

DICTAMEN 3/2010

Del Consejo Económico y Social de Canarias

sobre el borrado del Anteproyecto de

III Plan de Salud de Canarias 2010-2015

Dictamen preceptivo solicitado por el Gobierno
de Canarias con fecha 3 de junio de 2010
por el procedimiento ordinario

Aprobado por el Pleno del Consejo en sesión de
trabajo de fecha 14 de Octubre de 2010

DICTAMEN 3/2010

DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS

sobre el borrado del anteproyecto de

III Plan de Salud de Canarias 2010-2015.

Preceptivo, solicitado por el Gobierno de Canarias

Sumario

I. ANTECEDENTES.....	5
II. CONTENIDO DEL “III PLAN DE SALUD CANARIAS 2010-2015”.....	6
1. Estructura y finalidad.....	6
2. Contenido.....	7
III. OBSERVACIONES AL AVANCE DE “III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2010-2015”.....	11
1. Observaciones de carácter previo.....	11
1.1. Aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo:.....	11
1.1.1. A propósito de la documentación acompañada a la solicitud de Dictamen.....	11
2. Observaciones de carácter general.....	13
2.1. Breve caracterización del sistema sanitario en Canarias.....	13
2.1.1. Población protegida y estado de salud de los canarios.....	13
2.1.2. Servicios Sanitarios.....	16
2.1.3. Situación económica y financiación de la sanidad.....	17
2.1.4. Algunas referencias al gasto farmacéutico.....	20
2.1.5. Calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria. Valoración de la población de Canarias sobre el Sistema de Salud.....	21
2.2. Contexto normativo: la configuración del derecho a la protección de la salud.....	27
2.2.1. El ámbito internacional: la Unión Europea.....	27
2.2.2. Las referencias Constitucionales.....	27
2.2.3. La estructuración territorial del sistema de salud.....	28
2.3. Referencias al papel que debe jugar el Plan de Salud de Canarias.....	29
2.4. Planificación sanitaria y “espacio sociosanitario”. Mejora en el ámbito organizativo.....	30
2.5. Planificación sanitaria y seguridad alimentaria.....	32
3. Observaciones de carácter particular.....	34
3.1. Sobre el diagnóstico de la población de Canarias.....	34
3.2. Sobre el diagnóstico del sistema canario de salud.....	34
3.3. Sobre el ámbito de intervención IV: Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.....	35
3.3.1. Área de Impacto12: Implementar medidas de mejora en la gestión de la demanda de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.....	35
3.3.2. Área de Impacto 13: Implementar medidas de mejora en la gestión de la oferta de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.....	35
3.4. Sobre la aplicación, seguimiento y evaluación del futuro III Plan de Salud de Canarias.....	36
3.4.1. Evaluación del Plan anterior.....	37
3.4.2. Proceso participativo.....	37
3.4.3. Sistema de indicadores.....	37
3.4.4. Ficha Financiera del Plan.....	38
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40

DICTAMEN 3/2010 del CES:

III Plan de Salud de Canarias 2010-2015

Dictamen preceptivo, solicitado por el Gobierno con fecha 3 de junio de 2010 por el trámite ordinario.

Aprobado por el Pleno del Consejo en sesión de trabajo de fecha 14 de octubre de 2010

Para más información:

Gabinete Técnico de Estudios y Documentación
Secretaría General

Ramón Aymerich de Vega (Estudios): Extensión 172
Juan Peña García (Documentación): Extensión 147
Francisco Cruz Delgado (Apoyo Documental). Extensión 173
Mari Carmen Reyes Marrero (Publicaciones): Extensión 143
Jaime de Querol Orozco (Apoyo Informático): Extensión 144

Plaza de la Feria, nº 1. Edificio Marina - Entreplanta
35003 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Tlf: 928 384963 y 928 384932
Fax: 928 384897

E-mail: gabinete.ces@gobiernodecanarias.org
Web: www.cescanarias.org

Dictamen 3/2010 del CES
Preceptivo, a petición de la Presidencia del Gobierno,
sobre el borrador de anteproyecto de
"III Plan de Salud de Canarias 2010-2015"

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 Desarrollo Regional y Planificación Económica*, 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 *14 de octubre de 2009*, 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 3 de junio de 2010, tiene entrada en el Consejo la 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 ordinario, sobre el avance del "*III Plan de Salud de Canarias 2010-2015*", 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*, el dictamen habrá de ser emitido en el plazo de un mes, contado desde la recepción de la petición de Dictamen.

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:
 - *Avance del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015.*
 - *Certificación del Secretario del Consejo Canario de la Salud.*
 - *Memoria económica del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015.*
3. Conforme a las previsiones que se establecen en el *artículo 28.4 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social*, se acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la **Comisión Permanente de Trabajo de Desarrollo Regional y Planificación Económica**, 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 cuatro sesiones de trabajo los días *21 de junio, 19 de julio, 14 de septiembre y 7 de octubre de 2010*. En la última de las sesiones de trabajo, la del *7 de octubre de 2010*, la Comisión Permanente, dándose las exigencias legales y reglamentarias, **aprueba por unanimidad el Proyecto de Dictamen preceptivo** analizado por el Pleno.

II. CONTENIDO DEL “III PLAN DE SALUD CANARIAS 2010-2015”.

1. Estructura y finalidad.

El Proyecto de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015 que se dictamina, consta de dos partes: una primera parte, que recoge la Introducción y el análisis de la situación de salud, y una segunda parte, que comprende el ámbito de actuación del Plan, y que contiene, aparte de una introducción, diversas áreas de intervención del III Plan, divididas a su vez, en áreas de impacto.

Respecto a la primera parte del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015: comienza con una introducción, en la que se hace referencia, entre otros aspectos, a la definición y presupuestos para la elaboración de un nuevo Plan de Salud de Canarias, a la conexión del Plan con la economía y la sostenibilidad, al proceso para la elaboración del mismo, a la valoración de la población canarias sobre el Sistema de Salud y a la Encuesta de Salud de Canarias. Continúa dicha primera parte con el Análisis de la situación de salud, en el que se hace referencia, entre otros aspectos, a la salud de la población de Canarias, características demográficas, determinantes de la salud y el contexto socioeconómico canario, los factores de riesgo, el coste socioeconómico de la enfermedad y oportunidades para la mejora de la gestión, etc. A continuación, la primera parte del Plan recoge un apartado relativo a la salud del Sistema de Salud, con referencias al Sistema Canario de Salud, a las experiencias relevantes desarrolladas en Canarias, a las fuerzas internas y externas, a la necesidad de integración de servicios, a la calidad y la seguridad del paciente, a la actividad concertada, a las listas de espera, a los recursos humanos y la financiación del Servicio Canario de la Salud.

En cuanto a la segunda parte del Plan (Ámbito de actuación del III Plan de Salud de Canarias), se compone de un primer apartado denominado “La visión de futuro”, en el que se recogen los objetivos del Servicio Canario de la Salud, los valores que sustentan el Sistema Canario de la Salud, los programas y estrategias autonómicas y nacionales de prevención y control de enfermedades, y la continuidad y cambio en el III Plan de Salud de Canarias. Seguidamente, se mencionan y desarrollan los ámbitos de intervención y las áreas de impacto; siendo éstos los siguientes:

- Ámbito de intervención I: influir sobre los determinantes de la Salud:
 1. Área de impacto 1: Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.
 2. Área de impacto 2: Incidir sobre los determinantes de la salud a través de la acción interinstitucional e intersectorial y la participación ciudadana.
 3. Área de impacto 3: Fomentar la salud pública para la adecuación del sistema a las situaciones de salud emergentes.
- Ámbito de intervención II: reorientar el sistema canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de servicios. Se recogen como iniciativas innovadoras las siguientes: gestionar el sistema en clave poblacional, desarrollar los servicios en función de las necesidades de los pacientes, la aplicación del modelo de gestión de enfermedades crónicas, la estratificación de pacientes, potenciar el papel del usuario, su responsabilización y la autogestión de su salud, desarrollar organizaciones sanitarias integradas para la continuidad de los cuidados, formación en habilidades directivas y promoción del liderazgo entre los profesionales del sistema sanitario, y el desarrollo de unidades de gestión clínica.

Dentro de este ámbito de intervención, se señalan como áreas de impacto:

4. Área de impacto 4: Desarrollar el Sistema Canario de la Salud orientado a la coordinación de servicios, con un balance óptimo entre atención primaria especializada, salud pública, salud laboral, salud mental, drogodependencias y el ámbito sociosanitario.
 5. Área de impacto 5: Conseguir una atención primaria más resolutive, integral participativa y de calidad.
 6. Área de impacto 6: Desarrollar una atención especializada más eficiente y personalizada.
- **Ámbito de intervención III: impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales:**
7. Área de impacto 7: Desarrollar el sistema de evaluación del III Plan de Salud de Canarias para la toma de decisiones.
 8. Área de impacto 8: Incidir en las agendas de investigación en el ámbito de los servicios de salud a través de proyectos piloto y experiencias innovadoras.
 9. Área de impacto 9: Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el desarrollo de las áreas de impacto del III Plan de Salud de Canarias.
 10. Área de impacto 10: Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs), que faciliten la continuidad de la atención y la integración de los servicios.
 11. Área de impacto 11: Desarrollar la Comunicación en Salud como una estrategia dirigida a enfrentar los problemas de salud y sanidad prioritarios y a mantener la sanidad en la agenda pública.
- **Ámbito de intervención IV: garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario:**
12. Área de impacto 12: Implementar medidas de mejora en la gestión de la demanda de servicios que contribuyen a la sostenibilidad del sistema.
 13. Área de impacto 13: Implementar medidas de mejora en la gestión de la oferta de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.

Dentro de la segunda parte del III Plan de Salud de Canarias, se encuentra un apartado dedicado a la contribución del Plan a las áreas de impacto, la bibliografía y dos Anexos, uno de ellos, relativo a los indicadores de cumplimiento del Plan y el otro, referente a los participantes en el proceso de formulación del mismo.

2. Contenido

Se detalla a continuación, de forma esquemática, el contenido del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015:

1ª PARTE

1. INTRODUCCIÓN.

- 1.1 Definición y presupuestos para la elaboración de un nuevo Plan de Salud de Canarias.
- 1.2 La conexión del III Plan de salud con la economía y la sostenibilidad.
- 1.3 El proceso para la elaboración del III Plan de salud.
- 1.4 Valoración de la población de Canarias sobre el Sistema de Salud.
- 1.5 Encuesta de salud de Canarias.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.

- 2.1 La salud de la población de Canarias.
 - 2.1.1 Características demográficas de la población.

- 2.1.2 Los determinantes de la salud y el contexto socioeconómico canario.
- 2.1.3 Factores de riesgo. Estilos de vida.
- 2.1.4 Morbilidad.
- 2.1.5 Mortalidad.
 - 2.1.5.1 Mortalidad infantil.
 - 2.1.5.2 Mortabilidad evitable.
 - 2.1.5.3 Defunciones según causas de muerte.
 - 2.1.5.3.1 Cardiopatía isquémica.
 - 2.1.5.3.2 Enfermedad cerebrovascular.
 - 2.1.5.3.3 Cáncer
 - 2.1.5.3.4 Diabetes
 - 2.1.5.3.5 Enfermedades renales
 - 2.1.5.3.6 Enfermedades pulmonares
 - 2.1.5.3.7 Causas externas.
 - 2.1.5.3.8 Accidentes de tráfico.
 - 2.1.5.3.9 Suicidio
- 2.1.6 El coste socioeconómico de la enfermedad y oportunidades para la mejora de la gestión.
- 2.1.7 Conclusiones condiciones de salud de la población de Canarias.
- 2.2 La Salud del Sistema de Salud.
 - 2.2.1 El Sistema Canario de la Salud.
 - 2.2.2 Experiencias relevantes desarrolladas en Canarias.
 - 2.2.3 Fuerzas externas y fuerzas internas.
 - 2.2.4 La necesidad de integración de servicios.
 - 2.2.5 La calidad y la seguridad del paciente.
 - 2.2.6 La actividad concertada.
 - 2.2.7 Listas de espera.
 - 2.2.8 Los Recursos Humanos.
 - 2.2.9 La financiación del Servicio Canario de la Salud.

2ª PARTE

3. LA VISIÓN DE FUTURO.

- 3.1 Introducción.
 - 3.1.1 Objetivos del Servicio Canario de la Salud.
 - 3.1.2 Valores que sustentan el Sistema Canario de la Salud.
 - 3.1.3 Los programas y estrategias autonómicas y nacionales de prevención y control de enfermedades.
 - 3.1.4 Continuidad y cambio en el III Plan de Salud de Canarias.
 - 3.1.5 Ámbitos de intervención y áreas de impacto.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN I: Influir sobre los determinantes de la salud.

- 1.1 Objetivo general.
- 1.2 Introducción.
- 1.3 **ÁREA DE IMPACTO 1: Incidir proactivamente sobre los factores de riesgo y estilos de vida.**
 - 1.3.1 Objetivo.
 - 1.3.2 Introducción.
 - 1.3.3 La evidencia.
 - 1.3.4 Fuentes principales de la evidencia.
 - 1.3.5 Líneas de actuación.
- 1.4 **ÁREA DE IMPACTO 2: Incidir sobre los determinantes de la salud a través de la acción interinstitucional e intersectorial y la participación ciudadana.**
 - 1.4.1 Objetivo.
 - 1.4.2 Introducción.
 - 1.4.3 La evidencia.
 - 1.4.4. Fuentes principales de la evidencia.

I.4.5 Líneas de actuación.

I.5 ÁREA DE IMPACTO 3: Fomentar la salud pública para la adecuación del sistema a las situaciones de salud emergentes.

I.5.1 Objetivo General.

I.5.2 Introducción.

I.5.3 Líneas de actuación.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN II: Reorientar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en las enfermedades crónicas y en la integración de servicios.

II.1 Objetivo general.

II.2 Introducción.

II.3 Innovación en la atención a las enfermedades crónicas.

II.4 Iniciativas innovadoras.

II.4.1 Gestionar el sistema en clave poblacional.

II.4.2 Desarrollar los servicios en función de las necesidades de los pacientes.

II.4.3 Aplicación del Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas.

II.4.4 Estratificación de Pacientes.

II.4.5 Potenciar el papel del usuario, su responsabilización y la autogestión de su salud.

II.4.6 Desarrollar organizaciones sanitarias integradas para la continuidad de los cuidados.

II.4.7 Formación en habilidades directivas y promoción del liderazgo entre los profesionales del sistema sanitario.

II.4.8 Desarrollo de Unidades de Gestión Clínica.

II.5 La evidencia.

II.5.1 Fuentes principales de la evidencia.

II.6 ÁREA DE IMPACTO 4: Desarrollar el Sistema Canario de la Salud orientado a la coordinación de servicios, con un balance óptimo entre atención primaria especializada, salud pública, salud laboral, salud mental, drogodependencias y el ámbito sociosanitario.

II.6.1 Objetivo.

II.6.2 Líneas de actuación.

II.7 ÁREA DE IMPACTO 5: Conseguir una atención primaria más resolutiva, integral, participativa y de calidad.

II.7.1 Objetivo.

II.7.2 Introducción.

II.7.3 Líneas de actuación.

II.8 ÁREA DE IMPACTO 6: Desarrollar una atención especializada más eficiente y personalizada.

II.8.1 Objetivo.

II.8.2 Introducción.

II.8.3 Líneas de actuación.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN III: Impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales.

III.1 Objetivo general.

III.2 Introducción.

III.3 ÁREA DE IMPACTO 7: Desarrollar el sistema de evaluación del III Plan de Salud de Canarias para la toma de decisiones.

III.3.1 Objetivo.

III.3.2 Introducción.

III.3.3 Líneas de actuación.

III.4 ÁREA DE IMPACTO 8: Incidir en las agendas de investigación en el ámbito de los servicios de salud a través de proyectos piloto y experiencias innovadoras.

III.4.1 Objetivos.

III.4.2 Introducción.

III.4.3 Formulación e implementación de los proyectos piloto.

III.4.4 Líneas de actuación.

III.5 ÁREA DE IMPACTO 9: Incidir en las agendas de formación de los profesionales, para el desarrollo de las áreas de impacto del Plan de Salud de Canarias.

III.5.1 Objetivo.

III.5.2 Introducción.

III.5.3 Líneas de actuación.

III.6 ÁREA DE IMPACTO 10: Potenciar las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs), que faciliten la continuidad de la atención y la integración de los servicios.

III.6.1 Objetivo

III.6.2 Introducción.

III.6.3 Líneas de actuación.

III.7 ÁREA DE IMPACTO 11: Desarrollar la Comunicación en Salud como una estrategia dirigida a enfrentar los problemas de salud y sanidad prioritarios y a mantener la sanidad en la agenda pública.

III.7.1 Objetivo.

III.7.2 Introducción.

III.7.3 Líneas de actuación.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN IV: Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

IV.1 Objetivo general.

IV.2 Introducción.

IV.3 La evidencia.

IV.4 Fuentes principales de la evidencia.

IV.5 ÁREA DE IMPACTO 12: Implementar medidas de mejora en la gestión de la demanda de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.

IV.5.1 Objetivo.

IV.5.2 Líneas de actuación.

IV.6 ÁREA DE IMPACTO 13: Implementar medidas de mejora en la gestión de la oferta de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema.

IV.6.1 Objetivos.

IV.6.2 Líneas de actuación.

4. Contribución del plan a las áreas de impacto.

5. Bibliografía.

6. Anexos.

ANEXO 1.- Indicadores de cumplimiento.

ANEXO 2.- Participantes en el proceso de formulación del III Plan de Canarias.

III. OBSERVACIONES AL “III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2010-2015”.

1. Observaciones de carácter previo.

1.1. Aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo:

1.1.1. A propósito de la documentación acompañada a la solicitud de Dictamen.

Con la solicitud inicial de Dictamen preceptivo, tal y como se ha señalado en el apartado que hace referencia a los antecedentes, se acompañó el avance de Proyecto de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, por el que se solicita, por el procedimiento ordinario, dictamen del CES.

Consta asimismo en el expediente, dado que dicho documento se encuentra sin firmar, borrador de Memoria Económica del III Plan de Salud de Canarias, que contiene una estimación de la ficha financiera del citado Plan, así como certificación del Secretario el Consejo Canario de la Salud, acreditativa que se ha informado a dicho órgano colegiado acerca del contenido y tramitación del Anteproyecto de Plan.

En opinión del Consejo, el avance de Proyecto de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, cumple en líneas generales con los requisitos mínimos que han de tener los planes, y que se encuentran recogidos en el Acuerdo de Gobierno de 12 de enero de 2001, relativo a la elaboración de los Planes y Programas Sectoriales.

No obstante lo anterior, no se aporta, entre la documentación remitida con la petición de dictamen, la **preceptiva certificación del Acuerdo del Consejo de Gobierno adoptando la petición de dictamen al CES**, conforme a lo establecido en el artículo 4.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social de Canarias, aprobado por el Decreto 312/1993, de 10 de diciembre.

En relación a esta omisión, es reiterada la posición del Consejo que señala que la utilización, en el trámite de solicitud de dictamen, de la vía incluida en el artículo 5.1 de la Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del Consejo Económico y Social, en la redacción dada por el artículo 13 de 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, que excusa de la previa toma en consideración por el Gobierno de las iniciativas sobre las que se dictamina, cuando así lo haya interesado cualquiera de sus miembros, aleja los pronunciamientos del Consejo del momento en que aquél expresa su “*voluntad política*” respecto de las mismas, sobre todo si tenemos en cuenta la omisión, también, de entre los antecedentes que acompañan a la petición de dictamen, de otra información y documentación complementaria.

Tampoco consta en el expediente que se haya realizado el trámite de audiencia, o en el caso de que éste se haya efectuado, no se aporta Informe acerca del proceso participativo de elaboración del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, si bien es preciso mencionar que el citado Plan tiene un apartado dedicado a mencionar a los participantes en el proceso de formulación del mismo.

Conviene destacar, además, lo dispuesto en la Ley 9/2006, de 28 de abril, sobre evaluación de los efectos de determinados planes y programas en el medio ambiente. Dicha Ley introduce en la legislación española la evaluación ambiental estratégica de planes y programas, concebida como un instrumento de prevención que permite integrar los aspectos medioambientales en la toma de decisiones de planes y programas públicos, e incorpora al derecho interno del Estado español la Directiva 201/42/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de julio de 2001; directiva que tiene como principales fundamentos el principio de cautela y la necesidad de protección del medio ambiente en las políticas y actividades sectoriales, con el fin de garantizar que las repercusiones previsibles sobre el medio ambiente de las actuaciones inversoras sean tenidas en cuenta antes de la adopción, y durante la preparación, de los planes y programas en un proceso continuo que iría desde la fase preliminar de formulación de los mismos, antes de los trámites de consulta, a la fase última de propuesta de plan o programa. En relación a ello, el Consejo Económico y Social considera que hubiese sido deseable un informe que motive o fundamente las razones por las que queda excluido el mismo de la evaluación estratégica prevista en la Ley 9/2006, de 29 de abril, citada.

Particular importancia reviste para el Consejo la omisión del Informe acerca de la viabilidad presupuestaria de la Consejería de Economía y Hacienda, sobre la adecuación de la ficha financiera del avance de proyecto de Plan al escenario presupuestario plurianual a que se refiere.

2. Observaciones de carácter general.

2.1. Breve caracterización del sistema sanitario en Canarias

Desde que se hicieron efectivas las **transferencias en materia sanitaria** en Canarias, en nuestra Comunidad Autónoma se ha producido, al igual que en el resto de los territorios del Estado, una importante diversificación de las políticas sanitarias, lo que lleva implícito su fuerte transformación, con un importante desarrollo del sistema canario de salud y en especial de la sanidad pública. Al mismo tiempo el incremento demográfico y el envejecimiento de la población, junto a la mayor utilización del sistema sanitario público, han sido factores que han contribuido a elevar la demanda de servicios sanitarios, determinando que sea la propia sostenibilidad del sistema el mayor reto al que se enfrenta el sistema sanitario. A estas circunstancias, la actual situación de crisis económica, añade un elemento más al desafío que representa garantizar la sostenibilidad del sistema, ya que recursos cada vez más escasos habrán de garantizar los servicios sanitarios con la misma calidad hasta ahora alcanzada.

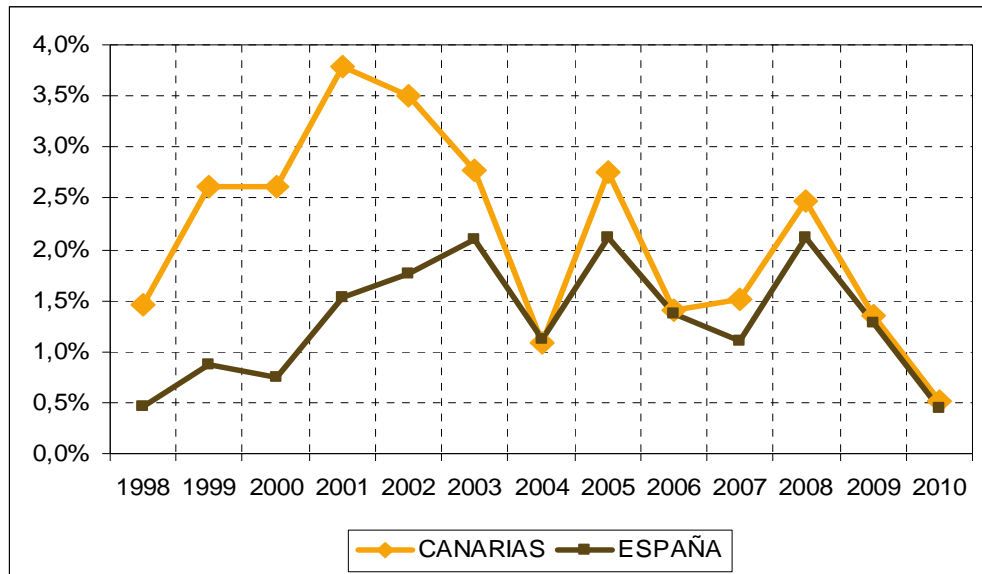
2.1.1. Población protegida y estado de salud de los canarios.

La **población residente en Canarias el 1 de enero de 2010** según los datos provisionales del padrón municipal, era de 2.114.928 habitantes. El intenso crecimiento demográfico de Canarias en las últimas décadas ha sido un factor de presión en la demanda sanitaria, con tasas muy superiores a la media española.

En los diez últimos años, mientras que la población en el conjunto del país creció en un 16%, en Canarias la población creció en un 23%, siete puntos porcentuales más. Si se toma como referencia la evolución demográfica de los últimos 20 años, las diferencias aún son mayores, ya que la tasa de crecimiento en Canarias (35%) prácticamente dobla a la española (18%). Estos datos confirman la importancia del factor demográfico en la sanidad canaria, que ha sido un factor de presión en la demanda de servicios sanitarios que ha condicionado el fuerte crecimiento de la estructura asistencial en las islas en las últimas décadas.

También es cierto, tal como se desprende del gráfico 1, que estas altas tasas de crecimiento de la pasada década se han ido atenuando, de manera que es previsible que el incremento población deje de ser un factor de presión en la demanda asistencial. En la actualidad, la presión demográfica ha descendido y desde 2004 se encuentra en tasas muy similares a la media española. Sin embargo, atenuada esta circunstancia, el problema de crecimiento de población está dando paso a otra característica de nuestra realidad sociodemográfica, la del progresivo envejecimiento de la población.

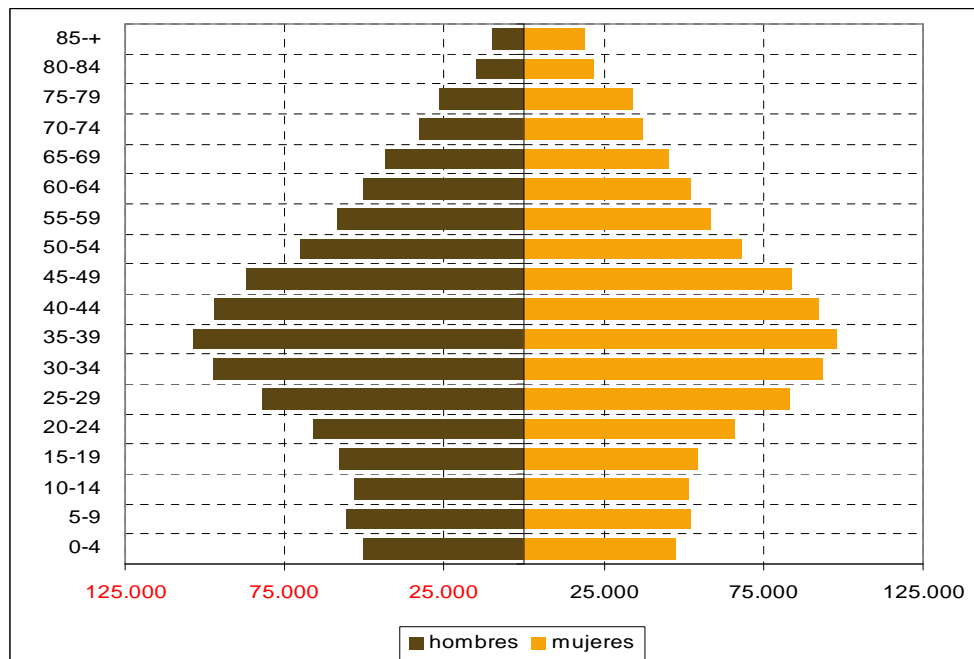
GRÁFICO 1.- EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CANARIAS Y ESPAÑA.
TASAS DE CRECIMIENTO. 1998-2010



Fuente: INE. Padrón municipal. Datos a 1 de enero de cada año.

Aunque Canarias es una de las comunidades autónomas con una estructura poblacional más joven, las personas mayores de 65 años ya representan el 13% de la población total canaria y a la vista de la estructura de la pirámide de población (gráfico 2), esta proporción crecerá progresivamente en los próximos años, lo que en el marco sanitario se traduce en un incremento en el gasto medio de la población protegida.

GRÁFICO 2.- PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE CANARIAS A 1 DE ENERO DE 2010
SEGÚN PADRÓN MUNICIPAL.



Fuente: INE-ISTAC

Estado de salud e indicadores básicos.

La Esperanza de vida (EV) y la Esperanza de vida en buena salud (EVBS), son los indicadores con mayor tradición y uso en la valoración del estado de salud de la población. Están relacionados no solamente con el nivel de salud, sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población. La última década se continúa con el proceso de convergencia de Canarias con la media española en estos indicadores, siendo especialmente relevante la reducción de diferencias en el indicador Esperanza de Vida en Buena Salud.

TABLA 1.- ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD AL NACER. CANARIAS Y ESPAÑA.

ESPERANZA DE VIDA				
	2000	2007	evolución	
			años	tasa crecimiento
CANARIAS	77,7	80,4	2,7	3,5%
ESPAÑA	79,4	81,1	1,7	2,1%
diferencia	-1,7	-0,7		
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD				
	2002	2007	evolución	
			años	tasa crecimiento
CANARIAS	47,5	54,5	7	14,7%
ESPAÑA	55,1	55,3	0,2	0,4%
diferencia	-7,6	-0,8		

Fuente: INE e Instituto de Información Sanitaria (MSyPS). Informe anual del SNS-2008.

En el periodo 2000-2007, la EV en Canarias, que partía de un nivel inferior a la media española, logra reducir distancias, de manera que si en 2000 la EV en Canarias era de 1,7 años inferior a la media española, en 2007 era solamente 0,7 años inferior. Y en el caso de la EVBS, que pondera los años de vida por la percepción subjetiva de la salud, la mejora de la situación de la población canaria es aún mayor. Si en 2002, la EVBS en Canarias era de 7,6 años inferior a la media española, en 2007 fue solo de 0,8 años.

La **tasa de mortalidad infantil**, que mide el número de defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, es otro de los indicadores básicos de salud que sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación de la situación sanitaria de una población, a pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad, para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud.

La tasa de mortalidad en Canarias pasa de 5,2 a 4,0 por mil en el periodo 2001-2007, mientras que la media española pasa del 4,1 al 3,5 por mil. Por tanto, la brecha entre Canarias y la media española ha seguido reduciéndose en los últimos años, debido a que la reducción en Canarias de la mortalidad infantil se ha producido a unas tasas muy superiores a la media española.

TABLA 2.- TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. CANARIAS Y ESPAÑA. 2001-2007 (tasas por mil)

	2001	2007	evolución	
			años	años
CANARIAS	5,2	4,0	-1,2	-23,1%
ESPAÑA	4,1	3,5	-0,6	-14,6%
diferencia	-1,1	-0,5		

Fuente: INE e Instituto de Información Sanitaria (MSyPS). Informe anual del SNS-2008

2.1.2. Servicios Sanitarios.

Atención Primaria

La Atención Primaria del Sistema Canario de Salud, con el actual esquema organizativo que se desprende de la Ley de Ordenación de la Sanidad vigente, se estructura en 7 áreas de salud, con 109 zonas básicas, cada una de ella con un centro de salud. Además, existen 160 consultorios locales.

A 31 de diciembre de 2008, se encuentran trabajando 2.492 profesionales sanitarios “asistenciales” de medicina de familia (1.079), pediatría (295) y enfermería (1.118) en centros de salud y consultorios locales, excluyendo las plazas dedicadas en exclusiva a la atención de urgencias u otras modalidades. Se excluyen también todas las plazas no asistenciales -de gestión, u otras-. Con el mismo concepto, el personal auxiliar administrativo y “otro personal no sanitario” suponen 653 personas.

Para analizar la adecuación de esta dotación en recursos humanos, es necesario relacionarla con la población asignada y realizar una comparación territorial. En la tabla 3 se relaciona el “ratio medio” de población por cada tipo de profesional para cada una de las comunidades autónomas y para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, utilizando para dicho indicador los datos de población de tarjeta sanitaria individual expresamente asignada a cada uno de ellos.

De estos datos destaca que en Canarias, el “ratio medio” de población es mayor para cada tipo de profesional, excepto en el caso de la pediatría, si se compara con la media nacional. En concreto, el ratio de población por médico de familia y enfermería en Canarias es de los más altos de España, siendo en ambos casos el 6º ratio más alto. Estos datos deben ser observados con preocupación, sobre todo porque el hecho insular introduce un sesgo, al requerir las islas menores unas dotaciones asistenciales mínimas. Por tanto, sería necesario al menos, alcanzar los estándares estatales medios.

TABLA 3.- RATIOS DE POBLACIÓN TSI (tarjeta sanitaria individual) POR PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. CANARIAS Y ESPAÑA. 2008

	Medicina Familia	Pediatría	Enfermería	Auxiliar Adm.
CANARIAS	1.519	974	1.723	3.568
SNS	1.410	1.029	1.663	3.102

Fuente: MSyPS. SIAP-SNS 2008

Un último indicador que nos revela datos interesantes sobre los recursos y la actividad asistencial es la Frecuentación en Atención Primaria (número de personas

que declaran haber realizado una consulta con un médico de familia o pediatra), a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud. Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, esta frecuentación fue 5,65 consultas por habitante y año en 2006, estando Canarias ligeramente por debajo de esa media.

Atención especializada

Para la Atención Especializada, el número de camas hospitalarias es uno de los indicadores más utilizados. La red de dependencia pública disponía en 2007 del 62,04% del total de las 4.694 camas instaladas, siendo el ratio por cada 1.000 habitantes, para el total del sector, de 2,32.

Estos datos muestran que la participación de la sanidad pública en Canarias, en cuanto al número de camas, no solamente está por debajo de la media española (71,24%) sino que se sitúa con una de las participaciones más bajas de España, tras Cataluña (58,42%) y Navarra (57,45%), fruto de un modelo de sanidad que apuesta por una alta participación de la concertación con centros privados.

En cuanto al número de camas hospitalarias totales por cada 1.000 habitantes, los datos sitúan a Canarias por debajo de la media española, siendo la 6ª región con el ratio más bajo, por detrás de Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana, Navarra y Madrid.

TABLA 4.- DISTRIBUCIÓN DE CAMAS INSTALADAS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. CANARIAS Y ESPAÑA. 2007

	nº camas	nº camas / 1000 hab	% SNS sobre total camas
CANARIAS	4.694	2,32	62,04%
SNS	112.775	2,51	71,24%

Fuente: MSyPS. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

2.1.3. Situación económica y financiación de la sanidad.

El gasto como medida de los recursos aplicados al sistema sanitario, viene siendo utilizado de forma general para cifrar la dimensión económica del mismo. Igualmente, es un indicador clave para conocer la evolución y estructura del sector, sometido a continuas presiones no solo por el envejecimiento de la población sino también por los importantes avances científicos y tecnológicos.

El gasto total del sistema sanitario español, entendiéndolo éste como suma de los recursos asistenciales públicos y privados, representó en 2007 el 8,5 % del PIB, del cual un 6,1 por ciento fue financiado con recursos públicos y un 2,4 por ciento con recursos privados.

A pesar de la alta valoración internacional que tiene el sistema sanitario español, España se coloca entre los países de nuestro entorno con un menor gasto sanitario en proporción con su PIB. Solamente Luxemburgo, Irlanda, Finlandia y Reino Unido presentan un porcentaje menor.

En este análisis internacional con los países de nuestro entorno, España se caracteriza además por ser de los países donde el gasto sanitario público representa una menor proporción respecto al gasto sanitario total y por ser de los países con un gasto farmacéutico más elevado.

Respecto a Canarias, el indicador de gasto sanitario público como porcentaje del PIB, muestra unos valores superiores a la media de las comunidades autónomas, situación que se mantiene en el periodo 2003-2007.

TABLA 5.- GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO % DEL PIB. CANARIAS Y MEDIA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2003-2007

	2003	2007
CANARIAS	5,59	6,01
MEDIA CCAA	4,76	5,21

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. MSyPS-INE

Sin embargo, al analizar la evolución del Gasto sanitario público para el mismo periodo 2003-2007, Canarias se encuentra junto a Asturias y Castilla y León, entre las comunidades autónomas donde el incremento del gasto fue menor.

Para obtener datos más recientes sobre la evolución de las magnitudes que miden el gasto sanitario, hay que acudir al análisis de los presupuestos iniciales para Sanidad.

TABLA 6.- PRESUPUESTO INICIAL PARA SANIDAD. CANARIAS Y TOTAL COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PRESUPUESTO TOTAL (millones de euros) Y PRESUPUESTOS PER CÁPITA. 2007-2010

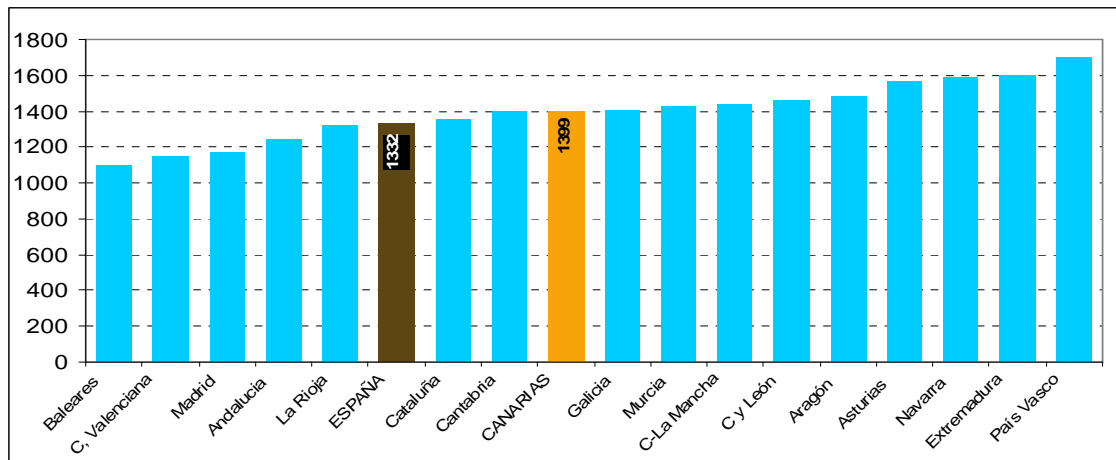
PRESUPUESTOS (millones de euros)							
	2007	2008	2009	2010	tasa crecimiento		
					2008/2007	2009/2008	2010/2009
CANARIAS	2.522,4	2.803,5	2.929,9	2.857,0	11,1%	4,5%	-2,5%
TOTAL CCAA	52.383,4	56.611,1	58.960,3	59.738,1	8,1%	4,1%	1,3%
PRESUPUESTOS PER CÁPITA (euros)							
	2007	2008	2009	2010	tasa crecimiento		
					2008/2007	2009/2008	2010/2009
CANARIAS	1.298,8	1.406,6	1.449,1	1.398,7	8,3%	3,0%	-3,5%
TOTAL CCAA	1.215,4	1.284,5	1.320,3	1.332,0	5,7%	2,8%	0,9%

Fuente: MSyPS.

Canarias muestra unas tasas de crecimiento en sus presupuestos sanitarios en 2008 y 2009 superiores a la media de las comunidades autónomas. Sin embargo, en 2010 la tasa de crecimiento en Canarias es negativa. De esta manera, nuestra comunidad autónoma se encuentra, junto con La Rioja, Baleares, Extremadura, Galicia y Madrid, en el grupo de comunidades autónomas que en 2010 muestran presupuestos consolidados para sanidad menores que los del año anterior.

En términos per cápita, los datos de los últimos cuatro años muestran que Canarias cuenta con un presupuesto sanitario superior a la media de las comunidades autónomas. Según los datos del último año, Canarias es la séptima comunidad autónoma con mayor presupuesto sanitario por persona, posición que prácticamente no ha variado en los últimos cuatro años. En cuanto a su evolución, es similar a la mostrada para los presupuestos totales, de manera que en 2008 y 2009 se registran mayores incrementos en Canarias que en la media nacional mientras que en 2010 sucede lo contrario. Debe destacarse que con Canarias, son nueve las comunidades autónomas que registran tasas de crecimiento negativas en 2010 en el presupuesto por persona protegida.

GRÁFICO 3.- PRESUPUESTOS INICIALES PARA LA SANIDAD PER CÁPITA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2010 (euros)



Fuente: MSyPS.

Tal y como se ha señalado, nuestro sistema de salud ha de enfrentarse a un escenario de gran complejidad, básicamente por la **limitación de recursos financieros** y ante la necesidad de continuar prestando asistencia sanitaria con calidad y seguridad a todos los ciudadanos canarios, y sin que las incertidumbres sobre el escenario económico resten accesibilidad al sistema o deterioren niveles de eficiencia.

En consecuencia, y en opinión del Consejo, se está ante el importante reto que hoy nos plantea la **suficiencia financiera de la asistencia sanitaria** y la necesidad de disponer de recursos suficientes que permitan, a la vez, su **sostenibilidad futura**¹.

Todo ello condiciona fuertemente el modo y las formas de funcionamiento del servicio público. Y, con ello, la exigencia para los gestores del sistema para **hacer**

¹ El Consejo de Política Fiscal y Financiera y la Conferencia de Presidentes fijan, inicialmente, en 3.042,4 millones de euros para el año 2006, y en 3.124,4 millones para el año 2007. Estas cantidades en principio responderían, en primer lugar, al cambio en la fórmula de cálculo de los anticipos a cuenta por los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia que la administración central entrega en cada ejercicio a los gobiernos autonómicos. En segundo lugar, estas cantidades incluyen una aportación presupuestaria directa distribuida entre las Comunidades Autónomas de régimen común, entre las que se encuentra Canarias, conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001, con los datos de población actualizada.

Asimismo convendría recordar que los acuerdos adoptados permitieron la creación de cuatro fondos: uno específico de garantía sanitaria para determinadas Comunidades Autónomas cuyos ingresos asignados a sanidad evolucionen por debajo del crecimiento del PIB nominal, un fondo de insularidad y dos fondos adicionales para compensar la asistencia a residentes extranjeros y la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Finalmente debe tenerse en cuenta que estos acuerdos articulan una serie de medidas impositivas dirigidas a incrementar los ingresos percibidos por las Comunidades Autónomas, se incrementó la dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria, y se pone en marcha el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Recientemente, y en pleno proceso de elaboración del presente dictamen, la complejidad de esta cuestión en el ámbito del Estado se refleja en el principio de acuerdo que se produce entre el Ministerio de Sanidad y las Consejerías competentes en la materia de las 17 Comunidades Autónomas, arbitrándose la creación de una logística farmacéutica común para todas las administraciones comunitarias, que persigue una suerte de centralización de los pedidos farmacéuticos del conjunto, reduciendo, con una mayor presión al sector farmacéutico, los altos costes de aprovisionamiento en farmacia.

compatible una exponencial demanda con recursos siempre limitados, y la consecución del necesario equilibrio entre los costes de los procedimientos, de las técnicas y prestaciones, siempre en actualización permanente, con su efectividad.

Ofrecer asistencia sanitaria de calidad, que garantice cohesión territorial y que sea eficiente, dentro de estos escenarios de contención del gasto público y búsqueda de la sostenibilidad futura, ha de ser, en opinión del Consejo, una tarea que involucre a los gestores y profesionales del sistema y a los usuarios, propiciando la utilización de nuevas fórmulas gerenciales y empresariales para organizar los recursos humanos y financieros del sistema sanitario, con atención a los datos sobre costes y satisfacción de los usuarios, y sin olvidar su configuración como sistema público, universal y equitativo.

2.1.4. Algunas referencias al gasto farmacéutico.

El gasto farmacéutico es una de las partidas más relevantes del gasto sanitario total. España, donde el gasto farmacéutico supone en torno al 20% del gasto sanitario total, es uno de los países europeos, junto con Italia y Portugal, donde el gasto farmacéutico es proporcionalmente mayor. En el extremo opuesto se encuentran países como Noruega o Dinamarca donde el gasto farmacéutico representa en torno al 8% del gasto sanitario total.

Centrando el análisis en España, el gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas del SNS ha aumentado de 9.515,35 millones de euros en el año 2004 a 11.971,96 millones en 2008, sin embargo su repercusión sobre el gasto sanitario total, en términos porcentuales, ha ido descendiendo.

El gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas en Canarias ascendió en 2008 a 531,58 millones de euros (ver tabla 7). Al poner en relación este gasto farmacéutico con el gasto sanitario público (tabla 6), Canarias (19%) aparece con un ratio inferior a la media nacional (21%). Por otro lado, en lo relativo a la aportación de los usuarios, Canarias se encuentra entre las comunidades autónomas en las que el peso de la aportación de los usuarios sobre el importe farmacéutico es más alto (6,61%).

TABLA 7.- GASTO FARMACÉUTICO FACTURADO A TRAVÉS DE RECETAS MÉDICAS. 2008

	RECETAS		GASTO (mill. Euros)		IMPORTE PVP (mill. Euros)		Aportación	
	mill. Unidades	%incr. 08/07	mill. Euros	%incr. 08/07	mill. Euros	%incr. 08/07	mill. Euros	%AP/PVP
CANARIAS	38,24	7,94	531,58	9,28	598,83	9,44	39,61	6,61
ESPAÑA	890,04	5,53	11.971,96	6,97	13.242	6,99	780,28	5,89

Fuente: MSyPS.

Otros indicadores que nos aportan información sobre el gasto farmacéutico son los relativos al gasto medio por receta y gasto y recetas por persona protegida. De estos indicadores destaca el referente al gasto farmacéutico por persona protegida, que en Canarias es inferior a la media nacional (ver tabla 8).

Dentro del gasto farmacéutico, merece la pena analizar brevemente el peso relativo que tienen los medicamentos genéricos (EFG), puesto que su creciente uso desempeña un papel fundamental en la sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

TABLA 8.- GASTO MEDIO POR RECETA Y GASTO Y RECETAS POR PERSONA PROTEGIDA. 2008

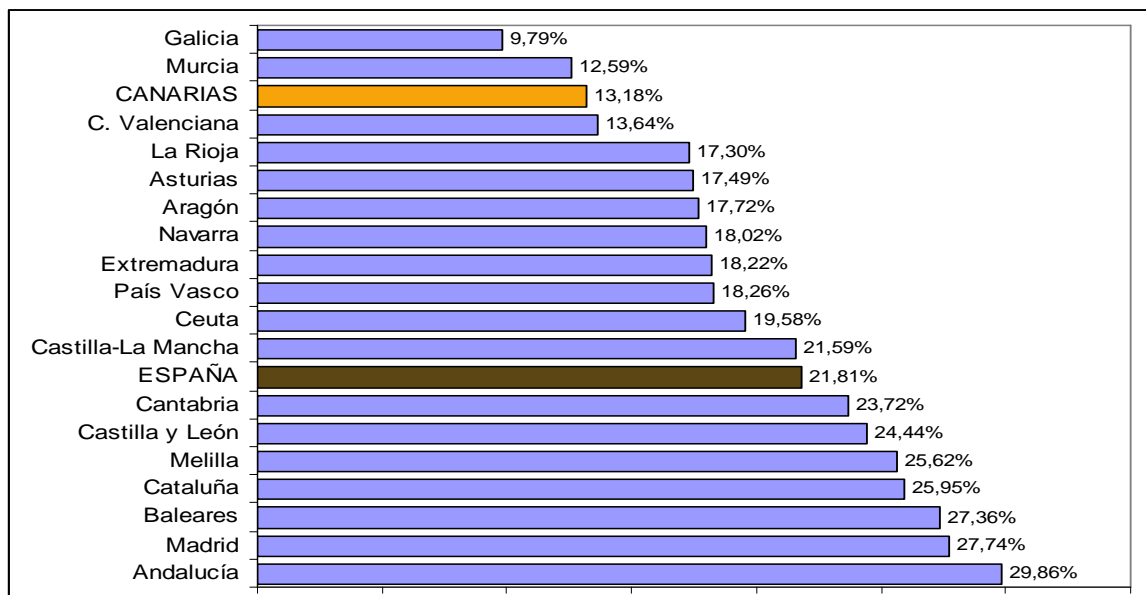
	Gasto medio receta (euros)		Gasto por persona protegida (euros)		Recetas por persona protegida (euros)	
	2008	%incr. 08/07	2008	%incr. 08/07	2008	%incr. 08/07
CANARIAS	13,90	1,24	268,72	6,45	19,33	5,15
ESPAÑA	13,45	1,36	272,52	4,63	20,26	3,22

Fuente: MSyPS.

En España, la utilización de medicamentos genéricos es algo reciente, aunque su grado de utilización refleja un progresivo avance en los últimos años. En el año 2008 se ha alcanzado una cuota de mercado en envases de un 21,81% de EFG, superando en más de 2 veces y media el consumo de 2003. En cualquier caso, la utilización de medicamentos genéricos todavía queda lejos de los niveles de utilización de otros países de nuestro entorno.

En cuanto al uso de medicamentos genéricos en Canarias, los datos regionales muestran que nuestro sistema sanitario se encuentra entre los que menor uso relativo realiza de este tipo de medicamentos (ver gráfico 4). En concreto, en 2008, Canarias junto con Galicia, Murcia y la Comunidad Valenciana son las cuatro comunidades con menor consumo de envases de EFG.

GRÁFICO 4.- CONSUMO PORCENTUAL EN ENVASES DE EFG POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2008



Fuente: MSyPS.

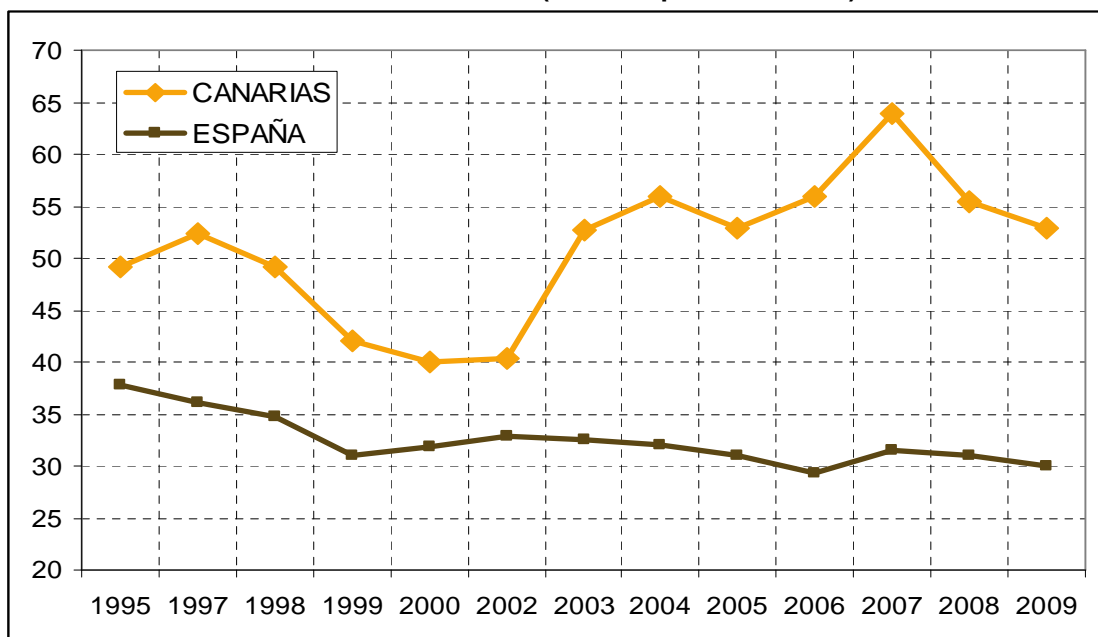
2.1.5. Calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria. Valoración de la población de Canarias sobre el Sistema de Salud.

La legitimación de cualquier organización de servicios, y el Sistema Nacional de Salud lo es, descansa sobre elementos de satisfacción; por eso la información sobre la opinión que se tiene sobre el sistema sanitario es clave.

En base a los datos obtenidos en el último Barómetro Sanitario elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con datos referidos a 2009, los ciudadanos canarios son los que se muestran más críticos con la situación actual del sistema sanitario, circunstancia que se ha repetido con frecuencia en la última década. El porcentaje de ciudadanos canarios que opinan que el sistema sanitario funciona bien o que aún funcionando bien, necesita cambios es muy inferior a la media española mientras que el porcentaje de ciudadanos canarios que opinan que necesita cambios fundamentales o que está tan mal que necesitamos rehacerlo es muy superior a la media. De hecho, Canarias es la comunidad autónoma que da una peor valoración del sistema sanitario².

Además, según los datos de este Barómetro Sanitario, la percepción de los canarios sobre la calidad de la asistencia sanitaria no parece haber mejorado significativamente en los últimos años. Mientras que para la media española, sí que se observa en el periodo 1995-2009 una leve pero continua disminución en el porcentaje de población que considera que el sistema sanitario debe rehacerse o necesita cambios fundamentales, para Canarias no se observa un cambio de tendencia en la opinión mayoritaria (ver gráfico 5). Solamente en los dos últimos años (2008 y 2009) se produce un descenso significativo en el porcentaje de la población que no está satisfecha con el sistema sanitario.

GRÁFICO 5.- PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSIDERA QUE EL SISTEMA SANITARIO DEBE REHACERSE O NECESITA CAMBIOS FUNDAMENTALES. CANARIAS Y ESPAÑA. 1995-2009. (Datos expresados en %)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

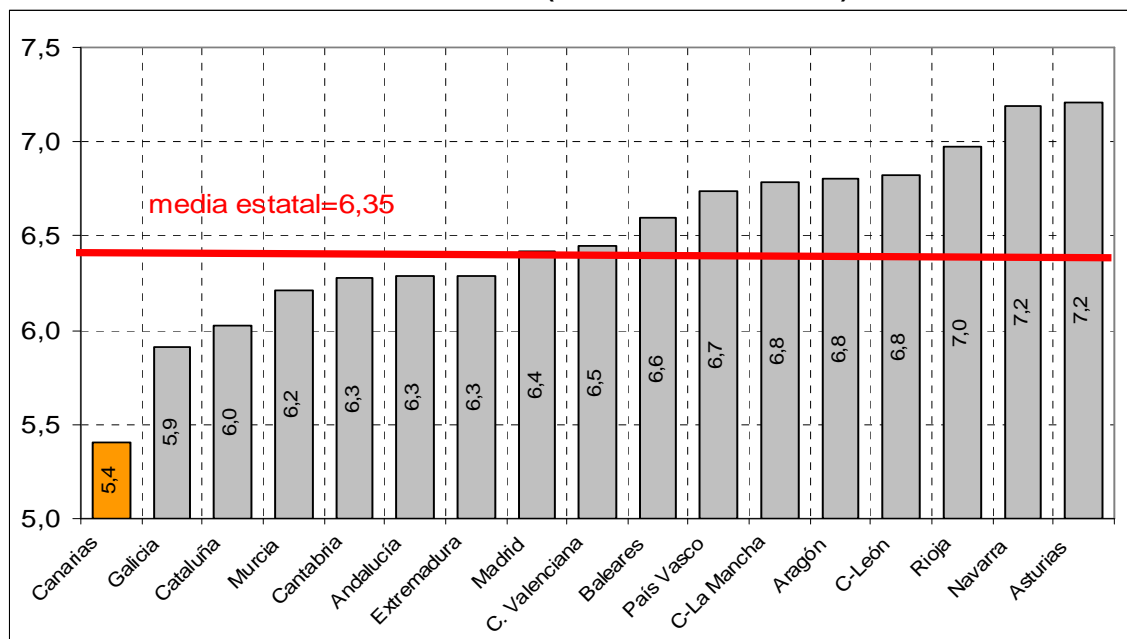
² Aunque en el Barómetro Sanitario no se ofrecen valoraciones medias, Canarias es la comunidad autónoma donde la opinión de que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales o está tan mal que necesitamos rehacerlo es mayor y donde la opinión de que funciona bastante bien es menor.

En el Barómetro Sanitario también se evalúa la opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario público. También en este caso, los ciudadanos canarios son los que expresan un menor grado de satisfacción con el sistema sanitario público.

En el Barómetro Sanitario 2009, el grado de satisfacción expresado por los ciudadanos canarios fue el más bajo del panorama nacional. La valoración que concedieron los ciudadanos canarios al sistema sanitario público fue de 5,4 puntos sobre 10, siendo la media española de 6,35 (ver gráfico 6).

Además, al analizar los resultados del periodo 2002-2009 se observa que en seis de los ocho años de este periodo, Canarias aparece en última posición y lo que es más relevante, mientras que la valoración media nacional se incrementa gradualmente en este periodo, la de Canarias se reduce ligeramente.

GRÁFICO 6.- VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2009. (Valoraciones de 1 a 10)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Una información más precisa sobre la opinión de los canarios sobre los temas sanitarios podemos encontrarlo en el **Barómetro de Opinión Pública de Canarias** que edita el CES desde 2007 (BAROCES).

En primer lugar, destaca la importancia de la **Sanidad como uno de los principales problemas que existen en Canarias**, solamente superado por el paro y los problemas económicos. E incluso en algunas islas, la percepción de la Sanidad como problema supera a los de índole económica. Así, en la encuesta realizada en el primer semestre de 2010, en Fuerteventura la Sanidad fue mencionada como el segundo problema que más afectaba personalmente a los encuestados, por detrás del paro, pero por delante de los problemas de índole económica.

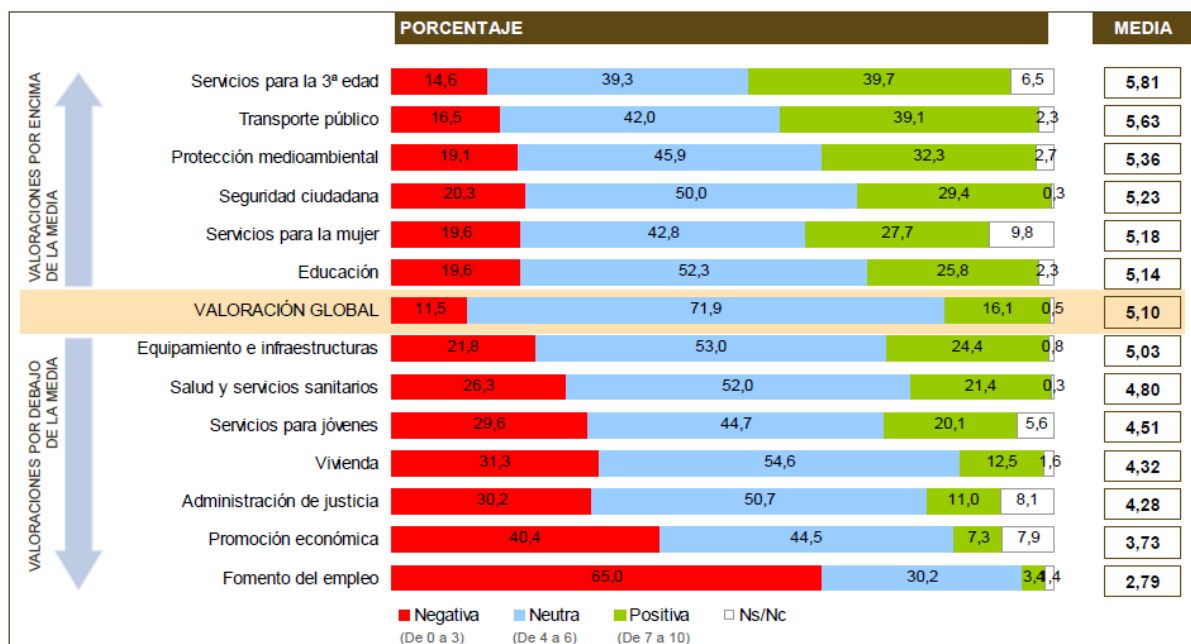
TABLA 9.- PRINCIPALES PROBLEMAS EXISTENTES EN CANARIAS SEGÚN LOS CIUDADANOS. 2007-2010.

	2007	2008 1ª oleada	2008 2ª oleada	2009 1ª oleada	2009 2ª oleada	2010 1ª oleada
Base	3.016	2.890	2.902	3.063	3.060	3.150
Paro	41,0%	61,0%	75,0%	84,0%	85,0%	84,6%
Problemas económicos	26,0%	38,0%	43,0%	33,0%	46,0%	33,4%
Sanidad	39,0%	26,0%	29,0%	25,0%	27,0%	26,5%
Drogas	32,0%	19,0%	21,0%	26,0%	19,0%	18,2%
Inseguridad ciudadana	22,0%	16,0%	17,0%	19,0%	16,0%	15,6%
Corrupción política	8,0%	12,0%	8,0%	14,0%	13,0%	14,8%
Problemas con la calidad del empleo	10,0%	12,0%	13,0%	10,0%	18,0%	13,9%
Inmigración	38,0%	30,0%	32,0%	24,0%	13,0%	11,0%
Vivienda	32,0%	26,0%	18,0%	16,0%	12,0%	11,0%
Educación	13,0%	12,0%	10,0%	11,0%	11,0%	9,7%
Infraestructuras	14,0%	13,0%	11,0%	11,0%	13,0%	8,1%
Medio ambiente	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,7%
Limpieza	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,2%	0,6%

Fuente: Barómetro de Opinión Pública en Canarias (BAROCES 1ª oleada 2010). CES de Canarias.

En cuanto a la comparación con otros servicios públicos, los servicios sanitarios obtienen una valoración inferior a la valoración global de los servicios públicos, solamente por detrás del fomento del empleo, promoción económica, administración de Justicia, vivienda y servicios para jóvenes.

TABLA 10.- VALORACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN RESPECTO A LOS SERVICIOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE CANARIAS

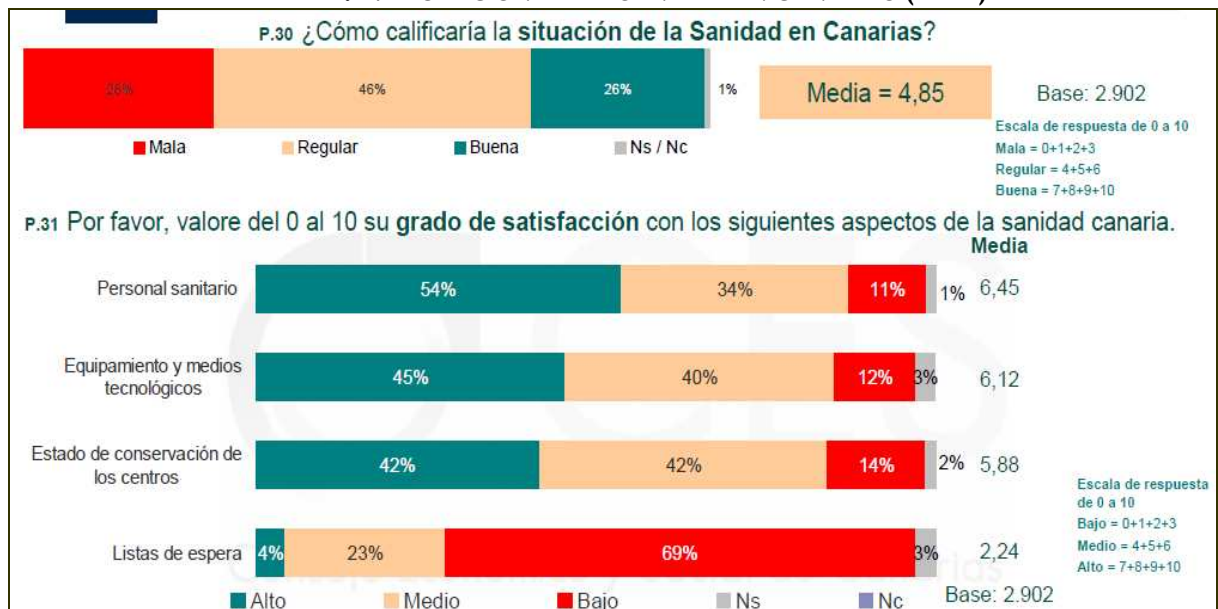


Fuente: Barómetro de Opinión Pública en Canarias (BAROCES 1ª oleada 2010). CES de Canarias.

Por otra parte, la Sanidad es identificada por los encuestados como un **ámbito de gasto prioritario**, puesto que al ser preguntados su opinión sobre las áreas en las que debería invertir de forma prioritaria el Gobierno de Canarias, los entrevistados colocan los servicios sanitarios en primer lugar en las cinco oleadas realizadas en el periodo 2007-2009 y en segundo lugar, tras el fomento del empleo en la primera oleada de 2010.

Dada la relevancia de la Sanidad en el sentir de la ciudadanía, en la **segunda oleada 2008 del BAROCES** se realizó un análisis más detallado de la opinión de los canarios sobre este tema. En dicho análisis, la calificación que daban los canarios a la situación de la Sanidad fue de 4.85 puntos. Teniendo en cuenta que la escala utilizada fue de 0-10 y que la utilizada por el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo al que antes se hacía referencia es de 1-10, ambos resultados resultan coherentes.

TABLA 11.- VALORACIÓN DE LA SANIDAD EN CANARIAS (2008)



Fuente: Barómetro de Opinión Pública en Canarias (BAROCES 2ª oleada 2008). CES de Canarias.

Al profundizar sobre los aspectos que afectan al **grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad canaria** resultó que el personal fue el componente mejor valorado, mientras que las listas de espera fue el peor.

En cuanto a la **preferencias de los ciudadanos** en la elección entre los servicios sanitarios públicos y privados, existe una mayor preferencia a acudir a centros sanitarios públicos, cuando se trata de atención primaria, urgencias u hospitalización y a un centro privado para la consulta con un especialista, situación probablemente vinculada al problema de las listas de espera en las especialidades médicas.

TABLA 12.- PREFERENCIAS DE LOS CIUDADANOS EN LA ELECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN CANARIAS (2008)



Fuente: Barómetro de Opinión Pública en Canarias (BAROCES 2ª oleada 2008). CES de Canarias.

También se exploró la **opinión de los ciudadanos sobre el copago**, como fórmula de financiación adicional de la sanidad y modulación de la demanda. Los resultados indican la existencia de una predisposición muy negativa por parte del ciudadano ante la posibilidad de tener que asumir parte del coste de los servicios médicos que demanda.

TABLA 12.- OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE LA POSIBILIDAD DE ESTABLECER EL SISTEMA DE COPAGO EN LA SANIDAD PÚBLICA EN CANARIAS (2008)



Fuente: Barómetro de Opinión Pública en Canarias (BAROCES 2ª oleada 2008). CES de Canarias.

2.2. Contexto normativo: la configuración del derecho a la protección de la salud.

2.2.1. El ámbito internacional: la Unión Europea.

El *Tratado de Lisboa*³, en vigor desde el pasado 1 de diciembre de 2009, y tras un largo proceso de compleja ratificación por los estados miembros de la Unión Europea, persigue, entre otros objetivos, una Europa mejor encaminada al progreso social, que habrá de concretarse en la mejora del bienestar de los ciudadanos y, en lo que concierne al presente dictamen, de sus políticas sanitarias.

Aunque la organización y gestión del sistema sanitario sigue siendo competencia de los estados miembros, el Tratado permite que las instituciones de la Unión Europea adopten medidas para proteger la salud pública. Asimismo, se establecen medidas y normas aplicables a los productos y dispositivos médicos para incrementar la protección al paciente y ayudar a los estados miembros a articular reacciones eficaces en supuestos de alerta y amenazas transfronterizas graves.

Una de las novedades que introduce el *Tratado de Lisboa* es la de reconocer el **carácter vinculante** de la *Carta de Derechos Fundamentales*, firmada en el año 2000, que confirma, a su vez, los garantizados por el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*.

La Carta no amplía el ámbito de aplicación del derecho de la Unión más allá de las competencias de ésta, ni crea nuevas competencias, ni añade nuevos cometidos para la Unión Europea, pero sí que obliga tanto a la Unión Europea como a los estados miembros a respetar los derechos reconocidos en ella⁴.

Si bien los estados miembros mantienen sus competencias sobre sus servicios sanitarios, las reglas del mercado interior exigen que el acceso a los servicios sanitarios no sea un obstáculo a la movilidad de ciudadanos, trabajadores y profesionales dentro de la U.E.

2.2.2. Las referencias Constitucionales.

La Constitución Española reconoce en su artículo 43.2 el *derecho a la protección de la salud*, que "*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*", además, nos indica que "*la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*".

³ El *Tratado de Lisboa*, a grandes rasgos, distingue tres categorías de competencias. **Competencias exclusivas** de la Unión Europea en ámbitos donde la Unión podrá legislar y adoptar actos jurídicamente vinculantes, y donde los estados miembros únicamente podrán hacerlo si son facultados por la Unión, o para aplicar actos comunitarios.

Competencias compartidas con los estados miembros. Ello implica que, en ámbitos precisos, la Unión Europea y los estados miembros podrán legislar y adoptar actos jurídicamente vinculantes. Los estados miembros ejercerán su competencia en la medida en que la Unión no haya ejercido la suya o haya decidido dejar de ejercerla.

Por último, existen ciertos ámbitos en los cuales la Unión Europea **podrá llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los estados miembros**, para tener en cuenta la dimensión europea de estos ámbitos. Es aquí donde, entre otros, radica el ámbito de **protección y mejora de la salud humana**.

⁴ Debe destacarse de la Carta, a los efectos del presente Dictamen, el artículo 3, "*derecho a la integridad de la persona*" en cuyo **párrafo segundo** se establece que, en materia de salud y medicina, se respetarán, en particular y entre otros, *el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate*.

Nuestra Constitución asigna al Estado, en materia sanitaria, *competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos y legislación básica, y régimen económico de la Seguridad Social*. Las Comunidades Autónomas, conforme a sus Estatutos de Autonomía, podrán asumir el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad.

2.2.3. La estructuración territorial del sistema de salud.

La *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, se constituye como una norma básica a través de la que se pretende articular y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud del artículo 43 de nuestra Constitución, de tal forma que señala como titulares de este derecho, y a la atención sanitaria, a los ciudadanos españoles y extranjeros con residencia en el territorio español. Esta disposición es, precisamente, la que articula a través del Sistema Nacional de Salud el conjunto de prestaciones y funciones sanitarias que, bajo los principios de equidad y universalización, habrán de garantizar responsablemente los poderes públicos.

Es este *Sistema Nacional de Salud* el que estructura territorialmente, y en cada Comunidad Autónoma, los "*Servicios de Salud*" correspondientes, integrados a su vez por los dispositivos sanitarios que la propia Comunidad, Gobiernos Insulares en nuestro caso, y Municipios, en sus distintos ámbitos competenciales, gestionan. Es importante a estos efectos señalar ya que el Sistema Nacional de Salud se estructura territorialmente en "*Áreas de Salud*", fundamentales en nuestro sistema sanitario, y a través de las que se atribuyen específicas responsabilidades en la gestión unitaria de los centros y establecimientos.

La *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, complementa las previsiones que en la materia fija la *Ley General de Sanidad*, en particular desarrollando el *derecho a la autonomía del paciente*.

La *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, surge con el propósito de ligar la asistencia sanitaria únicamente al "*Sistema Nacional de Salud*" sin referencia alguna al "*Sistema de Seguridad Social*". Fija mecanismos de cooperación y coordinación entre los distintos subsistemas públicos sanitarios con el propósito de asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Es de destacar y a los efectos que mas adelante se desarrollan en el cuerpo del presente dictamen, que es en la *ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* donde primero se introduce, artículo 14 de la misma, la *prestación de atención socio-sanitaria* dentro del *Catalogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*.

La *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias*, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, con esta Ley se establecen los registros de profesionales que permitan hacer efectivos los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

La *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud*, tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

El *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*, deroga y sustituye al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

El Estatuto de Autonomía de Canarias, Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en la redacción definitiva dada por la Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre, atribuye a la Comunidad Autónoma, artículo 32, las competencias de desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene. Es la *Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias*⁵, la que regula nuestra política propia en materia sanitaria de acuerdo, precisamente, tal y como hemos señalado anteriormente, con las previsiones que al efecto fija con carácter básico la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, citada.

2.3. Referencias al papel que debe jugar el Plan de Salud de Canarias

2.3.1. El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, confiere a la C.A.C. competencias de desarrollo legislativo y ejecutivo en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria, en general, en el marco de la legislación básica del Estado.

En ejercicio de sus competencias la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias⁶, la constitución y ordenación del Sistema Canario de la Salud y regula las actividades, servicios y prestaciones públicas o privadas que tienen como fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria. El Servicio Canario de la Salud, creado por la Ley 11/1994, se constituye como organismo autónomo de carácter administrativo, forma parte del Sistema Nacional de la Salud y regula y se encarga, en Canarias, de la provisión pública del servicio sanitario, tanto asistencial como preventivo y rehabilitador.

Los planes de salud constituyen el principal instrumento de las administraciones sanitarias para orientar y planificar sus recursos hacia objetivos de salud previamente definidos en la medida en que contienen los principios objetivos de gobierno de las autoridades sanitarias correspondientes, y establecen las actuaciones y recursos necesarios para el desarrollo de éstos.

Representan los planes de salud, en consecuencia, el instrumento básico de planificación y coordinación a nivel autonómico mediante el cual se definen las políticas de salud y servicios sanitarios, y se establece el marco de referencia para todas las actuaciones en el ámbito de la salud. Los planes de salud de ámbito autonómico tienen, también, como referencia las iniciativas elaboradas a nivel nacional y supranacional.

⁵ En virtud del *Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo*, se traspasaron a la Comunidad Autónoma de Canarias las funciones y servicios del *Instituto Nacional de la Salud*.

⁶ Desarrollo del estado actual de tramitación del Proyecto de Ley de Sanidad en el Parlamento de Canarias. Consideraciones del Dictamen del CES sobre el Anteproyecto de Ley.

La elaboración de los planes de salud se basa, esencialmente, en los análisis demográficos y de morbimortalidad, indicadores epidemiológicos, costes sociales y sanitarios, a los cuales se han ido incorporando estrategias de intersectorialidad, participación y prospectivas de género. Para su seguimiento se establecen distintos instrumentos e incluso se crean organismos específicos.

2.3.2. El II Plan de Salud de Canarias, 2004-2008, ha marcado la orientación de nuestra política sanitaria en los últimos años. El CES, tal y como se advierte en otros puntos del presente dictamen, desconoce su evaluación y las conclusiones al respecto. Valoraciones todas que, en principio, tal y como se nos recuerda en el documento que se dictamina, han servido de referencia al menos para los primeros avances de la propuesta del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015.

La anterior programación 2004-2008 se organizaba en torno a 7 áreas, 37 objetivos y 145 acciones. A diferencia de la actual propuesta, para el periodo 2010-2015, las áreas consideradas se configuraron a partir de criterios de enfermedades prevalentes o sectores de mayor importancia en materia de salud pública para la población de Canarias: *Cardiopatía Isquémica; Cáncer; Diabetes; Salud Mental; Envejecimiento; Accidentes y Siniestralidad Laboral.*

Con la actual propuesta, objeto del presente dictamen, la estrategia a seguir en su formulación se plantea a partir de los que se definen como dos grandes tipos de reto que tiene el sistema de salud en Canarias: unos relacionados con la organización, financiación y sostenibilidad del propio servicio⁷, y otros que afectan propiamente a la salud. Tal y como valora el Consejo este cambio de enfoque, ambos tipos de problemas, relacionados siempre con la salud de los ciudadanos en Canarias, exigen una eficaz combinación de intervenciones públicas y de eficiente organización y gestión de los servicios de salud.

En relación a todo ello, ya desde este momento y sin perjuicio de que pueda concretarse más adelante, el Consejo Económico y Social quiere señalar que este nuevo enfoque en materia de planificación sanitaria exigirá, como por otro lado parece desprenderse del propio proyecto de Plan de Salud 2010-2015, la configuración de las correspondientes *Estrategias o Planes Integrales de Salud para la Prevención y Control de los Problemas y Enfermedades Prevalentes.*

2.4. Planificación sanitaria y “espacio sociosanitario”. Mejora en el ámbito organizativo.

2.4.1. En opinión del CES, los escenarios sanitario y social, que en ocasiones ofrecen una visión disgregada de la realidad: por un lado el sistema social y por otro el sistema sanitario, deben ser abordados por los responsables de la planificación de las políticas de protección social y sanitaria, en línea con las tendencias más actuales, a través de fórmulas conjuntas “*sociosanitarias*” que permitan hacer frente a las necesidades de salud en general de las personas.

⁷ El Consejo, ya cuando tuvo oportunidad de pronunciarse acerca del Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, señaló que el envejecimiento de la población y el incremento demográfico, cuestión esta última que habría que matizar, así como el incremento de la demanda de servicios sanitarios, han determinado que sea la propia sostenibilidad del sistema el mayor reto al que se enfrenta el Sistema Sanitario. La actual situación de crisis económica añade un elemento más de desafío para ello, ya que recursos cada vez más escasos habrán de garantizar los servicios sanitarios con la misma calidad hasta ahora alcanzada (Dictamen 1/2010 del CES).

Esta idea de actuación conjunta en el “*ejercicio sociosanitario*” hace referencia a: las necesidades coincidentes de tipo sanitario y social relacionadas con la dificultad de autonomía de las personas en su vida cotidiana y con su calidad de vida; la definición de modelos de cuidados que puedan darse; al modo de gestión de los recursos actuales y exigencias de nuevos recursos, públicos y privados; maneras efectivas de relación o integración entre el sistema sanitario, los servicios sociales y los cuidados informales. Con todo ello, la necesidad de definir los elementos que componen la atención sociosanitaria, tanto organizativos como económicos, y su concreción en programas de intervención.

Para el CES la idea básica es que la coordinación sociosanitaria sea un modelo de integración o espacio compartido por profesionales sociales y sanitarios, en nexo entre los sistemas sanitario y social, para definir las necesidades conjuntas e integrar los recursos necesarios que las satisfagan.

Así, el Plan de Salud de Canarias debe recoger, estructurar y configurar el “*espacio sociosanitario*” de intervención como el conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias, de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psiquiátricas, sensoriales o intelectuales, que conllevan distintos niveles de dependencia. Deberá, además, recoger el futuro Plan la definición de modelos de cuidados y agruparlos en función de la intensidad y continuidad de los cuidados sanitarios. La definición de las prestaciones, según los distintos perfiles de cuidados y servicios de diferentes tipologías, públicos y privados, que se refieran a dispositivos residenciales, sanitarios, de apoyo a las familias, de atención diurna y a domicilio. Y la configuración de las estructuras que compongan este espacio de intervención “*sociosanitario*”

2.4.2. Tal como se desprende del diagnóstico de situación del Plan de Salud, uno de los principales retos a los que se enfrenta el Sistema Canario de la Salud es el de la mejora en el ámbito organizativo. La magnitud y complejidad propia de todo servicio sanitario ofrece importantes oportunidades de mejora mediante la mayor coordinación e integración de las distintas estructuras y servicios que lo forman.

Reorientar el Sistema Canario de la Salud para garantizar una más eficiente atención sanitaria al paciente requiere no solamente de recursos económicos sino sobre todo de un esfuerzo organizativo para adecuar las estructuras sanitarias a las necesidades de la población. Entre estos retos se encuentra el mejorar la atención a los enfermos crónicos. Actualmente el sistema sanitario está muy enfocado hacia los cuidados de los pacientes agudos, mientras que los pacientes crónicos no cuentan con una estructura de servicios sociales y sanitarios suficientemente adaptada. La atención de personas con enfermedades crónicas actualmente está excesivamente sesgada hacia la atención hospitalaria, mientras que los cuidados sociales y sanitarios que requiere el paciente crónico no están suficientemente coordinados. Uno de los principales obstáculos a la coordinación en estos dos ámbitos es la existencia de diferentes centros gestores e incluso diferentes administraciones que prestan servicios en estas materias. En el ámbito de la propia Administración de la Comunidad Autónoma se trata de dos centros gestores diferentes, mientras que Cabildos y Ayuntamientos tienen amplias competencias en el ámbito de los servicios sociales.

Sin embargo, en opinión del CES, todos estos obstáculos deben ser superados, maximizando los esfuerzos de coordinación e integración de servicios mediante la adecuación de las estructuras administrativas a las necesidades de la población mediante la construcción de un espacio socio-sanitario integrado que garantice la prestación de los servicios sociales y sanitarios al paciente, independientemente de la administración o centro gestor que lo preste.

En opinión del CES, la tarea de mejorar la atención a los pacientes crónicos supera el ámbito de actuación de la administración sanitaria y exige un esfuerzo de coordinación por parte de todo el marco institucional canario en el ámbito social y sanitario.

2.5. Planificación sanitaria y seguridad alimentaria.

2.5.1. Los problemas de salud originados a partir del consumo de alimentos han constituido históricamente una importante preocupación dentro del ámbito de la salud pública. El interés público, de manera progresiva, ha pasado de la eficacia y la productividad alimentaria a la calidad, la seguridad y la diversidad de la producción agroalimentaria. En las últimas décadas han aparecido nuevos problemas sanitarios relacionados con la manipulación y el consumo de los alimentos, por lo que, nuevamente, es la seguridad alimentaria la que se ha situado en el centro de las preocupaciones de la ciudadanía, de los medios de comunicación y de las políticas públicas.

La situación actual en el sector agroalimentario, con incidencia directa en la salud pública, los riesgos derivados a veces de una deficiente producción de alimento, las mejoras y los avances tecnológicos en el campo de la biotecnología agroalimentaria, la aparición de nuevos tipos de alimento como los transgénicos y, entre otros, los riesgos biológicos específicos transmisibles de los animales al hombre, exigen a las administraciones públicas asegurar un alto grado de seguridad alimentaria, garantizando la producción y comercialización de alimentos seguros, sanos y adecuados para el consumo.

La actuación pública en materia de seguridad alimentaria aparece, así, como una condición imprescindible para la efectiva realización del derecho a la salud de los ciudadanos que consagra el artículo 43 de nuestra Constitución, y para dar pleno cumplimiento al mandato contenido en dicho precepto, así como el artículo 51, dirigido a los poderes públicos a quienes compete tutelar la salud pública y garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, a través de medidas preventivas y procedimientos eficaces.

De estas encomiendas constitucionales se hace eco la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, en cuyo artículo 18.10 impone a las administraciones públicas el control sanitario y la prevención de riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios.

2.5.2. Desde el ámbito comunitario también constituye una prioridad la política de seguridad alimentaria impulsada por la Unión Europea, cuyos enfoques sustantivos, iniciativas y medidas vienen definidas ya en el *Libro Blanco sobre Seguridad Alimentaria* elaborado por la Comisión Europea (Bruselas, 12.01.2000; COM(1999) 719 final).



Por todo ello, en opinión del Consejo Económico y Social, cualquier esfuerzo en materia de planificación sanitaria, como el que constituye el avance de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, debería abordar, con carácter general y sin perjuicio de su concreción y desarrollo a través de otras líneas de trabajo, el ámbito de intervención y objetivos de un Plan de seguridad alimentaria para Canarias.

3. Observaciones de carácter particular.

3.1. Sobre el diagnóstico de la población de Canarias

En el análisis que se realiza sobre la situación de la salud de los canarios, llama la atención la distinta situación existente entre la provincia oriental y occidental. Así, tal como aparece en el diagnóstico del plan *“En las Islas Occidentales (provincia de Santa Cruz de Tenerife), la esperanza de vida al nacer está siempre por encima de la correspondiente a las Islas Orientales (provincia de Las Palmas), tanto en hombres como en mujeres”* (p. 25), mientras que en el análisis de los índices de mortalidad también se afirma que *“Históricamente las islas orientales siempre han estado por encima de las islas occidentales con respecto a la mortalidad por todas las causas”* (p. 51).

Debe tenerse en cuenta que estos indicadores básicos de salud están relacionados no solamente con el nivel de salud, sino también con las circunstancias sociales y económicas de la población.

Sin embargo, las marcadas diferencias que las estadísticas recogen en el nivel provincial, tal vez lo que esté reflejando son realidades insulares muy distintas. De ahí la necesidad de profundizar en el diagnóstico, a nivel insular, de la situación de salud de los canarios, con el objetivo de adaptar la planificación de los recursos sanitarios insulares a las características demográficas y problemas de salud existentes en cada isla.

3.2. Sobre el diagnóstico del sistema canario de salud

Tras el análisis de la salud de la población canaria (p.20-105), el diagnóstico de situación continúa con el análisis del Sistema Canario de la Salud. Uno de los exponentes del rápido desarrollo del sistema de salud de Canarias es el fuerte incremento del gasto sanitario total y el esfuerzo presupuestario en Sanidad, creciendo a lo largo de la última década por encima del PIB.

Sin embargo, los indicadores que miden el grado de satisfacción de los ciudadanos sobre la calidad de la sanidad no siempre reflejan la evolución favorable que muestran tanto los principales indicadores de salud como los que miden el gasto sanitario. Tal como se apuntaba al analizar los datos del Barómetro Sanitario elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Canarias destaca tanto por la baja percepción de sus ciudadanos respecto al sistema de salud como por no seguir la tendencia de la media nacional, caracterizada por una mejora progresiva del grado de satisfacción de los ciudadanos respecto a la calidad de la sanidad.

Se puede concluir así que existe un contraste entre el esfuerzo presupuestario que se está realizando en el ámbito sanitario y la percepción de los ciudadanos sobre el sistema canario de la salud. Puesto que los elementos de satisfacción son clave en el proceso de mejora del sistema sanitario, sería conveniente profundizar en los factores que influyen en la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios sanitarios recibidos.

3.3. Sobre el ámbito de intervención IV: Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario

En opinión del CES, los problemas de sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud no son de carácter coyuntural sino estructural. La actual situación de crisis económica, tal y como hemos señalado en otros puntos del presente dictamen, es un elemento añadido que ha puesto en evidencia las debilidades del sistema. El envejecimiento de la población, la mayor utilización de los servicios sanitarios, las altas expectativas de los pacientes o el alto coste de la tecnología son factores, entre otros, que han presionado al alza el gasto sanitario en España y en Canarias en la última década. Sin embargo, el modelo de financiación de los servicios sanitarios, sea el que sea, no siempre podrá garantizar un volumen de recursos suficiente.

La principal vía para mejorar la sostenibilidad del sistema es la mejora en la gestión del gasto sanitario. Sin embargo, en opinión del CES, esta mayor atención a la relación entre el coste económico y la calidad asistencial no debe ser vista como una mera racionalización del gasto impuesta por la crisis sino como la introducción de los elementos de racionalidad económica con el objetivo de preservar un sistema sanitario público que garantice y de soporte al derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

De manera particular, y así se ha hecho saber por parte del Consejo al dictaminar el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, como factor de particular importancia que habrá de considerarse de cara a mejorar la sostenibilidad financiera del sistema de salud, está el gasto farmacéutico. En relación a ello deberían adoptarse medidas orientadas a la sensibilización de un uso correcto de los medicamentos por parte de los usuarios del sistema sanitario. En esta misma línea, el desarrollo de la implantación de la receta electrónica en las Islas podría constituir un avance en la optimización del uso racional de los productos farmacéuticos, con el consiguiente ahorro de recursos.

3.3.1. Área de Impacto 12: Implementar medidas de mejora en la gestión de la demanda de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema

Entre las medidas de mejora en la gestión de la demanda de servicios sanitarios y de su propia sostenibilidad financiera, el CES considera necesario que se analice el actual sistema de copago en el Sistema Nacional de Salud y se estudien alternativas que ayuden tanto a desincentivar el uso no justificado de servicios sanitarios, como a mejorar su financiación.

3.3.2. Área de Impacto 13: Implementar medidas de mejora en la gestión de la oferta de servicios que contribuyan a la sostenibilidad del sistema

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, el Plan de Salud hace referencia a distintas acciones en el marco de la política de recursos humanos.

En este sentido, desde el punto de vista del CES, los recursos humanos del Sistema Canario de la Salud constituyen su elemento más valioso. El papel estratégico de los recursos humanos y en especial, de los profesionales sanitarios, requiere la configuración de una verdadera política de gestión de recursos humanos. En opinión del CES, gran parte de los objetivos del III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, *“para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios”*, exigirían una mejora sustancial de la política de recursos humanos, en la medida en que

demandaría, también, la implicación de este importante activo del Sistema Público Sanitario.

Muchas de las medidas apuntadas en esta área deben ser articuladas de manera coherente y ser aplicadas de forma progresiva en el marco de una política de recursos humanos integral. Medidas tan importantes como el modelo de contratación y de retribuciones deberían enfocarse desde la perspectiva de la mejora de la carrera profesional de las distintas profesiones sanitarias y alejarse de criterios coyunturales. En concreto, tanto el sistema de contratación, promoción como remuneración del personal sanitario es manifiestamente mejorable.

Finalmente, la aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad deben regir los procesos de ordenación de los recursos humanos en el ámbito sanitario, fijando las bases del desarrollo profesional, y propiciando la implicación del personal sanitario en la superación de los retos a los que debe enfrentarse actualmente la Sanidad en Canarias.

3.4. Sobre la aplicación, seguimiento y evaluación del futuro III Plan de Salud de Canarias.

La Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, en su artículo 13, define el Plan de Salud 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 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 serán sometidos a evaluación”*.

Son numerosas las ocasiones en las que el CES ha insistido en la necesidad de concebir la planificación de las políticas públicas como proceso continuo. Como un proceso donde, a partir de un diagnóstico, se procede a la confección de un plan integral y articulado en distintos programas y líneas de actuación según el cronograma establecido y sometido a evaluación. Respecto a esta evaluación, se suele distinguir los procesos de control y evaluación que se realizan durante la propia ejecución del Plan y la evaluación a posteriori. La primera modalidad, tiene como objetivo ofrecer información relevante y fiable que sirva para retroalimentar de forma continua el proceso de planificación, de manera que sea posible reformular objetivos o realizar una asignación más eficiente de los recursos adscritos al plan. Y la segunda modalidad consiste en realizar, una vez finalizado el periodo de vigencia del plan, una evaluación de los objetivos conseguidos, para conocer entre otras cuestiones, los niveles de consecución e identificar los nuevos objetivos y procedimientos para la nueva fase de planificación⁸.

Respecto a estas cuestiones, y a partir del análisis de los documentos que forman el Plan de Salud 2010-2015, cabe destacar los siguientes aspectos:

⁸ En esta misma línea se expresa la actual Ley Sanitaria (Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias) en su artículo 18, donde regula la evaluación del cumplimiento del Plan de Salud, estableciendo en su apartado 1 la necesidad de *“efectuar continuamente, mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos, y criterios establecidos por el propio Plan, la evaluación del cumplimiento de éste y la organización de un banco de datos sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud”* mientras que en el apartado 3 trata la obligatoriedad de que se someta anualmente *“al Gobierno de Canarias un informe sobre la evolución del Sistema Canario de la Salud, que se trasladará al Parlamento para su conocimiento”*.

3.4.1. Evaluación del Plan anterior.

El nivel de información sobre la evaluación del anterior Plan es escaso⁹. Es en el apartado 1.3.1, bajo el título “La evaluación del II Plan de Salud como referencia” (pp. 10-12) del documento del III Plan de Salud donde se da cuenta de ciertos datos sobre la evaluación del anterior plan de salud.

Esta insuficiente información exige mayor nivel en sus aspectos cuantitativos, un análisis más detallado acerca de la consecución de objetivos y los recursos empleados, y de mejor información cualitativa sobre los obstáculos encontrados para la consecución de los objetivos, el nivel de retroalimentación del plan en el periodo de ejecución y, en definitiva, las lecciones aprendidas del anterior proceso de planificación. Es probable que esa reflexión interna se haya hecho de manera informal, e incluso que existan documentos en los que se traten estos temas. Sin embargo, la sociedad exige que los procesos de planificación y evaluación de las políticas públicas sean cada vez más transparentes, por lo que en este caso los resultados de la evaluación del anterior Plan de Salud debería haber sido expuestos públicamente, al menos mediante un documento de síntesis, dando cuenta de la forma más clara posible, del grado de consecución de los objetivos propuestos, de los obstáculos que han dificultado su consecución, así como de las lecciones aprendidas para la nueva programación.

3.4.2. Proceso participativo.

En el proceso para la elaboración y formulación del III Plan de Salud, destaca positivamente la estructura de participación creada para su formulación, en concreto la articulación en un Comité Técnico Asesor y de varios grupos de trabajo que centraron su labor en distintas áreas especializadas (estructura y organización del Servicio Canario de la Salud; recursos humanos, capacidades, eficiencia y rendimiento; paciente, participación y redes sociales; tecnologías y sistemas de información; y sistema hospitalario). El aspecto participativo y profesionalizado en la elaboración del Plan es valorado positivamente por este Consejo, que considera la transparencia y la participación dos aspectos clave en los procesos de planificación pública.

En este punto quiere el CES recordar, en los mismos términos en que se hizo al dictaminar el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, la conveniencia de dar cauce a estos procesos participativos a través de la configuración del *Observatorio de Salud Pública de Canarias*, como órgano independiente participativo de investigación, de información y análisis sobre la situación de la salud pública en Canarias.

3.4.3. Sistema de indicadores

El borrador del III Plan de Salud (2010-2015) incluye, en su anexo I, un sistema de indicadores, que deberá ser una fuente de información básica tanto para la distinta

⁹ También en este sentido se expresa la Ley 11/1994 donde en su artículo 18 que regula la evaluación del cumplimiento del Plan de Salud establece en su apartado segundo la necesidad de que el Plan precise “de forma cuantitativa, en la medida de las posibilidades técnicas y de la eficiencia, los objetivos, prioridades y estrategias y las responsabilidades de su cumplimiento”.

secuencia en las que se desenvuelve el proceso de elaboración, gestión y evaluación del plan. En este sentido, debe destacarse como aspecto positivo de este sistema de indicadores su carácter extensivo, en la medida en la que se asignan indicadores para cada una de las líneas de actuación en las que se concreta el plan. Sin embargo, en opinión del Consejo y respecto a este sistema de indicadores, existen algunos aspectos susceptibles de mejora en el proceso de gestión del Plan.

Así, muchos de los indicadores han sido formulados de manera muy general, mientras que por otro lado en su medición solamente se contemplan las opciones *acción realizada* o *no realizada*. Con ello, en opinión del CES, se corre el riesgo de que no siempre se pueda ofrecer la mejor información para la gestión y evaluación del plan. En consecuencia se hace necesario, al menos para los indicadores que vayan a formar el cuadro de mando, perfeccionar su formulación así como su medición, incluyendo objetivos cuantificables que permitan conocer el grado de consecución de los objetivos planteados.

Finalmente y en esta misma línea, en opinión del Consejo, parece conveniente adaptar este sistema de indicadores a la realidad territorial canaria, de manera que para los indicadores susceptibles de ser analizados desde una perspectiva insular, se establezcan objetivos a alcanzar para cada isla y se pueda realizar así un seguimiento de los progresos conseguidos en cada área de salud.

3.4.4. Ficha Financiera del Plan

La ficha financiera del Plan, que aparece reflejada en la Memoria Económica del III Plan de Salud de Canarias, solamente hace referencia al coste directo de las actuaciones más estrechamente relacionadas con la puesta en marcha del Plan, es decir el sistema de información para la gestión del plan, los estudios de evaluación de impacto y de proyectos, el plan de comunicación y de formación específica¹⁰.

Respecto a las cantidades más significativas del presupuesto, y en consecuencia las más directamente relacionadas con la propia viabilidad del proyecto de Plan de Salud 2010-2015, es decir la financiación necesaria para llevar a cabo sus propios objetivos, desde el CES se señala que en la memoria económica que acompaña a la propuesta se indica que el Plan de Salud está vinculado a los Programas de Gestión Convenida (PGC), instrumentos regulados en la ley 11/1994, de Sanidad de Canarias, a través de los cuales se concreta para cada centro los objetivos de la política sanitaria contenidos en la programación de salud de que se trata.

En opinión del Consejo, y a pesar de que la concreción de estos presupuestos se realice en dichos PGC, la propia naturaleza del Plan de Salud, concebido como *“instrumento estratégico para la planificación y coordinación y de articulación funcional de las actividades de promoción y protección de la salud”*, exigiría contar con una formulación más sólida en su vertiente económica. Así, es la propia ley 11/1994, antes citada, en su artículo 14, donde al regular en contenido del **Plan de Salud**, establece como elemento esencial del Plan el *“Análisis y evaluación de los recursos y medios necesarios para atender al cumplimiento de los objetivos propuestos conforme al calendario establecido”*.

¹⁰ Esta ficha financiera, que asciende a 534.000 euros para el periodo 2010-2015, viene a representar el 0,02% del presupuesto consolidado anual en el ámbito sanitario.

Por consiguiente, en opinión del Consejo y sin perjuicio de su eventual concreción mediante los PGC antes aludidos, el Plan de Salud deberá contener como exigencia mínima de su propia viabilidad un escenario financiero de soporte y desarrollo por objetivos, de tal forma que, en el marco del escenario presupuestario plurianual a que se refiere el Plan, se avance una estimación de los recursos económicos susceptibles de ser asignados a la consecución de los objetivos establecidos en la programación. No contar ni siquiera con una estimación de esos recursos, resta alcance, tal y como se ha señalado reiteradamente, a la concreción del Plan, tanto en su conjunto como en lo que concierne al peso relativo de cada una de sus acciones.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En el desarrollo de la política sanitaria en Canarias, los planes de salud han constituido instrumentos de particular relevancia que han facilitado la mejora de la consolidación de un sistema sanitario público orientado básicamente a abordar los problemas de salud y a promover y proteger la misma de los ciudadanos canarios.

El avance de proyecto de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015 pretende marcar la orientación de la política sanitaria para los próximos años. En relación a ello el CES, y así lo sugiere en las *observaciones del presente dictamen*, recomienda acompañar este futuro plan de las pertinentes *Estrategias o Planes Integrales de Salud para la Prevención y Control de las Enfermedades Prevalentes y Problemas que Afecten a la Población*. Todo ello en la medida en que, a diferencia del anterior Plan 2004-2008 cuyas áreas de actuación se centraban conforme a este criterio, el nuevo Plan cambia su estrategia para centrarse en los actuales retos para la salud pública: la financiación y la organización de los servicios de salud.

2. Tal y como ha señalado el Consejo en reiteradas ocasiones, nuestro sistema de salud ha de enfrentarse a un escenario de gran complejidad, básicamente por la limitación de recursos financieros y ante la exigencia de continuar prestando asistencia sanitaria con calidad y seguridad a todos los ciudadanos canarios, y sin que las incertidumbres sobre el escenario económico resten accesibilidad al sistema mismo o deterioren niveles de eficiencia. Todo ello condiciona fuertemente el funcionamiento del servicio público sanitario y la exigencia para los gestores para hacer compatible una exponencial demanda con recursos siempre limitados. A todo ello se refiere el presente dictamen en sus *observaciones*.

En opinión del Consejo, es justamente en materia de *financiación y sostenibilidad financiera del nuevo Plan de Salud 2010-2015*, donde se hallan importantes carencias en cuanto a su concreción. Admitiéndose que los aspectos relacionados con la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud son de carácter estructural, y particularmente agudizados por la actual situación de crisis económica, nos encontramos con que la *ficha financiera del Plan*, reflejada en la memoria económica con la que se acompaña, sólo hace referencia al coste directo de las acciones de impulso más estrechamente relacionadas con la puesta en marcha del mismo. Es necesario señalar que si bien en dicha memoria se indica que los objetivos del Plan de Salud se vinculan a los *Programas de Gestión Convenida*, la propia naturaleza del Plan de Salud exige, y así se indica en las *observaciones del presente dictamen*, una más sólida formulación en su vertiente económica.

3. El Consejo Económico y Social recomienda, en relación al *sistema de indicadores* que incluye el avance de proyecto de Plan de Salud, su mejora de tal forma que facilite la mejor información posible en torno a la gestión y evaluación del Plan, incluyendo objetivos cuantificables que permitan conocer el grado de consecución de los objetivos planteados. En esta misma línea, y así se recomienda en las *observaciones del presente dictamen*, parece conveniente adaptar este sistema de indicadores a la realidad territorial de Canarias como región insular.

4. El Consejo Económico y Social valora positivamente el proceso seguido en la fase previa para la elaboración y formulación del proyecto de III Plan de Salud de Canarias en lo que concierne a la *estructura de participación* creada para ello, en la medida en que se incrementan los valores de transparencia y participación. En esta línea, tal y como se ha recomendado también al dictaminar el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, el Consejo urge a la creación del *Observatorio de Salud Pública de Canarias*, como órgano independiente participativo de investigación, de información y análisis sobre la situación de la salud pública en Canarias.
5. Tal y como se ha indicado en las *observaciones del presente dictamen*, el Consejo echa en falta mayor información y análisis más detallado, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, de la *evaluación de la anterior programación* en materia de salud para el período 2004-2008.
6. Uno de los aspectos centrales que, en opinión del CES, define el desarrollo de una comunidad mantiene relación directa con el hecho de disponer de una excelente *estructura de servicios*, al objeto de dar respuesta a las necesidades de la población en general y, en particular, a distintos sectores de ella: mayores, personas dependientes, personas con discapacidad, menores, etc...

El conocimiento de estas necesidades de la población, la distribución de los recursos siempre escasos entre estos distintos servicios, la promoción de su adecuado funcionamiento y la necesidad de establecer pautas de corresponsabilidad exige, en opinión del Consejo, el que la mejora de la *coordinación sociosanitaria*, como modelo de integración o espacio compartido por profesionales sociales y sanitarios, para definir las necesidades conjuntas e integrar eficientemente los recursos, sea, finalmente, uno de los objetivos que deba asumir el futuro Plan de Salud de Canarias. Hay circunstancias que obligan a dar respuestas integrales y personalizadas que difícilmente pueden ser atendidas ni por la estructura tradicional de los servicios de salud, ni desde los servicios sociales, exclusivamente.

7. Los problemas de salud originados a partir del consumo de alimentos han constituido históricamente una importante preocupación dentro del ámbito de la salud pública. El interés público, de manera progresiva, ha pasado de la eficacia y la productividad alimentaria a la calidad, la seguridad y la diversidad de la producción agroalimentaria.

La situación actual en el sector agroalimentario, con incidencia directa en la salud pública, los riesgos derivados a veces de una deficiente producción de alimento, las mejoras y los avances tecnológicos en el campo de la biotecnología agroalimentaria, la aparición de nuevos tipos de alimento como los transgénicos y, entre otros, los riesgos biológicos específicos transmisibles de los animales al hombre, exigen a las administraciones públicas asegurar un alto grado de seguridad alimentaria, garantizando la producción y comercialización de alimentos seguros, sanos y adecuados para el consumo.

La actuación pública en materia de seguridad alimentaria aparece, así, como una condición imprescindible para la efectiva realización del derecho a la salud de los ciudadanos que consagra el artículo 43 de nuestra Constitución, y para dar pleno cumplimiento al mandato contenido en dicho precepto, así como el artículo 51,

dirigido a los poderes públicos a quienes compete tutelar la salud pública y garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, a través de medidas preventivas y procedimientos eficaces.

Por todo ello, en opinión del Consejo Económico y Social, cualquier esfuerzo en materia de planificación sanitaria, como el que constituye el avance de III Plan de Salud de Canarias 2010-2015, debería abordar, con carácter general y sin perjuicio de su concreción y desarrollo a través de otras líneas de trabajo, el ámbito de intervención y objetivos de un Plan de seguridad alimentaria para Canarias.



Vº.Bº.
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO

Fdo : Fernando Redondo Rodríguez



EL SECRETARIO GENERAL
DEL CONSEJO

Fdo : Carlos J. Valcárcel Rodríguez

DICTAMEN 3/2010

