7,23 en 2002). La evolución de las islas capitalinas es la más estable.

TABLA 7. CONSULTAS PER CAPITA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR TIPO DE SERVICIO EN CANARIAS (2000-02)

	2000	2001	2002
Medicina general	4,44	4,52	4,56
Enfermería	2,07	1,99	1,82
Pediatría	0,77	0,78	0,76
Matronas	0,08	0,07	0,07
Trabajadores sociales	0,02	0,02	0,02
TOTAL	7,37	7,38	7,23

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Cuando se analizan estos cambios por tipos de servicios (**tabla 7**), se aprecia que mientras las consultas al médico general se mantienen estables (cuando no aumentan ligeramente), son las consultas de enfermería las que experimentan un descenso relativamente importante. (-12,1%), lo que ayuda a explicar las cifras sobre presión asistencial de la **tabla 8**.

La presión asistencial es un indicador más fiable que el número de consultas per capita para conocer la calidad de la asistencia. En el año 2002 un médico general atiende de media a 40 pacientes, un enfermero a 17 y un pediatra a 25 niños. En los últimos tres años la presión asistencial de médicos generales y pediatras se ha mantenido relativamente estable con un ligero descenso debido al incremento de recursos en atención primaria. Por su parte la presión asistencial de los enfermeros (cuya dotación ha crecido más que el personal facultativo) ha disminuido en torno a 4 pacientes (un 19,1% menos), lo cual supone una mejora considerable de la calidad asistencial, pudiendo ser a costa de la accesibilidad al servicio de enfermería (por el descenso en el número de consultas per capita).

TABLA 8. PRESIÓN ASISTENCIAL MEDIA EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN TIPO DE SERVICIO EN CANARIAS (2000-2002)

	2000	2001	2002
Medicina general	42	42	40
Enfermería	21	20	17
Pediatría	27	26	25
Matronas	11	11	11
Trabajadores sociales	7	6	6

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

A continuación se estudiarán los principales indicadores de la atención especializada por tres grandes áreas: la ambulatoria, la de hospitalización y la quirúrgica-obstétrica. La actividad ambulatoria es aquella que, no requiriendo hospitalización, se realiza en los Centros Ambulatorios de Especialidades (CAE) y en los hospitales.

Las principales variables de la actividad ambulatoria son las consultas realizadas por especialistas y las urgencias atendidas (**tablas 9 y 10**).

En Canarias en el año 2002 se produjeron 10.135 consultas diarias⁵ y 1.454 urgencias diarias⁶. Las enormes diferencias existentes entre las islas mayores y las menores en torno a estos dos indicadores obedecen principalmente a que la mayor parte de los medios técnicos y humanos en atención especializada y la población a atender se concentra en las islas capitalinas de referencia, es por ello que la atención se centrará más en la comparación entre provincias. Tanto en la provincia de Santa Cruz de Tenerife como en la de Las Palmas se ha visto incrementado el número de consultas diarias, hasta situarse en el año 2002 en 4.688 en la primera y 5.446 en la segunda, con una variación porcentual en el último año de 7,43 y 6 respectivamente. Por su parte, la evolución de las consultas y urgencias per capita se mantuvo estable a lo largo del periodo (**tabla 10**).

TABLA 9. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS DE SALUD. ÁREA DE ACTIVIDAD AMBULATORIA. CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Consultas/día			Urgencias/día			Presión de urgencias (%)		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Lanzarote	347,4	332,0	390,6	153,5	148,3	152,0	70,51	86,96	78,02
Fuerteventura	183,9	194,0	241,5	78,7	85,6	88,0	83,32	86,00	77,46
Gran Canaria	4.605,1	4.612,6	4.814,6	581,1	598,0	601,4	72,47	74,80	70,14
Tenerife	3.960,0	3.896,3	4.185,4	461,0	482,9	506,0	61,34	67,08	64,57
La Palma	315,4	334,2	354,3	58,7	62,6	66,0	75,67	75,28	67,39
La Gomera	66,9	82,5	100,8	28,0	27,8	27,0	89,17	89,50	85,56
El Hierro	59,5	51,1	47,7	11,7	14,0	13,5	85,71	88,34	84,59
Prov. Las Palmas	5.136,4	5.138,6	5.446,7	813,3	831,9	841,4	73,03	77,38	71,95
Prov. S.C. Tenerife	4.401,8	4.364,1	4.688,2	559,4	587,3	612,5	63,83	70,39	66,42
CANARIAS	9.538,1	9.502,8	10.134,9	1.372,7	1.419,3	1.453,9	68,69	74,04	69,32

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Respecto al número de urgencias diarias, ambas provincias han experimentado cierto aumento manteniendo así la tendencia creciente que se había producido en años anteriores (ver Informe del CES 2001-2002); este crecimiento, que no deja de constituir un problema desde la perspectiva de la gestión de este servicio, es estable cuando las cifras se promedian respecto al incremento poblacional (ver **tabla 10**), manteniéndose invariable en 0,29 urgencias per capita desde 1998. La hipótesis de una utilización inadecuada del servicio de urgencias ambulatorias debe ser contrastada con más información. No obstante, el porcentaje de urgencias ingresadas indica que la mayor parte de los motivos por los que la población acude a urgencias podría haber sido atendida satisfactoriamente en los servicios ambulatorios ordinarios o en atención primaria.

Según los datos de los años 2000-2001-2002, sólo el 13,85, el 13,60 y el 13,51%, respectivamente, de las urgencias atendidas en los hospitales requirió ingreso en el hospital. (en 1999 aún era mayor, del 15%). Estos datos hacen difícil rechazar la hipótesis de que no hay una significativa utilización innecesaria de los servicios de urgencias y una tendencia en sentido contrario al que –a falta de más información– sería deseable.

⁵ Número de consultas/días hábiles en el año.

⁶ Número de urgencias/365 días.

La presión de urgencias representa la proporción de ingresos urgentes sobre el total de ingresos hospitalarios. Viene a ser una medida de la presión que ejerce el servicio de urgencias sobre la actividad hospitalaria. A lo largo del período 2001-2002, la presión de urgencias se mantiene en torno al 69%⁷. Por provincias, Las Palmas tiene una presión de urgencias mayor que Santa Cruz de Tenerife, estando 5 puntos porcentuales por encima. Con respecto a las áreas de salud, las islas periféricas son las que más alto índice tienen destacando La Gomera y El Hierro que tienen un indicador próximo al 85%. Esto significa que de cada 100 ingresos en esas islas, 85 fueron de carácter urgente, reflejando que el número de ingresos programados en estas islas es muy bajo. Por el contrario Tenerife y La Palma tienen indicadores por debajo de la media canaria, lo que hace que la provincia de Santa Cruz de Tenerife sea la que menor presión de urgencias tenga. En la provincia de Las Palmas, Lanzarote seguida de Fuerteventura son las áreas de salud en las que tienen más alto indicador de presión de urgencias.

TABLA 10. ACTIVIDAD AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD EN CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Consultas per capita						Urgencias per capita		
	Primeras			Sucesivas			2000	2001	2002
	2000	2001	2002	2000	2001	2002			
Lanzarote	0,32	0,26	0,29	0,56	0,53	0,58	0,58	0,53	0,50
Fuerteventura	0,27	0,23	0,27	0,47	0,49	0,57	0,48	0,47	0,46
Gran Canaria	0,69	0,70	0,70	0,83	0,79	0,82	0,29	0,29	0,28
Tenerife	0,53	0,48	0,48	0,83	0,80	0,84	0,24	0,24	0,24
La Palma	0,35	0,36	0,37	0,59	0,61	0,64	0,26	0,27	0,28
La Gomera	0,22	0,29	0,30	0,67	0,77	0,99	0,56	0,54	0,52
El Hierro	0,56	0,48	0,43	1,14	0,84	0,73	0,50	0,54	0,49
Prov. Las Palmas	0,62	0,62	0,62	0,78	0,74	0,77	0,33	0,33	0,32
Prov. Santa Cruz de Tenerife	0,51	0,46	0,46	0,81	0,78	0,82	0,25	0,25	0,25
CANARIAS	0,57	0,54	0,55	0,79	0,76	0,80	0,29	0,29	0,29

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Estas estadísticas sobre la presión de urgencias son consistentes con la idea de que las urgencias son una puerta de acceso muy importante a los ingresos hospitalarios y hacen que sólo el 31% de los ingresos hospitalarios sean programados. Sin más información no es posible saber qué proporción de estos ingresos por la vía de la urgencia corresponde a pacientes que ya estaban en listas de espera⁸. No obstante, el problema de tan elevada presión de urgencias no es exclusivo de nuestro sistema sanitario público, ya que este mismo indicador para todo el territorio INSALUD era muy similar al canario en 2000 (69,18%).

En el Informe del CES 2001-2002 se analizaron algunos indicadores de funcionamiento del sistema hospitalario canario en comparación con el de otras Comunidades Autónomas y con los hospitales del Servicio Canario de la Salud. Este año se presenta la actividad de la red hospitalaria pública canaria a través de las tres variables más relevantes: estancia media, índice de ocupación y número de altas diarias (**tabla 11**), aunque no se cuenta con información suficiente para hacer la

⁷ En 2001 se aprecia un aumento significativo, que podría estar asociado con la huelga del personal hospitalario que tuvo lugar en dicho año y que redujo el peso de las intervenciones programadas.

⁸ Dato que sería relevante en un estudio sobre listas de espera. Hay que recordar que en el momento de realizarse este trabajo no se contó con información sobre listas de espera.

comparación con el resto del territorio español. Una estancia media mínima (para un nivel de calidad sanitaria asegurada) y un índice de ocupación altos, son los objetivos de una buena gestión hospitalaria.

En 2002, la estancia media en los hospitales del SCS se mantuvo en 9,80 días, la ocupación media en torno al 85% y el número de altas por día ascendió a 457. En una aproximación general, estos datos mejoran lo sucedido en los años inmediatos anteriores; mientras la ocupación se mantiene en niveles elevados (con un margen de capacidad ociosa siempre recomendable), el ligero descenso en la estancia media va acompañado de un aumento considerable en las altas por día, que pasaron a ser, en media, de 25 altas anuales más que en el año 2001. Por provincias, estos resultados parecen mejores en la provincia oriental. En Las Palmas (S.C. Tenerife), las altas ascienden a 243,37 (213,59) lo que supone un aumento del 7,1% (4,7%). Por su parte, la estancia media en Las Palmas (S.C. Tenerife) fue en 2002 de 9,68 días (9,94) representando un descenso del 6,5% (3,1%) respecto al año 2001.

TABLA 11. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS DE SALUD. CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Estancia media (días)			Índice de ocupación (%)			Altas/día		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Lanzarote	7,09	7,25	6,44	88,13	88,57	83,50	30,88	30,35	35,75
Fuerteventura	6,56	6,69	5,67	76,40	79,70	75,07	19,64	21,40	23,78
Gran Canaria	10,36	11,33	10,83	83,67	89,32	88,68	182,20	175,57	183,84
Tenerife	10,49	10,55	10,22	87,01	85,67	83,95	174,93	175,41	184,87
La Palma	8,57	9,64	8,91	76,90	84,49	77,40	21,97	21,67	21,70
La Gomera	4,86	4,32	5,59	52,03	48,05	66,13	5,29	5,49	5,84
El Hierro	5,97	6,07	6,45	31,50	35,34	33,57	1,26	1,39	1,17
Prov. Las Palmas	9,61	10,35	9,68	n.d.	n.d.	n.d.	232,72	227,32	243,37
Prov. S.C. Tenerife	10,11	10,26	9,94	n.d.	n.d.	n.d.	203,46	203,96	213,59
CANARIAS	9,84	10,31	9,80	83,34	85,40	84,88	436,64	431,55	457,25

Notas: (1) Los datos de 2002 son provisionales; (2) n.d.: no disponible.
Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

De acuerdo con las estadísticas disponibles en el apartado de recursos, no ha habido un significativo incremento en el número de camas. Sin más información sobre el resultado de las intervenciones ni sobre readmisiones no puede atribuirse categóricamente esta aparente mejora a una mayor eficiencia hospitalaria. De haberse incrementado los reingresos (que contarían como nuevas altas, a pesar de ser los mismos pacientes que fueron dados de alta anteriormente), el aumento de las altas simplemente habría sido la consecuencia de que las estancias fueran más cortas pero no eficientes. Además, la estancia media agregada es un indicador poco fiable puesto que una estancia media elevada puede deberse a un case-mix que requiera una mayor estancia en el hospital, más que a una ineficiencia del sistema⁹.

La última gran área de la atención especializada es la quirúrgica-obstétrica cuyos principales indicadores se muestran en las **tablas 12 y 13**. El 38,78% de los ingresos en 2002 en Canarias requirieron intervención quirúrgica. Los mayores indicadores a lo largo del periodo corresponden a la provincia de Santa Cruz de Tenerife en la que

⁹ En el momento de realización del presente trabajo se carecía de información de estancia media por provincias para los hospitales del SCS por patologías, que sería una forma aproximada de ajustar por case-mix.

un 43% de los ingresos supusieron una intervención quirúrgica para el paciente, mientras que en Las Palmas, este porcentaje alcanzó sólo el 35% en 2002. Estas diferencias pueden explicarse por una mayor utilización de la cirugía ambulatoria en la provincia oriental. La variabilidad en la práctica médica tampoco puede descartarse, a falta de más información. Sin embargo, el número de intervenciones por 1.000 habitantes, que para el conjunto canario fue de 46 en 2002, refleja que en Las Palmas se realizaron más intervenciones (50) que en Santa Cruz de Tenerife (42). En el conjunto de la Comunidad Canaria, las intervenciones per capita en 2002 fueron sensiblemente superiores a las de 2000, produciéndose un descenso en el año 2001 al que sin duda habrá contribuido la huelga del personal hospitalario en dicho año.

TABLA 12. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS DE SALUD. ÁREA QUIRÚRGICA Y OBSTÉTRICA. CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Total de intervenciones con hospitalización / Total de ingresos (%)			Total intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes			Cesáreas / Partos (%)		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Lanzarote	38,92	33,84	41,78	42,66	33,58	41,91	24,25	26,40	28,23
Fuerteventura	30,36	29,17	36,69	35,61	34,46	41,71	29,10	33,30	28,77
Gran Canaria	32,54	31,27	33,44	48,96	44,68	51,95	11,08	11,82	12,22
Tenerife	46,68	42,68	44,18	45,46	39,48	42,15	20,74	22,57	23,07
La Palma	34,37	33,21	39,34	31,46	30,50	35,59	21,76	26,56	30,32
La Gomera	18,62	16,96	21,02	29,13	38,81	43,72	38,41	38,46	35,09
El Hierro	21,75	20,55	29,45	50,86	46,91	41,99	34,85	25,00	35,71
Prov. Las Palmas	33,20	31,42	34,98	47,39	42,72	50,03	14,21	15,58	15,90
Prov. S.C. Tenerife	44,49	40,84	42,99	43,74	38,66	41,55	21,39	23,25	24,01
CANARIAS	38,53	35,92	38,78	45,65	40,77	45,93	17,08	18,67	19,13

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Por áreas de salud, La Gomera y El Hierro -lógicamente con menor número de intervenciones quirúrgicas que Tenerife donde están los hospitales de referencia-, han registrado fuertes incrementos en la proporción de ingresos con intervención. Las intervenciones per capita reflejan un crecimiento de la actividad quirúrgica de 2001 a 2002 en todas las áreas de salud. Es muy probable que esto sea debido al incremento de la actividad de Cirugía Mayor Ambulatoria (véase **tabla 13**). Por su parte, la provincia de Las Palmas de Gran Canaria es la que más alto número de intervenciones realiza en proporción a su población (50,03 por 1.000 hab.). Aún así el mayor crecimiento (50%) se produce en el área de salud de La Gomera que pasa de realizar 29 operaciones por mil habitantes en 2000 a casi 44 en 2002, que lo hace a expensas de la cirugía mayor ambulatoria, lo cual puede estar originado por diferencias en la inclusión y en la codificación de los procesos ambulatorios a incluir entre las áreas. La actividad quirúrgica ambulatoria ha aumentado tanto en términos absolutos como per capita, especialmente en la provincia de Las Palmas, donde se llegaron a realizar 28,26 intervenciones de carácter ambulatorio por cada 1.000 habitantes en 2002.

Respecto al área obstétrica (**tabla 12**), en Canarias se produjeron 16.698 partos en 2002, el 19% de los cuales necesitó de cesárea. Esto significa que de 2000 a 2002 el número de partos aumentó en 279 en toda Canarias. Por un lado disminuyó el número de partos vía vaginal y por otro aumentó el número de cesáreas. Esto

posiblemente se deba a que la mujer se decide a tener hijos cada vez más tardíamente y por lo tanto aumenta el riesgo en el embarazo.

TABLA 13. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD EN CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Intervenciones quirúrgicas ambulatorias					
	Intervenciones			Intervenciones por 1.000 habitantes		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Lanzarote	1.174	954	977	12,19	9,26	8,89
Fuerteventura	681	763	777	11,33	11,56	11,14
Gran Canaria	21.833	20.363	25.120	29,46	26,95	32,57
Tenerife	11.864	10.699	12.240	16,72	14,38	15,73
La Palma	764	831	976	9,26	9,86	11,41
La Gomera	282	498	525	15,41	26,22	27,49
El Hierro	367	375	334	43,01	39,80	33,39
Prov. Las Palmas	23.688	22.080	26.874	26,39	23,88	28,26
Prov. Santa Cruz de Tenerife	13.277	12.403	14.075	16,22	14,48	15,77
CANARIAS	36.965	34.483	40.949	21,54	19,36	22,21

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Por áreas de salud, el número de nacimientos disminuyó considerablemente en La Gomera, El Hierro y La Palma y aumentó también notablemente en Lanzarote y Fuerteventura. Estas dos tendencias acentúan y definen el perfil demográfico de unas y otras islas: las occidentales, caracterizadas por el envejecimiento de la población y las orientales, con una población más joven. En las islas capitalinas las variaciones entre años son menores.

Por último, la provincia de Las Palmas destaca por tener una menor proporción de partos que se realizan por medio de cesárea en 2002 (15,90%), mientras que en la provincia de S.C. Tenerife fue de un 24%. Sin duda, la especialización del Hospital Universitario Materno-Infantil donde se produjeron los 7.772 partos de la isla, puede ayudar a explicar esta diferencia. Aunque, una vez más, no se puede rechazar la posibilidad de que sea este un caso más de variabilidad en la práctica médica, máximo teniendo en cuenta que el porcentaje de cesáreas está considerado como indicador indirecto de calidad asistencial.

Las exploraciones y tratamientos son indicadores fundamentales de la actividad de la atención especializada. Algunos de los más importantes aparecen en la **tabla 14**. El número de pruebas exploratorias en números absolutos y en términos per capita ha aumentado en todas las áreas de salud a lo largo del periodo considerado lo cual demuestra, no sólo el incremento en el aprovechamiento de los equipos tecnológicos, sino el esfuerzo inversor en tecnología en los hospitales públicos.

En el 2002 todas las islas cuentan con servicios de ecografía y mamografía. La ecografía es la exploración más habitual con diferencia¹⁰. En 2002 se comenzaron a realizar TAC en La Gomera por lo que El Hierro es la única área de salud que no

¹⁰El indicador de mamografías per capita debe ser interpretado con cautela puesto que la inmensa mayoría de esta exploración se realiza a la población femenina. Hay que tener en cuenta en este periodo la puesta en marcha del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama que ha sacado de la red hospitalaria a las mujeres entre 50-65 años, concentrando en los hospitales las mujeres fuera de este grupo de edad y las patológicas, lo que ocasiona este aparente descenso del indicador.

cuenta con esta tecnología. La litotricia, exploración menos habitual, sólo es realizada en 2002 en los Hospitales Universitario Insular y Doctor Negrín de Gran Canaria y Universitario de Canarias en Tenerife. Por último, las sesiones de diálisis han disminuido tanto en números absolutos como en proporción a la población en el Archipiélago, debido probablemente al aumento observado de la actividad concertada de un 66% que podría explicar la disminución de las sesiones públicas. Sí cabe destacar la instalación de un equipo de hemodiálisis en El Hierro en 2002 que realizó 88 sesiones de hemodiálisis en el año.

TABLA 14. EXPLORACIONES Y TRATAMIENTOS POR MIL HABITANTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS (2000-2002)

	2000	2001	2002
Tomografía Axial Computerizada (T.A.C.)	45,89	46,22	50,15
Ecografías	117,05	114,50	126,51
Mamografías	29,26	25,42	26,06
Litotricia	0,90	0,83	0,85
Sesiones de Hemodiálisis	29,54	28,09	26,71

Nota: Los datos de 2002 son provisionales.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Para terminar se expondrán brevemente algunos indicadores de **salud mental**. El número de consultas, estancias e ingresos ha aumentado en los últimos años lo cual es muestra del esfuerzo del SCS por consolidar la asistencia pública relacionada con la salud mental. El incremento de la actividad en salud mental está en estrecha relación con el incremento de los recursos, los cuales han sido asignados siguiendo criterios de equidad territorial. El mayor incremento en el número de consultas por 1.000 habitantes se produce en Fuerteventura (46%) de 2000 a 2001. Este incremento en el número de consultas fue posible a la incorporación de un tercer psiquiatra al área de salud. El notable incremento producido en El Hierro en 2001 respecto a 2002 se debió a la introducción de un servicio de telepsiquiatría, servicio que también opera en La Gomera. En general se observa cierta estabilidad en el número de consultas per capita en las dos provincias.

TABLA 15. SALUD MENTAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DE HOSPITALIZACIÓN POR ÁREAS DE SALUD. CANARIAS (2000-2002)

Área de salud	Consultas por 1.000 hab.			Ingresos por 1.000 hab.			Estancias por 1.000 hab.		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Lanzarote	110,10	94,49	85,97	1,61	1,72	1,61	32,63	35,34	30,77
Fuerteventura	83,48	99,78	121,93	2,44	2,71	2,51	26,84	40,83	34,83
Gran Canaria	131,67	134,64	130,57	1,62	1,45	1,36	25,16	26,56	27,01
Tenerife	98,35	83,01	100,24	1,42	1,46	1,39	36,08	32,06	32,72
La Palma	107,05	103,12	107,20	2,12	2,12	2,85	27,74	34,81	40,19
La Gomera	68,25	74,09	76,66	0	0	0	0	0	0
El Hierro	45,35	68,87	60,79	0	0	0	0	0	0
Prov. Las Palmas	126,13	127,68	124,78	1,68	1,57	1,48	26,08	28,56	28,02
Prov. S.C. Tenerife	98,01	84,63	99,96	1,45	1,47	1,49	34,06	31,27	32,37
CANARIAS	112,71	106,97	112,76	1,57	1,52	1,48	29,88	29,86	30,12

Notas: (1) Los datos de 2002 son provisionales. (2) Los datos de ingresos y estancias se refieren exclusivamente a las Unidades de Internamiento Breve. No se incluyen los datos de las Unidades de Rehabilitación Activa.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de la Salud.

Respecto a la actividad hospitalaria en salud mental, en primer lugar es necesario recordar que no existen Unidades de Internamiento Breve en La Gomera y El Hierro. En el resto de áreas de salud la creación de las UIBs es reciente y ha sido motivada por la progresiva dedicación de los hospitales psiquiátricos a la atención a enfermos crónicos en régimen de larga estancia y al aumento de camas destinadas a la salud mental que se ha realizado en los Hospitales Generales. El número de ingresos por 1.000 habitantes ha descendido ligeramente en la provincia de Las Palmas mientras que en la de Santa Cruz de Tenerife ha aumentado, sobre todo, por la evolución de La Palma que se sitúa como la isla con más alto número de ingresos y de estancias en proporción a su población.

2.3. Coherencia del avance del Proyecto de Plan de Infraestructuras del Servicio Canario de la Salud con otros instrumentos de planificación general o sectorial.

2.3.1. En opinión del Consejo, debería incluirse en el Proyecto de Plan que se analiza, un análisis de la coherencia del mismo con otros instrumentos de planificación actualmente vigentes en el ámbito de la Comunidad Autónoma. Así debería procederse en relación al **Plan de Desarrollo de Canarias (PDCAN) 2000-2006**, que representa la propuesta de planificación integral para Canarias. El **objetivo 5 del PDCAN** trata de la *mejora de la cobertura y la calidad de los servicios públicos vinculados a las personas*: un nivel de excelencia en la provisión de este tipo de servicios constituye un factor determinante para, de un lado, facilitar el asentamiento de actividades productivas y, de otro, contribuir a extender los efectos redistributivos del crecimiento económico a toda la población.

Una única **estrategia** concreta el **PDCAN** respecto de este **objetivo 5**: *mejorar la calidad de los equipamientos colectivos y de bienestar social*. En opinión del Consejo, el desarrollo de las infraestructuras sanitarias en nuestra Comunidad Autónoma mantienen una relación directa con la estrategia y objetivos señalados, en la medida en que se habrán de orientar a la instauración de servicios públicos que garanticen un modelo de sociedad solidaria y con la suficiente flexibilidad para su adaptación futura, garantizándose, también, la máxima eficiencia en la prestación del servicio público sanitario con independencia de su provisión pública o privada.

2.3.2. También, en opinión del Consejo, habrá de establecerse, lo que no se incluye en el proyecto de Plan que se analiza, la coherencia del mismo con el **Programa Operativo Integrado de Canarias (POIC)** para la misma programación 2000-2006. En efecto, el **Eje 5** del mismo, *desarrollo local y urbano*, establece la **medida 5.9**, *infraestructuras y equipamientos sociales y sanitarios*.

2.3.3. No hay, entre los antecedentes que se incluyen con el proyecto de Plan sobre el que se dictamina, datos ni referencias que permitan establecer la correspondencia entre el mismo y el **Plan Director de Infraestructuras de Canarias (PDIC)**: el proyecto de Plan de Infraestructuras Sanitarias habrá de garantizar su compatibilidad con el modelo de ordenación territorial establecido en la Ley general de sanidad, a través de la explicación de los criterios que han servido de base para la ubicación de las infraestructuras sanitarias de acuerdo con parámetros demográficos, geográficos y sociales, y también con la planificación territorial (PDIC) autonómica en materia de infraestructuras.

2.3.4. Particular importancia le merece al CES el que se aborde la planificación y realización de infraestructuras sanitarias sin disponer, a la fecha, del **Plan de Salud de Canarias**, en la medida en que éste, en los términos en que aparece definido en la *Ley 11/1994, de 26 de julio*, se concibe como el instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del Sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, y a tal fin sus resultados estarán sometidos a evaluación.

El Plan de Salud contemplará en su redacción:

- 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.

En relación a ello es importante resaltar que, entre otras determinaciones, el Plan de Salud de Canarias contendrá:

- a) Los **objetivos del Sistema Canario de la Salud** a alcanzar de acuerdo con las prioridades, directrices y orientaciones básicas que establece.
- b) Los **objetivos, programas y actividades principales relacionadas con la salud** de las Administraciones Públicas y, en particular, del Servicio Canario de la Salud.
- c) Los **objetivos, programas y actividades principales de las entidades privadas concertadas** prestadoras de servicios sanitarios en el desarrollo de los objetivos y prioridades de salud, así como los criterios para su coordinación con el Servicio Canario de la Salud, y en su caso, articulación funcional.

Además, es conveniente resaltar que para la elaboración y aprobación del Plan de Salud, se tendrán en cuenta los planes de cada una de las Áreas de Salud y las propuestas formuladas por los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y de las Zonas Básicas de Salud.

La aprobación del Plan de Salud tendrá, entre otros, y en relación al objeto del presente dictamen, el siguiente efecto: la **declaración de utilidad pública de las obras previstas en el Plan y de la ocupación de los terrenos y demás bienes precisos para servicios, centros o establecimientos sanitarios** a efectos de expropiación.

3. Observaciones de carácter particular.

3.1. Sobre los criterios básicos que orientarían la propuesta de planificación en materia de infraestructura sanitaria. Tal y como se indica en la propuesta de planificación que se analiza, concluidas las actuaciones para conocer la estimación de los recursos necesarios para atender a la demanda se procede a la realización del el Plan Funcional de los nuevos recursos, que definiría, en su conjunto y en detalle, la institución necesaria y los criterios en los que se basará su funcionamiento.

Este Plan Funcional, en los términos en que lo define el proyecto de Plan de Infraestructuras, habrá de incluir como objetivo de la nueva institución el alcance de su función en materia asistencial, los criterios básicos que orientarían la planificación, la programación funcional, los criterios de ordenación del conjunto, los criterios de relación de los centros con su entorno y de ordenación de los mismos y, por último, la programación de locales y superficies necesarias¹¹ para el desarrollo del centro, servicio o establecimiento afectado.

En relación a ello, en opinión del CES, resulta especialmente importante conocer los criterios básicos que orientan esta propuesta de Plan y que, tal y como señala el proyecto, se trataría de los "criterios generales de carácter estratégico" para desarrollar la "red asistencial" y para su gestión y mantenimiento una vez construida.

3.2. En opinión del Consejo, cuando el proyecto de Plan de Infraestructuras señala, como una de sus motivaciones, que la dimensión de la oferta no se corresponde con la demanda actual o esperada, se debería explorar otras alternativas distintas a la concentración de estructuras hospitalarias y construcción de macrocentros. En línea con soluciones que ya se están desarrollando o ya se han desarrollado, de tal forma que se hagan compatibles el mantenimiento de estas grandes infraestructuras con las exigencias de la descentralización de la asistencia sanitaria y la accesibilidad de los usuarios a los recursos, en un territorio insular y fragmentado, intentando comarcalizar la asistencia hospitalaria en sus niveles básicos.

Tal y como viene concebida la propuesta de planificación en materia de infraestructuras sanitarias, el Consejo Económico y Social se cuestiona la compatibilidad que pueda existir entre la macroconcentración hospitalaria de las islas mayores, principio estratégico del proyecto de Plan, y la aproximación de los servicios a los usuarios.

3.3. El proyecto de Plan de Infraestructura, al abordar la inadecuación de la red actual desde una perspectiva funcional, declara que *"tan rápido como se transforma la medicina deberían evolucionar las infraestructuras que le dan soporte"*. Consecuentemente, en opinión del CES, se deberían buscar modelos flexibles que reduzcan los presupuestos operativos de cada año, ya que lo mas difícil no es construir, sino mantener eficientemente las infraestructuras, haciéndolas sostenibles en el futuro.

El Consejo Económico y Social no plantea objeción alguna a las propuestas de

¹¹ En el caso de los grandes centros, al tiempo del desarrollo del programa de locales y superficies, se harán los que se refieran a *instalaciones generales y equipamiento singular*.

desarrollos de Atención Primaria y de los Centros de Emergencias y Atención Psiquiátrica, en los términos que incluye el proyecto de Plan. Que responde a los objetivos propuestos cuando habla de mapa sanitario y se busca la aproximación los servicios a los ciudadanos.

Sin perjuicio de ello, en opinión del CES, y en línea con lo que ya se menciona en el Pacto por la Sanidad Pública, habría que convencer a los usuarios de que éste es un nivel de resolución de sus problemas de salud, lo que facilitaría la descongestión de los servicios de urgencia.

3.4. Cuando en el proyecto de Plan se analiza la demanda según el financiador, de lo que actualmente realiza el grupo de proveedores privados, según el propio documento: 26,07 % de los ingresos procedentes de SCS; 81,84 % de los pacientes privados y un 92,85 % de los pacientes de compañías de seguros, éste grupo de proveedores pasaría a resolver tan solo el 25% de las hospitalizaciones, incluyendo todos los pacientes, públicos y privados. En relación a ello y en opinión del Consejo, convendría hacer un mejor análisis de esta cuestión por los efectos sobre el sector privado de la sanidad.

3.5. A propósito de la **financiación** del proyecto de Plan de Infraestructuras del SCS, éste tiene un coste total próximo a los 1.000 millones de euros. En relación a ello, el CES quiere llamar la atención sobre la ausencia de previsiones respecto a las aportaciones definitivas para las anualidades 2007 a 2010, que estarían absolutamente condicionadas a las disponibilidades presupuestarias.

3.6. En opinión del Consejo Económico y Social, el Sistema Canario de Salud se enfrenta a una demanda creciente de recursos proveniente de los cambios demográficos derivados del envejecimiento y de la inmigración; de la presión de la población turística; de las nuevas tecnologías y fármacos de alto coste, y de las expectativas crecientes de la población. Asimismo, se encuentra condicionado por la falta de suficiencia financiera del propio Sistema Nacional de Salud del Estado español que mantiene un nivel de eficiencia aceptable, a pesar de disponer de una financiación estancada con un gasto sanitario total en salud del 7.7% del PIB en los últimos años y un índice de gasto sanitario público que en los últimos diez años, se ha mantenido en el 5,5% del PIB, alejándose de la media de la UE, que es actualmente el 6,7%.

La presión por el lado de la demanda compite con otras necesidades sociales. En opinión del Consejo, una correcta política sanitaria ha de gestionar el desafío que supone la necesidad de mantener el nivel y la calidad de las prestaciones de la Atención Especializada, controlando su tendencia al incremento de recursos a la vez que elevar el nivel, la calidad y la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud como una inversión mucho más coste-efectiva y de mayor capacidad de contribuir a la sostenibilidad técnica y económica del Sistema de Salud. En consecuencia, el sistema sanitario en su conjunto ha de ser capaz de mejorar el rendimiento de los recursos existentes para dar respuesta adecuada a estas demandas crecientes con criterios de eficacia y eficiencia. El papel que se le asigne, en todo este proceso, al acierto en la dimensión del esfuerzo inversor para la mejora o puesta en funcionamiento de nuevas infraestructuras sanitarias, es especialmente relevante.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En opinión del Consejo, a propósito de la solicitud del dictamen preceptivo por el procedimiento de urgencia, hubiera sido aconsejable una tramitación anticipada de los procesos previos de elaboración del proyecto de Plan de Infraestructuras Sanitarias del Servicio Canario de la Salud, de tal forma que no se hubiera precipitado la urgencia al momento de la intervención del Consejo.

La complejidad de los contenidos del proyecto de Plan de Infraestructuras del SCS, sus evidentes repercusiones en el ámbito de los intereses económicos y sociales representados en el Consejo y la **conveniencia de proceder**, en consecuencia, a un **examen detallado de los aspectos materiales y de oportunidad política** en relación a dicho proyecto de plan sectorial, aconsejan disponer de margen temporal suficiente, de tal forma **que se haga posible situar la preceptiva participación del CES**, en el proceso de definición de las políticas públicas con contenido económico, social o laboral, **con criterios de eficiencia**.

2. Por ello el CES sólo ha podido orientar sus trabajos sobre aquellos aspectos que se han considerado más relevantes. El Consejo advierte sobre la **ausencia de consideraciones sobre la coherencia de la propuesta de planificación en materia de infraestructuras sanitarias con otros instrumentos**, generales o sectoriales, como el **Plan de Desarrollo de Canarias (PDCAN)**, objetivo 5 el **Programa Operativo Integrado de Canarias (POIC)**, eje 5, medida 5.9, ambos para el período de programación 2000-2006, el **Plan Director de Infraestructuras de Canarias (PDIC)** y, de manera particular, con la programación sectorial en materia de salud en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, el **Plan de Salud**, pendiente aún de aprobarse en el Parlamento.
3. El **Plan de Salud de Canarias**, en los términos en que aparece definido en la **Ley 11/1994, de 26 de julio**, se concibe como el instrumento estratégico para la planificación y coordinación, y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Canario de la Salud, que garantiza que las funciones del sistema se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz.

A tal fin, el Plan de Salud habrá de contemplar, entre otros, un análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos. En relación a ello es importante resaltar que, entre otras determinaciones, el Plan de Salud habrá de contener, para su aprobación, los planes de cada una de las Áreas de Salud y las propuestas formuladas desde las Áreas y desde Zonas Básicas de Salud. A los efectos del proyecto de Plan de Infraestructuras, sobre el que se dictamina, el CES quiere recordar que la aprobación del Plan de Salud tendrá entre otros efectos, el de la declaración de utilidad pública de las obras previstas en materia de infraestructura, y de la ocupación de los terrenos y demás bienes precisos para servicios, centros o establecimientos sanitarios, a efectos de expropiación. De ahí la especial insistencia que hace el Consejo de exigir la **coherencia entre estos programas sectoriales**.

4. Tal y como se ha reflejado en las observaciones que incluye el presente dictamen, en opinión del Consejo, el Sistema Canario de Salud se enfrenta a una demanda creciente de recursos proveniente de los cambios demográficos derivados del envejecimiento y de la inmigración; de la presión de la población turística; de las nuevas tecnologías y fármacos de alto coste, y de las expectativas crecientes de la población y, además, condicionado por la falta de suficiencia financiera del propio Sistema Nacional de Salud del Estado español.

En consecuencia, el sistema sanitario en su conjunto ha de ser capaz de mejorar el rendimiento de los recursos existentes para dar respuesta adecuada a las nuevas demandas crecientes con criterios de eficacia y eficiencia. El papel que se le asigne, en todo este proceso, al acierto en la dimensión del esfuerzo inversor para la mejora o puesta en funcionamiento de nuevas infraestructuras sanitarias, es especialmente relevante, en la medida en que se trata, no sólo de crear nuevas infraestructuras, sino de garantizar su sostenibilidad y acertar, además, en una gestión eficiente.

5. Tal y como se ha indicado en las observaciones del presente dictamen, en opinión del Consejo, la correcta adecuación de la oferta con la demanda actual o esperada exigiría explorar otras alternativas distintas a la concentración de estructuras hospitalarias y construcción de macrocentros. En línea con soluciones que ya se están desarrollando o ya se han desarrollado, de tal forma que se hagan compatibles el mantenimiento de estas grandes infraestructuras con las exigencias de la descentralización de la asistencia sanitaria y la accesibilidad de los usuarios a los recursos, en un territorio insular y fragmentado, intentando comarcalizar la asistencia hospitalaria en sus niveles básicos.
6. Cuando en el proyecto de Plan se analiza la demanda según el financiador, de lo que actualmente realiza el grupo de proveedores privados, según el propio documento: 26,07 % de los ingresos procedentes de SCS; 81,84 % de los pacientes privados y un 92,85 % de los pacientes de compañías de seguros, éste grupo de proveedores pasaría a resolver tan solo el 25% de las hospitalizaciones, incluyendo todos los pacientes, públicos y privados. En relación a ello y en opinión del Consejo, convendría hacer un mejor análisis de esta cuestión por los efectos sobre el sector privado de la sanidad.
7. Por último, el CES, en líneas generales, expresa su valoración positiva, con las **observaciones que a lo largo del presente dictamen se hacen**, que solicitamos se consideren, y sin perjuicio, también, de señalar, como ya se ha indicado, la imposibilidad de proceder a un examen detallado de todo el contenido del avance de proyecto de Plan de Infraestructuras.

Vº. Bº
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO

EL SECRETARIO GENERAL
DEL CONSEJO

Fdo.: José Luis Rivero Ceballos

Fdo.: Carlos J. Valcárcel Rodríguez