

CAPÍTULO 11

LA SANIDAD Y LA PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR EN CANARIAS

Índice

11.1. Introducción.....	3
11.2. El gasto público en sanidad	4
11.3. Los inputs sanitarios: recursos humanos, materiales y dotación tecnológica.....	14
11.3.1. Atención primaria	15
11.3.2. Atención especializada.....	17
11.4. Los outputs intermedios: principales indicadores de actividad y utilización.....	21
11.4.1. Atención primaria	22
11.4.2. Atención especializada.....	28
11.5. El output final: la salud de los canarios.....	34
11.6. Defensa de los consumidores y usuarios.....	37
11.6.1. Políticas de protección en Canarias.....	37
11.6.2. Algunos datos sobre el estado actual del grado de protección del consumidor en Canarias	38

CAPÍTULO 11

LA SANIDAD Y LA PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR EN CANARIAS

11.1. Introducción

El presente capítulo trata de presentar una "radiografía" del sistema sanitario canario, con especial atención al sistema sanitario público. La Comunidad Canaria no ha sido ajena a la tendencia internacional de aumento del gasto sanitario de la última década. El envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios tecnológicos siguen siendo los factores que favorecen esta tendencia. La modernización de nuestro sistema sanitario, especialmente a raíz de la asunción de las competencias en materia sanitaria en 1994 y la adecuación del sistema sanitario a un crecimiento poblacional superior a la media nacional seguramente han contribuido a explicar el comportamiento de las cifras de nuestro sistema sanitario. Una consecuencia directa de la reciente evolución de los recursos sanitarios es el debate sobre cuánto se gasta en sanidad y si los niveles de gasto que se están alcanzando son adecuados.

Medir desde un punto de vista económico si es apropiado un determinado nivel de gasto sanitario es algo que excede del ámbito de este capítulo. El enfoque macroeconómico o agregado que centrará este capítulo es, de hecho, una limitación a la hora de analizar la eficiencia del gasto. Sin embargo, no por ello creemos que una perspectiva agregada carezca de relevancia. Los estudios de esta naturaleza ofrecen una valiosa información en términos de patrones o tendencias (evolución del gasto sanitario, de sus componentes, la participación del sector privado en la producción de bienes y servicios sanitarios, etc.). Además, hay otras cifras a las que no pueden ser ajenos los responsables de la política sanitaria, como las que miden el estado de salud de la población, los recursos materiales y humanos disponibles y su cambio en los últimos tiempos, las principales causas de morbi-mortalidad o los indicadores de utilización.

Sin ánimo de hacer un estudio detallado y mucho menos de carácter explicativo, queremos presentar las principales cifras e indicadores que nos ayuden a reflexionar sobre "la salud" de nuestra sanidad e incentivar al lector a ahondar en los aspectos que se dejarán abiertos en el mismo. Para ello, el epígrafe 11.2 comienza midiendo la evolución del gasto público en sanidad en Canarias en la última década, haciendo especial mención a la época anterior y posterior a la asunción de las competencias en materia sanitaria; se hace referencia a sus características y a los distintos componentes macroeconómicos y funcionales. El epígrafe 11.3 presenta la fotografía de los recursos materiales y humanos (o "inputs") de la sanidad canaria, poniendo énfasis en su distribución por niveles asistenciales y por áreas de salud. La primera medida de resultado que tratamos son los distintos indicadores de actividad, tanto en atención primaria como especializada; son los "butputs intermedios" que abordamos en el epígrafe 11.4. El epígrafe 11.5 recoge una aproximación al estado de salud poblacional de los canarios, a través de indicadores ya convencionales como la esperanza de vida, las discapacidades y deficiencias y las estadísticas de morbi-mortalidad, indicadores que nos aproximen al "output final" del sistema sanitario.

El capítulo termina con el epígrafe 11.6 en el que, excediendo el ámbito puramente sanitario, se recoge un análisis del estado de la protección del consumidor en Canarias, de la tendencia de las reclamaciones realizadas y los expedientes resueltos y del papel de servicios públicos como la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios y la Junta Arbitral de Consumo como alternativas a la vía judicial.

11.2. El gasto público en sanidad

La primera tarea en un trabajo sobre los recursos y el producto de un sistema sanitario es determinar cuánto se gasta en sanidad. La información disponible para los últimos años hace que nos centremos en el principal componente del gasto en sanidad: el gasto público sanitario. Con el fin de detectar mejor las tendencias de este agregado, cuando sea posible, se presentarán las cifras de gasto para la década de los 90 en un período que va desde 1989 a 2000. La cifra de análisis será el gasto sanitario consolidado de la Comunidad, es decir, del Servicio Canario de Salud, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia y de Gestión Sanitaria de Canarias, una vez eliminadas las transferencias entre dichos organismos de gasto. Para homogeneizar los datos de 1989 a 1993 con los disponibles a partir de 1994, en esa primera parte del período se ha considerado sólo el gasto del INSALUD en Canarias (además de los citados agentes de gasto) excluyéndose así el gasto de otros organismos (Estado, Mutualidades de Funcionarios, etc.).

En el análisis del gasto de la Comunidad Canaria sí que se mantienen las transferencias a otros sectores (o transferencias intersectoriales, de las que las realizadas a Corporaciones Locales constituyen la mayoría en el caso canario) dado el importante peso de las mismas en el gasto sanitario autonómico. Sin embargo, cuando se realizan comparaciones con el resto de Comunidades Autónomas transferidas y con el conjunto español, estas transferencias se eliminan para hacer los datos comparables con los disponibles a nivel nacional (datos del Ministerio de Sanidad y Consumo).

El gasto sanitario público de la Comunidad Canaria (excluyendo las transferencias intersectoriales) pasó de 413 millones de euros en 1989 a 1.213 millones de euros en 2000. Esto significa que el gasto prácticamente se ha triplicado en la última década, en la que el gasto ha crecido a una tasa media acumulativa del 9,7% (tabla 11.1). Conviene distinguir el comportamiento del crecimiento del gasto público sanitario hasta (y después de) la asunción de competencias sanitarias por la Comunidad Canaria. Comparando con lo sucedido en el conjunto nacional -para el que se tienen datos hasta 1999-, la tasa media acumulativa de crecimiento (TAC en adelante) fue del 11,6% en el período 1989-94, ralentizándose hasta el 6,7% en el período 1995-99. A pesar de esta desaceleración, la tasa de crecimiento del gasto en la Comunidad Canaria en el período 95-99 es, por debajo de la Comunidad de Galicia, de las más altas del conjunto español, donde la media se sitúa en torno al 6%.

TABLA 11.1. COMPARACIÓN NACIONAL DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO, 1989-99

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Tasa media acumulativa de crecimiento -TAC- (%)		
	89-94	95-99	89-99
Canarias	11,63%	6,66%	9,73%
Total nacional	8,16%	5,99%	7,51%
Andalucía	n.d.	5,62%	n.d.
Cataluña	n.d.	6,14%	n.d.
Galicia	n.d.	7,06%	n.d.
Navarra	n.d.	5,89%	n.d.
País Vasco	n.d.	6,49%	n.d.
Valencia	n.d.	6,38%	n.d.
INSALUD no transferido	n.d.	5,67%	n.d.

Nota: n.d.: no disponible

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Cuentas satélite del gasto sanitario público 1991-96 y 1995-99) y Abásolo I. (1998) La economía del gasto sanitario en Canarias (1989-93).

De una simple descomposición del crecimiento del gasto sanitario nominal (un crecimiento medio anual acumulativo del 6,66% para el período 95-99) en los componentes demográfico, de precios y de utilización obtenemos alguna información adicional de este crecimiento del gasto. El componente demográfico considerado ha sido el aumento de la población de derecho. El índice de precios sanitarios se ha calculado de la siguiente forma: el consumo público se ha deflactado por el índice de precios del valor añadido bruto a precios básicos de los servicios de no mercado; las prestaciones sociales y las transferencias corrientes se han deflactado por el índice de precios al consumo de bienes y servicios sanitarios; finalmente, la formación bruta de capital y las transferencias de capital se han deflactado, en 2/3 partes (cantidad aproximada del gasto en construcción de centros sanitarios) por el índice de precios del valor añadido bruto a precios básicos de la rama de construcción y la 1/3 parte restante se deflacta por el índice de precios del valor añadido bruto de la rama de industria. El crecimiento del gasto sanitario público nominal se descompone en dichos factores a través de la siguiente identidad:

$$\Delta\%GPS = \Delta\%POB \times \Delta\%PIM \times \Delta\%PRM$$

Donde $\Delta\%GPS$ es el incremento porcentual (TAC) del gasto sanitario público nominal; $\Delta\%POB$ es el incremento porcentual (TAC) de la población; $\Delta\%PIM$ es el incremento porcentual (TAC) de los precios implícitos del gasto sanitario público; y $\Delta\%PRM$ es el incremento porcentual (TAC) de la prestación sanitaria media (que es el factor que se obtiene residualmente).

Los resultados se presentan en la tabla 11.2. El principal componente de este crecimiento es la intensidad de utilización o prestación media pública (3,75%), seguido de los precios sanitarios (2,16%) y, finalmente, la población (0,63%). En el conjunto español se mantiene el mismo orden de importancia de los tres componentes pero con sensibles diferencias. La prestación media creció algo menos que en Canarias (3,14%). Los precios sanitarios en Canarias parecen más controlados en el período analizado (creciendo por debajo incluso que los precios generales) que en el conjunto español, donde los precios sanitarios crecieron por encima del índice de precios generales (2,92%). Finalmente, la población tuvo incluso un crecimiento negativo en el conjunto nacional (-0,16%), hecho que choca con el fuerte incremento poblacional habido en Canarias en dicho período.

TABLA 11.2. DESCOMPOSICIÓN DEL CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO NOMINAL EN CANARIAS Y ESPAÑA, 1995-99 (EN TASAS MEDIAS ACUMULATIVAS DE CRECIMIENTO EN EL PERÍODO 95-99)

	Comunidad Canaria	Conjunto Español
Variación gasto público sanitario (TAC)	6,66%	5,99%
Variación población (TAC)	0,63%	-0,16%
Variación precios sanitarios (TAC)	2,16%	2,92%
Variación de la prestación sanitaria media (TAC)	3,75%	3,14%

Fuente: Elaboración propia con la fuente de la tabla 11.1, Contabilidad Nacional de España y Contabilidad Regional de España (INE).

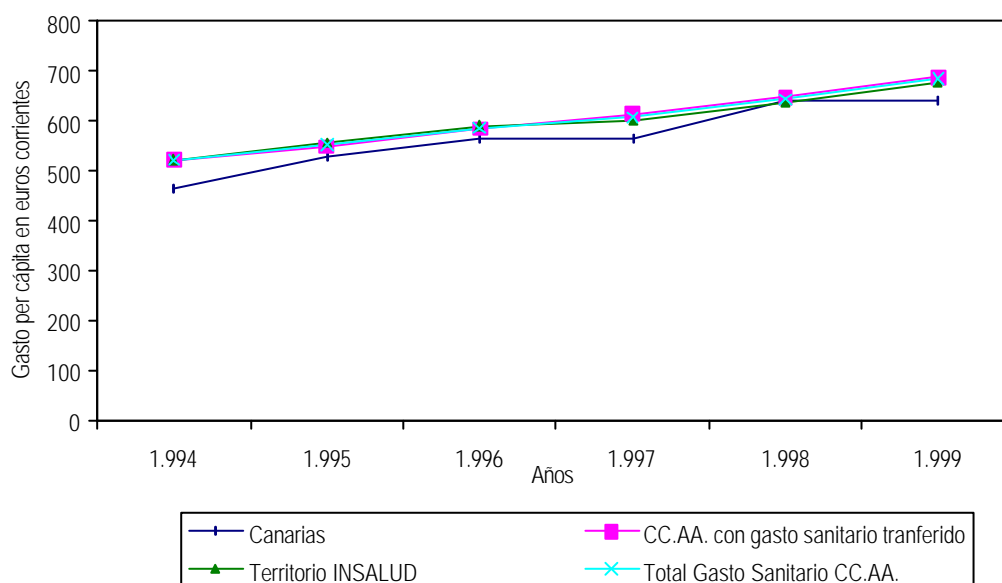
El mayor crecimiento relativo de la prestación sanitaria media en Canarias explica que los indicadores de gasto sanitario (gasto per capita y gasto en relación al PIB) hayan convergido con los del conjunto nacional en los últimos años, aunque de forma distinta. Con respecto al gasto sanitario per capita, éste ha sido en Canarias, durante todo el período, de los dos más bajos del territorio nacional, junto a la Comunidad Valenciana; en 1999 el gasto per capita ascendió a 642 euros per capita frente a los 684 euros de media nacional (tabla 11.3 y gráfico 11.1).

TABLA 11.3. GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 1994-1999 (EN EUROS CORRIENTES)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Andalucía	528	537	568	610	627	659
Canarias	464	529	563	564	642	642
Cataluña	545	556	592	623	648	698
Galicia	475	533	585	615	658	704
Navarra	627	656	696	746	762	813
País vasco	574	618	663	691	751	800
Valencia	487	526	554	564	609	658
CC.AA. con gasto transferido	522	549	584	613	647	688
INSALUD	522	557	590	599	638	678
Todas las CC.AA.	522	552	587	608	643	684

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de Consumo (cuentas satélite del gasto sanitario público) y población de derecho del INE.

GRÁFICO 11.1. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA (EN EUROS CORRIENTES)



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.3

Sin duda, el aumento poblacional puede ser un elemento explicativo de este menor ritmo de crecimiento per cápita - Valencia también tuvo un fuerte crecimiento poblacional en dicho período-. De hecho, cuando medimos el gasto público sanitario en porcentajes del PIB, observamos que las mismas cifras de gasto - pero ahora relacionadas con el PIB- colocan a la Comunidad Canaria la quinta de mayor gasto en el ranking nacional (ver tabla 11.4).

Además, si incluyésemos el gasto de las Corporaciones Locales¹, es de esperar que el gasto per capita y el gasto en relación al PIB aumente relativamente más en Canarias, donde el gasto sanitario de las Corporaciones Locales es sensiblemente superior al de la media nacional².

TABLA 11.4. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PORCENTAJE DEL P.I.B. POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 1995-99

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999
Andalucía	6,50	6,49	6,61	6,46	6,32
Canarias	4,96	5,02	4,77	5,05	4,74
Cataluña	4,08	4,07	4,06	4,00	4,05
Galicia	5,91	6,15	6,13	6,15	6,19
Navarra	4,65	4,64	4,66	4,47	4,52
País vasco	4,64	4,72	4,63	4,64	4,60
Valencia	4,98	4,96	4,71	4,77	4,85
CC.AA. con gasto transferido	5,08	5,10	5,06	5,03	5,01
INSALUD	4,76	4,77	4,56	4,55	4,56
Todas las CC.AA.	4,95	4,97	4,85	4,83	4,83

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de Consumo (cuentas satélite del gasto sanitario público) y PIB a precios de mercado, Base 1995, Contabilidad Regional del INE.

La tabla 11.5 recoge la clasificación económica del gasto público sanitario en Canarias para el período 1989-2000. A lo largo de todo este período, los gastos corrientes representan la mayor parte del gasto sanitario, siendo el consumo público el principal componente, seguido de las prestaciones sociales y los gastos de capital. El gráfico 11.2 recoge la evolución del gasto público sanitario que sigue una tendencia creciente similar año a año. Cabe mencionar, sin embargo, que se producen dos fuertes incrementos presupuestarios. En 1998, los gastos corrientes aumentan de forma considerable al pasar de 922 millones de euros a 1.037 millones de euros. Parte de este incremento se debe a la regularización de deuda en farmacia de ejercicios anteriores y al pago del ejercicio 1998 en su totalidad (de ahí que el gasto en prestaciones sociales pase de 275 millones a 329 millones de euros). En el año 2000 (datos provisionales) también se produce un crecimiento importante del consumo público en virtud de la Ley 6/2000, de 4 de diciembre, por la que se concede un suplemento de crédito y un crédito extraordinario a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para el año 2000, que supuso un crecimiento de las obligaciones reconocidas por importe de 51,14 millones de euros con la finalidad de atender la insuficiencia financiera del Servicio Canario de la Salud en ejercicios anteriores.

La brecha que se va formando entre el gasto total y los gastos corrientes (gráfico 11.2) muestra que ha habido un importante esfuerzo inversor en sanidad a lo largo de este período, especialmente a partir de 1995 en que el gasto en capital crece a un ritmo muy superior al resto de gastos públicos en sanidad. La tabla 11.6 muestra que en el período 97-00, la mayor parte del gasto en inversiones fue a parar a la atención especializada (entre un 80 y un 85% aproximadamente).

¹ No se ha hecho así, porque no se dispone del gasto de las Corporaciones Locales en el resto de Comunidades Autónomas.

² Se estima que el gasto sanitario de las Corporaciones Locales en Canarias (que incluiría al Hospital Universitario de Canarias, al Sanatorio Dermatológico Regional, al Hospital San Martín, al Hospital Insular de Lanzarote y al Hospital Ntra. Sra. de los Dolores) ha estado en torno al 13% del gasto sanitario público total, mientras que esta proporción en el conjunto nacional ha girado en torno al 3% (Abásolo I. 1998).

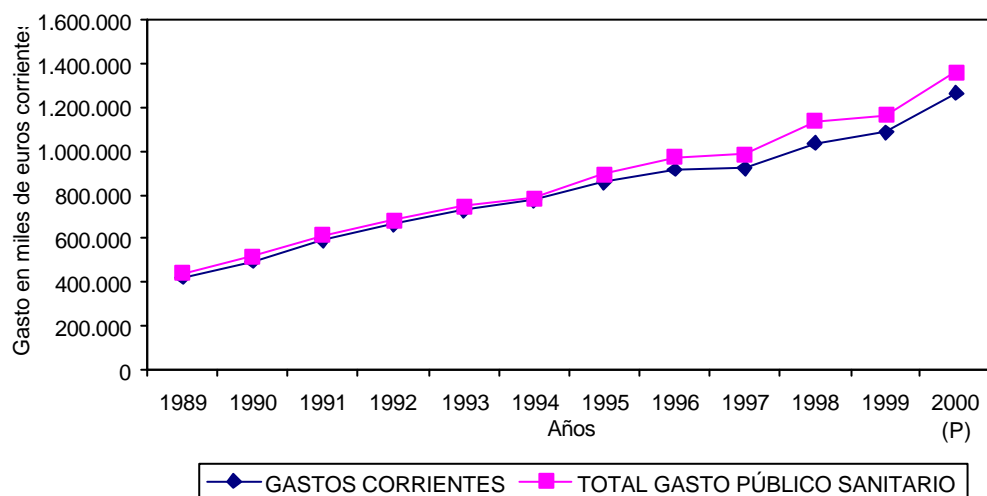
TABLA 11.5. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD CANARIA POR AGREGADOS MACROECONÓMICOS, 1995-99 (MILES DE EUROS CORRIENTES)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (P)
Consumo Público	258.253	312.772	372.259	407.511	434.790	509.846	548.402	574.314	564.463	611.781	638.500	742.730
Prestaciones Sociales	137.849	143.828	178.736	202.274	234.091	192.259	236.589	257.388	275.195	329.197	347.820	378.739
Trasferencias Corrientes	28.984	40.137	42.710	55.523	60.096	70.630	70.996	84.118	83.086	96.180	101.398	141.978
Gastos Corrientes	425.086	496.737	593.706	665.308	728.977	772.736	855.987	915.820	922.744	1.037.159	1.087.717	1.263.447
Gastos de Capital	16.976	21.789	22.416	21.080	17.188	9.755	39.074	55.220	62.224	99.197	77.448	94.623
GASTO SANITARIO PÚBLICO	442.062	518.526	616.121	686.388	746.164	782.492	895.061	971.041	984.968	1.136.356	1.165.166	1.358.070

Nota: (P): Datos provisionales

Fuente: Elaboración propia con datos: 1994-2000 (Servicio Canario de Salud); 1989-1993 (Abásolo I. 1998: "La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Canaria")

GRÁFICO 11.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN CANARIAS. ENFOQUE MACROECONÓMICO. 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la tabla 11.5

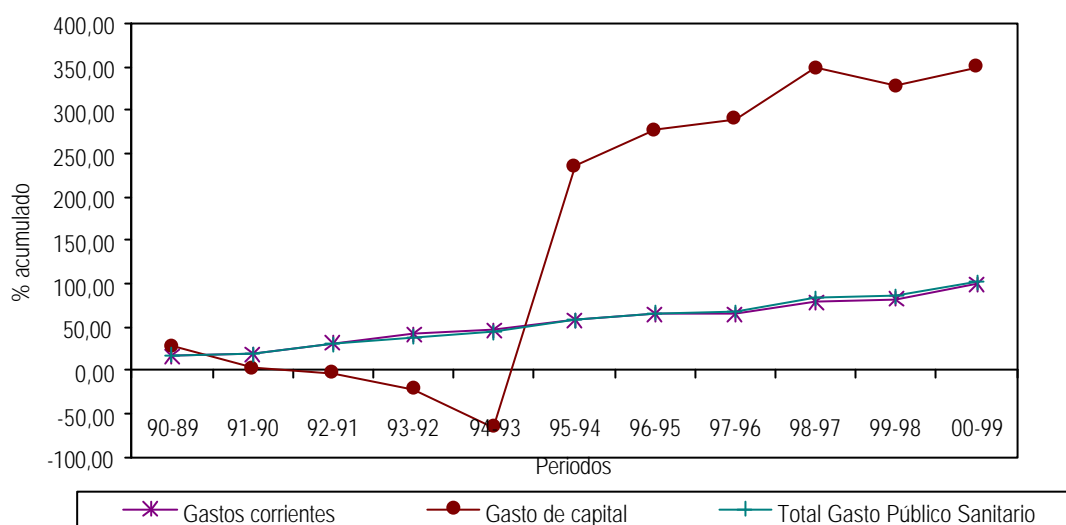
TABLA 11.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS INVERSIONES REALIZADAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CANARIAS, 1997-2000

Año	Inversiones en Atención Especializada (412C)		Inversiones en Atención Primaria (412F)		Suma de inversiones en Primaria y Especializada (en miles de euros)
	Miles de euros	%	Miles de euros	%	
1997	51.573	85,3	8.884	12,9	60.457
1998	83.587	78,3	14.024	13,6	97.611
1999	60.969	82,5	12.919	17,5	73.888
2000	77.936	86,0	12.648	14,0	90.584

Fuente: Servicio Canario de Salud

Este fuerte crecimiento inversor en atención especializada, que puede verse con facilidad en la tasa de variación acumulativa interanual del gráfico 11.3, responde al convenio con el Estado que permitió la financiación de la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Negrín de Gran Canaria y las reformas del Complejo Hospitalario de La Candelaria en Tenerife (y que ascendió a unos 84 millones de euros repartidos en el período 95-98).

GRÁFICO 11.3. TASA DE VARIACIÓN INTERANUAL ACUMULADA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA CANARIA 1989-2000 POR AGREGADOS MACROECONÓMICOS



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.5

Los consumos intermedios distintos a los concertados con entidades privadas no llegan al 25% de la producción pública y las amortizaciones de capital giran en torno al 1%. Estas cifras sugieren que el efecto de arrastre del sector sanitario público sobre otros sectores de la economía, como demandador de bienes y servicios es, cuando menos, limitado.

TABLA 11.7. COMPONENTES DEL CONSUMO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS, 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES)

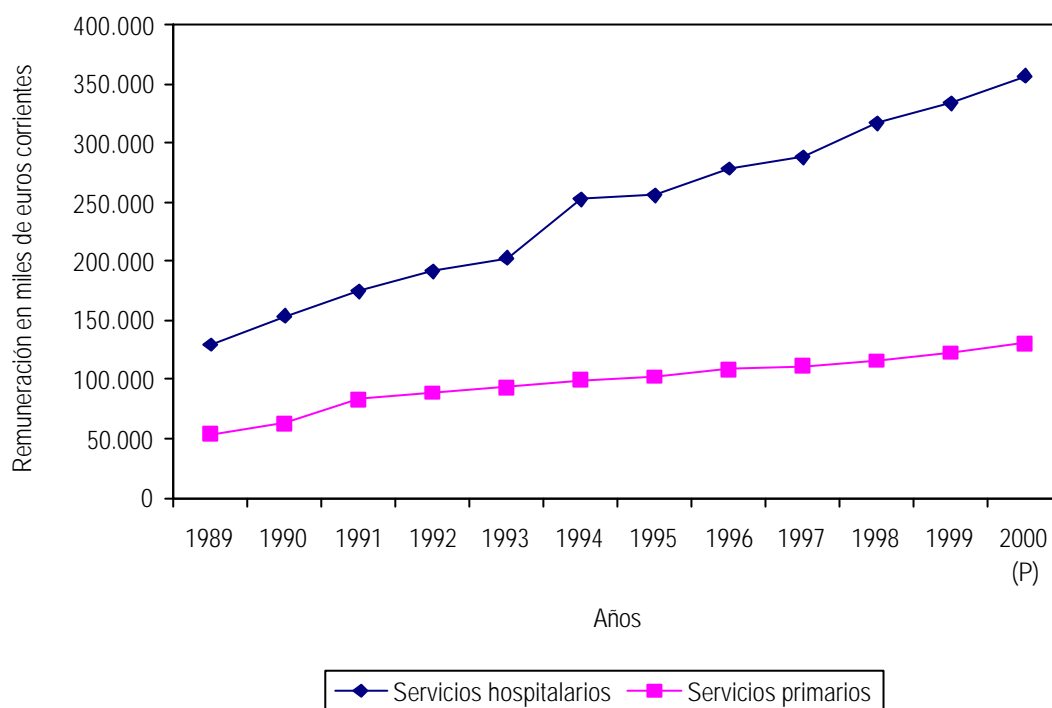
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total personal	199.808	236.410	284.679	310.183	326.722	374.586	382.763	411.644	428.040	463.340	485.271	517.969
Personal ss.hospit	129.231	153.359	175.197	191.288	202.869	252.679	256.054	278.376	287.764	317.171	333.852	356.848
Personal ss.primar	53.773	63.343	82.792	88.696	93.223	99.319	102.499	108.593	110.717	115.675	122.458	130.332
Otros	16.804	19.709	26.690	30.198	30.631	22.589	24.210	24.675	29.560	30.494	28.962	30.788
Total Cons.Intermed.	55.331	73.369	84.987	92.486	102.965	135.260	165.612	162.463	136.423	147.899	152.018	217.802
Cons.Int ss.hospit	43.869	63.273	71.764	78.181	86.825	110.931	145.732	143.533	114.233	121.909	123.506	190.225
Cons.Int ss.primar.	7.208	5.359	7.264	8.548	9.528	20.416	13.599	13.542	12.521	14.013	14.383	15.216
Otros	4.253	4.737	5.959	5.758	6.612	3.914	6.281	5.388	9.669	11.977	14.128	12.362
Consumo capital fijo	3.114	2.992	2.593	4.842	5.103	0	26	207	0	543	1.211	1.520

Nota: (P): Datos provisionales

Fuente: Elaboración propia con datos: 1994-2000 (Servicio Canario de Salud); 1989-1993 (Abásolo I. 1998: "La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Canaria")

Como era de esperar, el sector sanitario público canario se caracteriza por ser un sector intensivo en trabajo. Además, las remuneraciones de personal es el componente que más ha crecido a lo largo de la década analizada. El crecimiento de la masa salarial ha sido sensiblemente mayor en atención hospitalaria y especializada que en atención primaria (ver gráfico 11.4).

GRÁFICO 11.4. EVOLUCIÓN DE LA REMUNERACIÓN DEL PERSONAL DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y PRIMARIOS EN CANARIAS 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la tabla 11.6

Además del aumento de retribuciones que sigue al traspaso de las competencias y que ya ha sido analizado en el informe del CES de 1999, a partir de 1998 hay dos factores que explican el mayor crecimiento relativo de las retribuciones en el sector hospitalario: de un lado el aumento salarial negociado en 1998 y, de otro, el incremento de plantilla, que en el período 1998-2000 ha sido sensiblemente superior al incremento de la plantilla en atención primaria (ver epígrafe 11.3).

La clasificación funcional del gasto (tabla 11.8 y gráficos 11.5 y 11.6) refleja que el gasto en servicios hospitalarios y especializados constituye el principal componente de gasto (el 47% del gasto sanitario público en 2000), seguido del gasto en farmacia (con un 19%) y de los servicios de atención primaria (11%). Aunque a lo largo del período estudiado el gasto en hospitales y atención especializada ha disminuido su peso relativo de forma notable (en 1989 y en 1994 era de un 54% del gasto total), éste no se ha hecho a favor de la atención primaria que también ha disminuido su peso (del 15% en 1994 al 11% en 2000).

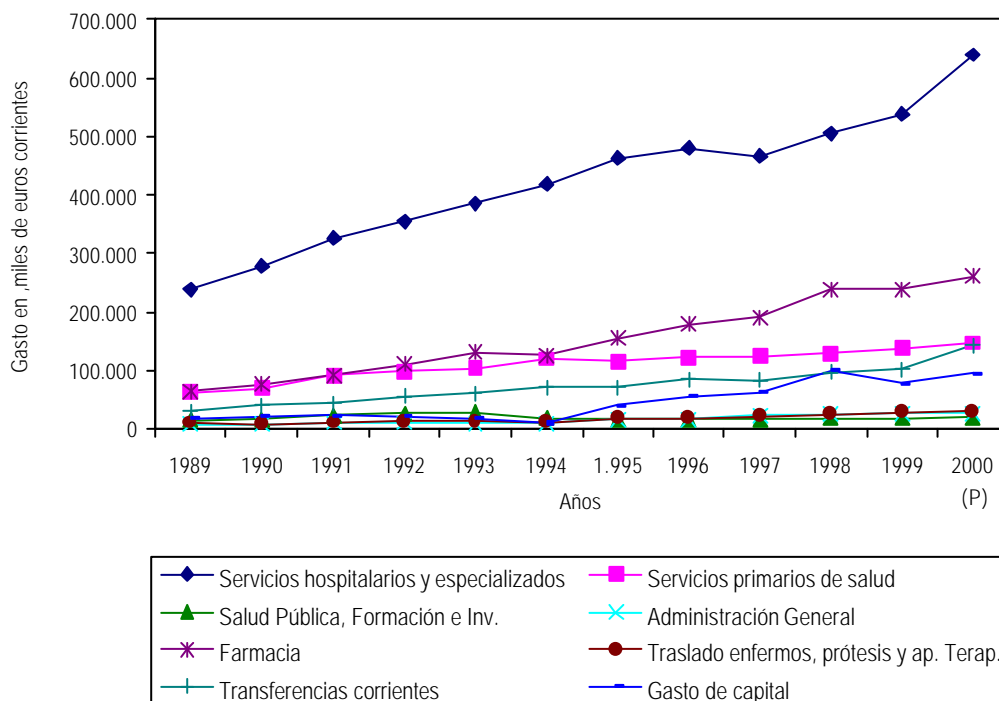
TABLA 11.8. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD CANARIA. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL, 1989-99 (MILES DE EUROS CORRIENTES)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1.995	1996	1997	1998	1999	2000 (P)
Servicios hospitalarios y especializados	238.848	278.285	325.864	354.262	385.676	418.996	463.163	479.914	465.438	505.608	538.233	639.575
Servicios primarios de salud	61.989	69.494	91.050	98.069	103.630	119.734	116.099	122.135	123.238	129.688	136.844	147.235
Salud Pública, Formación e Inv.	13.309	15.848	22.981	26.421	27.884	17.027	16.043	16.379	16.338	18.619	17.632	19.809
Administración General	7.757	8.608	9.720	9.680	9.509	9.476	15.937	16.869	22.891	24.395	26.669	25.804
Farmacia	64.261	76.078	91.629	109.704	130.104	125.538	155.519	177.738	190.106	238.182	238.843	260.065
Traslado enfermos, prótesis y ap. terap.	9.938	8.288	9.751	11.650	12.078	11.335	18.231	18.665	21.647	24.487	28.099	28.972
Transferencias corrientes	28.984	40.137	42.710	55.523	60.096	70.630	70.996	84.118	83.086	96.180	101.398	141.978
Gasto de capital	16.976	21.789	22.416	21.080	17.188	9.755	39.074	55.220	62.224	99.197	77.448	94.623
GASTO SANITARIO PÚBLICO	442.062	518.526	616.121	686.388	746.164	782.492	895.061	971.041	984.968	1.136.356	1.165.166	1.358.061

Nota: (P): Datos provisionales

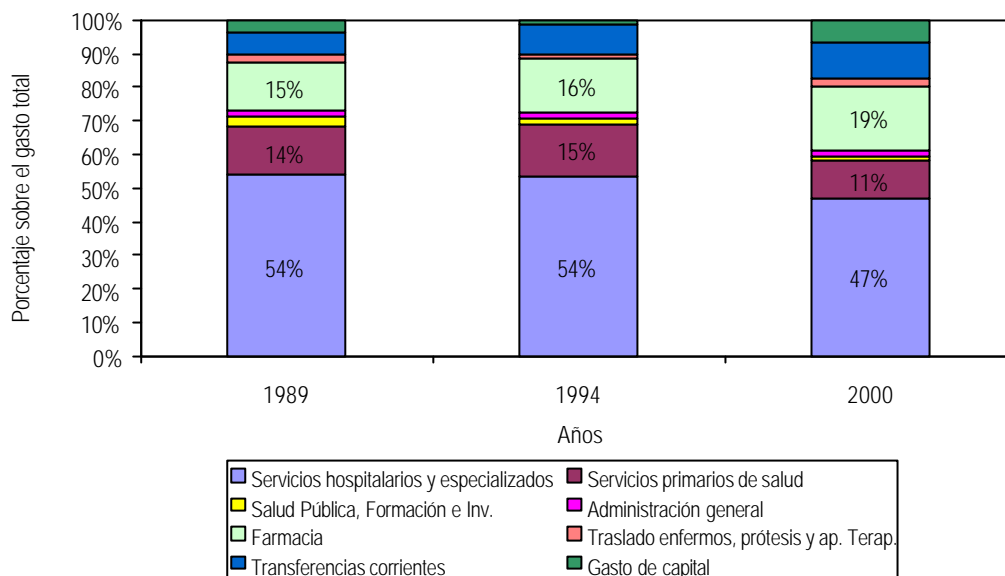
Fuente: Elaboración propia con datos: 1994-2000 (Servicio Canario de Salud); 1989-1993 (Abásolo I. 1998: "La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Canaria")

GRÁFICO 11.5. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN CANARIAS. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL. 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la tabla 11.8

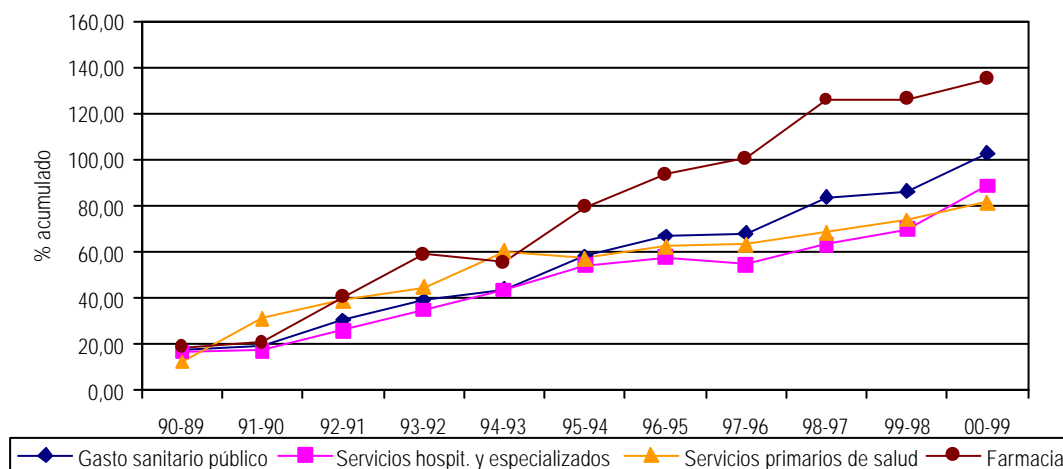
GRÁFICO 11.6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN CANARIAS. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL. 1989, 1994 Y 2000



Fuente: Elaborado a partir de datos de la tabla 11.8

El gasto que ha aumentado notablemente su participación -además del gasto en capital aludido antes- es el gasto en farmacia, que ha pasado de representar el 15% del gasto sanitario público en 1989, al 19% en 2000. La tasa de variación interanual muestra claramente este diferencial -gráfico 11.7-. Sin embargo, el gasto farmacéutico per capita en Canarias es aún sensiblemente inferior al de la media nacional: en 1999, el gasto público en farmacia per capita fue de 143 euros, mientras que en el conjunto español ascendió a 165 euros.

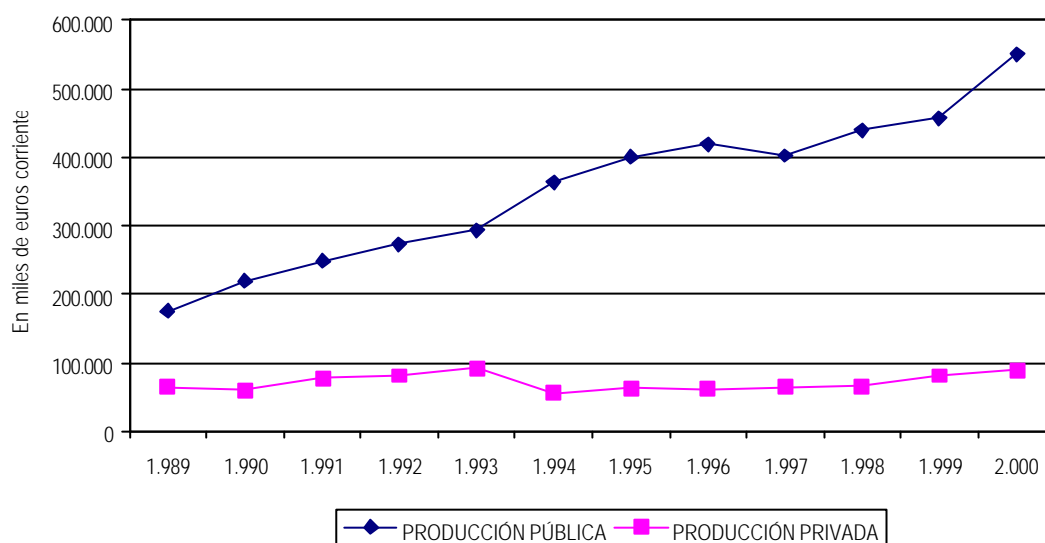
GRÁFICO 11.7. TASA DE VARIACIÓN INTERANUAL ACUMULADA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA CANARIA 1990-2000 CLASIFICACIÓN FUNCIONAL



Fuente: Elaborado a partir de los datos de la tabla 11.8

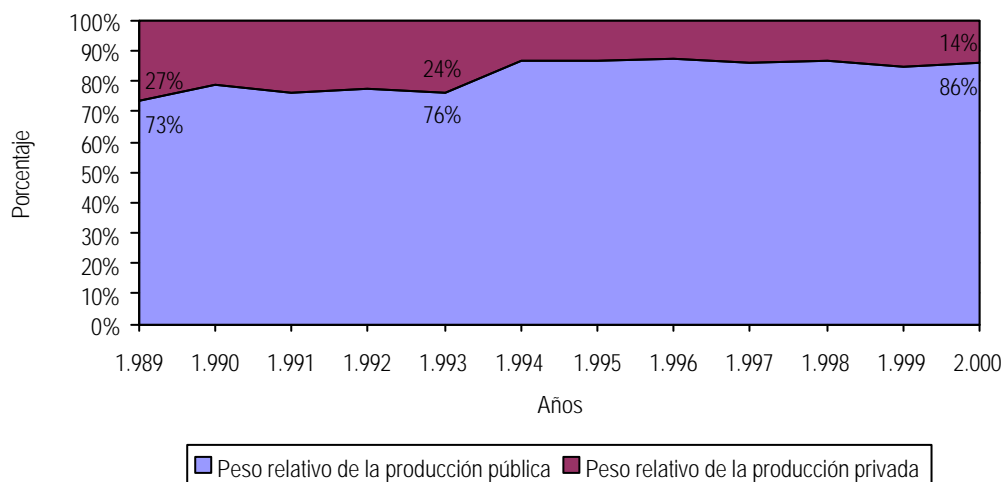
Finalmente, los gráficos 11.8 y 11.9 recogen la producción público-privada de servicios hospitalarios y especializados financiados públicamente en Canarias para el período 1989-2000. Se ha querido aislar a la producción especializada y hospitalaria porque es en esa área en la que el sector público y el privado podrían "competir" en la producción de forma efectiva (cosa que no sucede en atención primaria o en gastos como farmacia).

GRÁFICO 11.8. PRODUCCIÓN PÚBLICO-PRIVADA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS FINANCIADOS PÚBLICAMENTE EN CANARIAS. 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES)



Fuente: Datos contenidos en la tabla 11.5.

GRÁFICO 11.9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICO-PRIVADA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS FINANCIADOS PÚBLICAMENTE EN CANARIAS (1989-2000)



Fuente: Datos contenidos en tabla 11.5

La producción privada representa una parte importante de la producción total de este tipo de servicios sanitarios. Sin embargo, llama la atención la notable disminución de su peso relativo en el período analizado, especialmente a partir de 1994 (ver gráfico 11.9). Si en 1989 el peso de la producción privada de estos servicios fue de un 27% del total, y en 1993 se mantiene al 24%, a partir de 1994 se produce un descenso del peso de la producción privada, llegando a representar en 2000 tan solo el 14% del total. Esto no se debe tanto a un descenso brusco de la financiación de los proveedores privados como a un aumento relativo importante de la producción pública de servicios hospitalarios y especializados (ver gráfico 11.8).

11.3. Los inputs sanitarios: recursos humanos, materiales y dotación tecnológica

Una vez cuantificados monetariamente los recursos sanitarios públicos, nos encontramos con el primer componente de una hipotética función de producción de salud que afecta al resultado final del sistema sanitario: los "Inputs" o recursos sanitarios disponibles y su cuantificación física. Contar con mayor número de recursos sanitarios no implica necesariamente lograr mejores niveles de salud. Ya se ha mencionado que la salud tiene un carácter multifactorial y existen recursos públicos no sanitarios alternativos que ejercen también un impacto sobre el producto final salud. Sin embargo, la disponibilidad de una dotación mínima de recursos humanos y materiales, una combinación adecuada de los mismos (dadas las relaciones de sustituibilidad y complementariedad existentes) y, sobre todo, una distribución geográfica acorde con el principio de equidad en el acceso, sí son asuntos que pueden aproximarse sin necesidad de ponerlos en relación con el output final. Una forma de medir la "adecuación" de estos elementos en una determinada área o región es la de compararlos con un referente regional, nacional o internacional y el seguimiento de su evolución a lo largo del tiempo.

Si bien el Sistema Canario de Salud cuenta con menos recursos humanos que la media española, la dotación de camas y de equipos de alta tecnología en Canarias está en mejor situación relativa. En primer lugar, tanto el número de médicos colegiados como el de enfermeros colegiados es inferior en Canarias respecto al conjunto nacional en el año 2000: por cada 100.000 habitantes hay en Canarias tan sólo 394 médicos frente a los 478 médicos que hay de media nacional (tabla 11.9). La diferencia entre el conjunto español y la Comunidad Canaria en el número de enfermeros por 100.000 habitantes es todavía mayor (380 frente a 497). Dado el grado de sustituibilidad entre médicos y enfermeros y el distinto coste relativo de ambos factores, la ratio enfermeros/médicos es un indicador de interés en la organización del sistema sanitario. La ratio enfermeros/médicos, que ya es relativamente baja en España respecto a la Unión Europea, es aún más baja en Canarias, donde hay 0,96 enfermeros por cada médico, siendo esta ratio de 1,04 en el conjunto español³.

En segundo lugar, la atención hospitalaria en Canarias está relativamente mejor dotada que la del conjunto nacional, Canarias supera la media nacional tanto en términos de camas instaladas por 10.000 habitantes como en el número de equipos de Alta Tecnología Médica (ATM) por millón de habitantes⁴. La explicación de esta mejor dotación de camas y equipos de ATM puede estar en la iniciativa empresarial privada en el sector sanitario y en la dispersión de la población en islas que obliga a prescindir de consideraciones de economías de escala a la hora de asignar recursos.

³ Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la ratio ha sido calculada a partir de las estadísticas de profesionales colegiados, y los datos de enfermeros colegiados pueden estar infravalorados puesto que legalmente no es preciso estar colegiado para poder ejercer la enfermería.

⁴ Estos datos deben ser interpretados con cautela debido a la heterogeneidad de los equipos de ATM que hemos agregado y también de las camas hospitalarias ya que, al tratarse del total de hospitales (públicos y privados) se mezclan camas de agudos con camas de larga estancia (especialmente en centros privados).

TABLA 11.9. PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS Y DOTACIÓN HOSPITALARIA EN ESPAÑA Y CANARIAS A 31-12-2000

	Profesionales sanitarios colegiados (1)			Dotación hospitalaria	
	Colegiados por 100.000 hab.		Ratio Enfermeros/Médicos	Camas instaladas por 10.000 hab. (2)	Equipos de Alta Tecnología por millón de hab.
	Médicos	Enfermeros			
Canarias	394,36	380,61	0,965	49,07	39,62
España	478,08	497,33	1,04	39,81	35,09

Notas: (1) En Médicos se incluye odontólogos y estomatólogos. Enfermeros colegiados incluye matronas, fisioterapeutas, analistas clínicos, radiólogos. (2) Los datos sobre Camas instaladas incluyen todos los hospitales independientemente de su dependencia funcional.

Fuente "Profesionales Sanitarios Colegiados": Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Estadística.

Fuente "Dotación Hospitalaria": Elaboración propia a partir del Catálogo Nacional de Hospitales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La comparación que acabamos de realizar entre Canarias y el conjunto español abarca a todo el sistema sanitario canario. Si nos referimos a la red sanitaria pública del Servicio Canario de Salud (SCS) podremos analizar los medios humanos y materiales por niveles de atención primaria y especializada para las distintas áreas de salud, tal y como se presenta a continuación.

11.3.1. Atención primaria

La atención primaria constituye, en general, el primer punto de contacto del paciente y un vehículo canalizador a lo largo del resto del sistema sanitario público. Como tal, su acceso debe estar garantizado a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad, e independientemente de la fragmentación del territorio de nuestra Comunidad. En el año 2000 la atención primaria contaba con 3.365 trabajadores entre directivos, sanitarios y no sanitarios, lo cual supone un 19,73% del total de trabajadores del SCS. El peso relativo del personal de atención primaria en el conjunto del sistema sanitario en el INSALUD (Comunidades no transferidas en 2000) fue del 24,65%, lo que indica que la atención primaria en Canarias mantiene aún un peso relativamente bajo en el sistema sanitario; ya se puso de manifiesto este mayor gap (entre atención primaria y atención especializada) relativo en Canarias en el informe del CES de 1999, gap que no sólo se ha mantenido sino que incluso se ha incrementado ligeramente.

El personal sanitario (facultativos y sanitarios no facultativos) representa un 71,38% sobre el personal total de atención primaria. La ratio personal sanitario no facultativo/personal facultativo (PNF/PF en adelante) también es baja (1,08 en 2000) aunque por encima del ratio para el territorio INSALUD (0,95). Por su parte, el personal no sanitario, 897 trabajadores, representa una cantidad nada despreciable dentro de atención primaria, el 26,66% de todos los trabajadores de este nivel asistencial en 2000.

En el periodo 1998-2000, los recursos humanos en atención primaria experimentaron un crecimiento de un 6,96%, cifra inferior al crecimiento del total de personal que trabaja para el SCS, un 10,17% en el mismo período.

Como se puede observar en las tablas 11.10 y 11.11, aunque en números absolutos los recursos humanos se concentran geográficamente en las dos islas capitalinas, Gran Canaria y Tenerife, si ajustamos por el tamaño de la población comprobamos que en líneas generales todas las islas cuentan con índices de personal por 10.000 habitantes en torno a la media regional (entre 6 y 7 médicos por 10.000 hab.), exceptuando la isla de El Hierro que destaca por un bajo número de sanitarios no facultativos en relación con su población (gráfico 11.10). Además, es en esta isla donde la ratio PNF/PF es notablemente baja (sólo 0,5 frente a 1,08 de media en 2000).

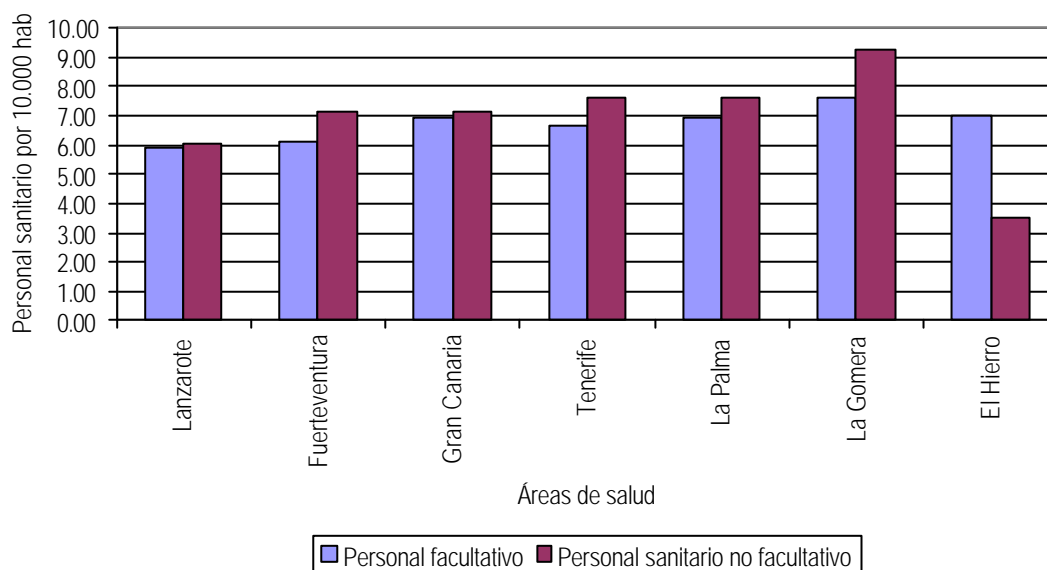
TABLA 11.10. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)

Área de Salud	Puestos directivos y de gestión		Personal facultativo (1)		Personal sanitario no facultativo (2)		Personal no sanitario		Total Recursos Humanos	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Lanzarote	2	2	53	57	51	58	40	45	146	162
Fuerteventura	2	2	33	37	33	43	27	31	95	113
Gran Canaria	28	28	477	512	483	527	407	417	1.395	1.484
Tenerife	27	27	452	471	497	541	343	349	1.319	1.388
La Palma	3	3	49	57	58	63	38	42	148	165
La Gomera	0	0	10	14	12	17	10	10	32	41
El Hierro	0	0	5	6	3	3	3	3	11	12
CANARIAS	62	62	1.079	1.154	1.137	1.252	868	897	3.146	3.365

Nota: (1) Personal facultativo: médicos, MIR (sólo Tenerife); (2) Personal sanitario no facultativo: ATS/DUE, matronas, titulado grado medio, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos especialistas, auxiliares enfermería y otros técnicos, puericultores (sólo Tenerife).

Fuente: Servicio Canario de Salud.

GRÁFICO 11.10. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR 10.000 HAB. POR ÁREAS DE SALUD. AÑO 2000



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.11

TABLA 11.11. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)

Área de Salud	Puestos directivos y de gestión		Personal facultativo (PF)		Personal sanitario no facultativo (PNF)		Personal no sanitario		Total Recursos Humanos		Ratio PNF/PF	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Lanzarote	0,24	0,21	6,25	5,92	6,01	6,02	4,71	4,67	17,21	16,82	0,96	1,02
Fuerteventura	0,41	0,33	6,73	6,15	6,73	7,15	5,51	5,16	19,38	18,79	1,00	1,16
Gran Canaria	0,39	0,38	6,66	6,91	6,75	7,11	5,68	5,63	19,48	20,02	1,01	1,03
Tenerife	0,40	0,38	6,67	6,64	7,34	7,63	5,06	4,92	19,47	19,57	1,10	1,15
La Palma	0,38	0,36	6,27	6,91	7,42	7,64	4,86	5,09	18,93	20,00	1,18	1,11
La Gomera	0,00	0,00	5,96	7,65	7,15	9,29	5,96	5,46	19,06	22,40	1,20	1,21
El Hierro	0,00	0,00	6,51	7,03	3,91	3,52	3,91	3,52	14,32	14,06	0,60	0,5
CANARIAS	0,38	0,36	6,62	6,72	6,98	7,29	5,33	5,23	19,30	19,61	1,05	1,08

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

La tabla 11.12 muestra la distribución de centros de atención primaria entre las áreas de salud en el año 2000. Esta distribución ha variado poco en los últimos años, desde 1998 tan solo se han abierto dos nuevos centros de salud en Gran Canaria y Tenerife hasta un total de 101 centros en el 2000 en todo el Archipiélago, de los que el 73,27% se concentra en las dos islas mencionadas. Por su parte, el número de consultorios locales permanece invariable desde ese mismo año, 142 en toda Canarias, igualmente un 70% de los mismos se encuentra en Gran Canaria y Tenerife, en correspondencia con lo establecido en el mapa sanitario de Canarias.

TABLA 11.12. CENTROS FUNCIONANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREAS DE SALUD EN EL AÑO 2000

Área de Salud	Centros de salud	Consultorios locales
Lanzarote	7	8
Fuerteventura	4	10
Gran Canaria	40	48
Tenerife	34	52
La Palma	9	9
La Gomera	5	10
El Hierro	2	5
CANARIAS	101	142

Fuente: Servicio Canario de Salud

11.3.2. Atención especializada

La atención especializada concentra a la gran mayoría de trabajadores del Servicio Canario de Salud: 13.691 personas trabajan para la atención especializada entre personal sanitario y no sanitario, lo que supone más de un 80% del total de personal del SCS (algo por encima del peso de la atención especializada en el territorio INSALUD, con un porcentaje del 75,35% en 2000).

En su mayor parte, un 54,36% del total de personal en atención especializada, se trata de sanitarios no facultativos (enfermeros, auxiliares, fisioterapeutas, etc.). De hecho, los ratios PNF/PF (tablas 11.13 y 11.14) muestran que, en atención especializada, a diferencia de lo que ocurría en atención primaria, existen aproximadamente tres enfermeros por cada médico. Desde 1998 la plantilla en atención especializada ha crecido un 9,48%, pasando de 12.505 trabajadores a 13.691, el mayor crecimiento se ha

producido entre el personal sanitario no facultativo, que ha aumentado en un 10,52%. La puesta en funcionamiento del Hospital Negrín de Gran Canaria, la finalización de algunas fases de los planes directores de los hospitales, con la consiguiente puesta en marcha de nuevas unidades y servicios, como la unidad de Internamiento Breve (salud mental) en el Hospital Nuestra Sra. De la Candelaria en Tenerife, la unidad de lesiones medulares del Insular de Gran Canaria, la finalización del Hospital de las Nieves en la Palma explican, al menos en parte, este aumento de plantilla a partir de 1998. Además, el mantenimiento de una ratio de personal sanitario per capita equilibrada en este período, con un entorno de considerable crecimiento poblacional, ha requerido también un incremento de plantillas algo superior al de otras Comunidades Autónomas con menor crecimiento demográfico.

TABLA 11.13. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)

Área de Salud	Puestos directivos y de gestión		Personal facultativo		Personal sanitario no facultativo		Personal no sanitario		Total Recursos Humanos	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Lanzarote	16	18	90	96	285	307	142	152	533	573
Fuerteventura	15	16	48	56	188	204	113	119	364	395
Gran Canaria	129	129	924	958	3.215	3.479	1.504	1.643	5.772	6.209
Tenerife	102	114	958	1.013	2.719	3.054	1.351	1.522	5.130	5.703
La Palma	20	20	83	88	258	327	178	195	539	630
La Gomera	6	6	15	16	46	48	35	38	102	108
El Hierro	8	8	8	12	23	24	26	29	65	73
CANARIAS	296	311	2.126	2.239	6.734	7.443	3.349	3.698	12.505	13.691

Fuente: Servicio Canario de Salud

TABLA 11.14. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)

Área de Salud	Puestos directivos y de gestión		Personal facultativo (PF)		Personal sanitario no facultativo (PNF)		Personal no sanitario		Total Recursos Humanos		Ratio PNF/PF	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Lanzarote	1,89	1,87	10,61	9,97	33,59	31,88	16,74	15,78	62,82	59,50	3,17	3,20
Fuerteventura	3,06	2,66	9,79	9,31	38,35	33,93	23,05	19,79	74,26	65,70	3,92	3,64
Gran Canaria	1,80	1,74	12,91	12,93	44,90	46,94	21,01	22,17	80,62	83,77	3,48	3,63
Tenerife	1,51	1,61	14,14	14,28	40,13	43,05	19,94	21,46	75,72	80,40	2,84	3,01
La Palma	2,56	2,42	10,61	10,67	32,99	39,64	22,76	23,64	68,93	76,38	3,11	3,72
La Gomera	3,57	3,28	8,93	8,74	27,40	26,23	20,85	20,77	60,75	59,02	3,07	3,00
El Hierro	10,42	9,38	10,42	14,06	29,95	28,13	33,86	33,99	84,65	85,55	2,88	2,00
CANARIAS	1,82	1,81	13,04	13,05	41,31	43,37	20,55	21,55	76,72	79,77	3,17	3,32

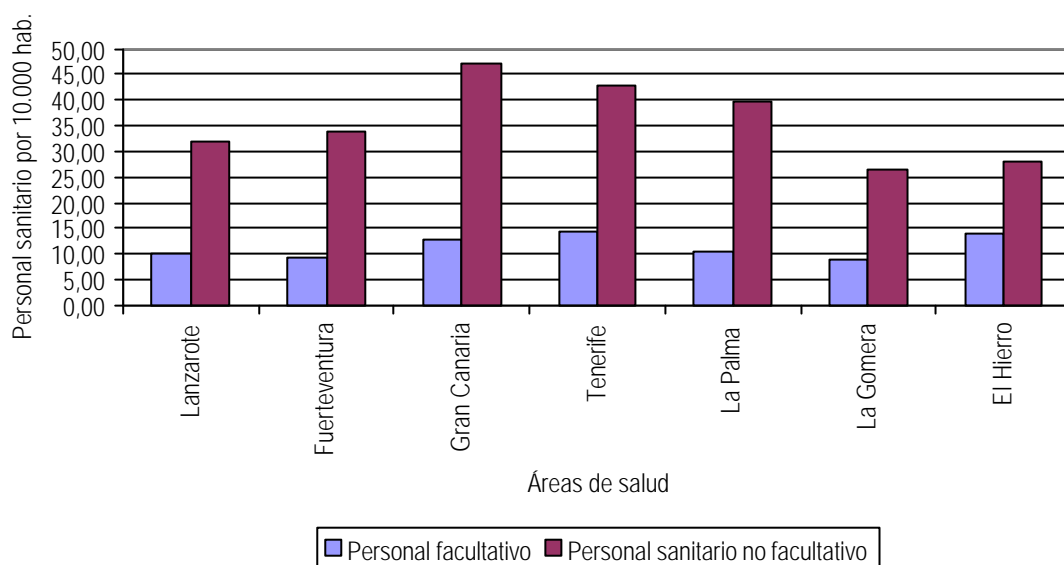
Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

Al igual que en atención primaria, los recursos humanos de la atención especializada se concentran en términos absolutos en Gran Canaria y Tenerife. En términos per capita, el personal facultativo se mantiene prácticamente igual en el período 98-00 en ambas islas, aunque la proporción es algo superior en Tenerife (14,28 por 10.000 habitantes en 2000) que en Gran Canaria (12,93 por 10.000 habitantes). Estas cifras están por encima del territorio INSALUD, donde en 2000 hay una media de 11,74 facultativos por 10.000 habitantes (hecho explicado por el mayor peso relativo de la atención especializada en el

sistema sanitario público canario). Por el contrario, la distribución del personal no facultativo (que crece en ambas islas), favorece a Gran Canaria (con 47 sanitarios por 10.000 habitantes), frente a Tenerife (43 sanitarios). En ambos casos, también por encima de la tasa de las Comunidades del INSALUD gestión directa que en 2000 tenían una media de 39,85 sanitarios no facultativos por cada 10.000 habitantes.

Estas proporciones por islas explican que la ratio PNF/PF sea sensiblemente distinta en ambas áreas de salud: Gran Canaria cuenta con una ratio de 3,63 y Tenerife de 3 (el INSALUD tenía una ratio de 3,39 en 2000).

GRÁFICO 11.11. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 10.000 HAB. AÑO 2000



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.14

En cuanto a los centros de atención especializada (CAE) de 1999 a 2000 se cerró un centro en la isla de Gran Canaria quedando en 15 el número total de centros en Canarias. En la tabla 11.15 está recogida la distribución por áreas de salud de los centros de atención especializada: 1 en Lanzarote, 6 en Gran Canaria, 5 en Tenerife y 2 en La Palma, en las otras islas las consultas de atención especializada se realizaron en los hospitales del SCS.

Las tablas 11.15 y 11.16 también recogen la dotación de camas y quirófanos de los centros hospitalarios del SCS. En números absolutos la mayor concentración de ambos la encontramos una vez más en las principales islas, si bien las islas menores, La Gomera y El Hierro, mantienen una dotación mínima de camas y quirófanos. Esto resulta razonable teniendo en cuenta que las islas de Gran Canaria y Tenerife tienen los hospitales de referencia para la resolución de los problemas de salud de mayor nivel de complejidad de las islas menos pobladas, ya que ni los criterios de eficiencia, ni los criterios de garantía de calidad, para determinados procesos asistenciales, aconsejan ofertar el servicio cuando no es posible superar un cierto nivel de actuaciones al año por profesional.

El número de camas hospitalarias por 10.000 habitantes disminuyó en casi todas las islas a pesar de que el número total de camas aumentó o permaneció constante en todas las áreas de salud. Esto se debe, lógicamente, a que en el período 98-00, el ritmo de crecimiento poblacional ha sido superior al

crecimiento de la dotación de camas. Esto mismo ocurre -de forma más evidente aún- con el número de quirófanos en funcionamiento que, además, en el 2000 disminuyó con respecto a 1999 en 9 quirófanos.

TABLA 11.15. INFRAESTRUCTURAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	Centros hospitalarios del SCS						Centros de atención especializada
	Camas en funcionamiento			Quirófanos en funcionamiento			
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	2000
Lanzarote	162	164	166	4	3	3	1
Fuerteventura	106	108	113	3	3	3	0
Gran Canaria	1.540	1.516	1.530	35	33	37	6
Tenerife	1.515	1.519	1.499	26	25	12	5
La Palma	145	145	164	3	3	3	2
La Gomera	33	33	33	1	1	1	0
El Hierro	15	16	16	1	1	1	0
CANARIAS	3.516	3.502	3.521	73	69	60	14

Fuente: Servicio Canario de Salud

TABLA 11.16. INFRAESTRUCTURAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	Centros hospitalarios del SCS					
	Camas en funcionamiento por 10.000 habitantes			Quirófanos en funcionamiento por 10.000 habitantes		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Lanzarote	19,09	18,15	17,24	0,45	0,31	0,31
Fuerteventura	21,62	20,04	18,79	0,61	0,56	0,46
Gran Canaria	21,51	20,81	20,64	0,49	0,46	0,49
Tenerife	22,36	21,94	21,13	0,39	0,36	0,17
La Palma	18,54	17,59	19,88	0,38	0,36	0,41
La Gomera	19,65	19,24	18,03	0,60	0,58	0,55
El Hierro	19,53	19,80	19,80	1,30	1,24	1,24
CANARIAS	21,57	20,94	20,52	0,45	0,41	0,35

Fuente: Servicio Canario de Salud

La Alta Tecnología Médica (ATM), de centros propios o concertados, también se concentra en Gran Canaria y Tenerife en torno a los más importantes centros hospitalarios, 63 unidades de las 68 con que se cuenta en todo el Archipiélago entre centros propios y concertados (La Gomera y El Hierro no cuentan con ninguna unidad de Alta Tecnología). Si ajustamos por población, se aprecia que Lanzarote cuenta con casi el doble de unidades de TAC y de salas de hemodinámica que Gran Canaria con relación a su población. Analizando este indicador, equipos de ATM por millón de habitantes, podemos concluir, al igual que en el Informe del CES de 1998, que el nivel dotacional de la tecnología médica en Canarias es satisfactorio; tan solo el número de bombas de cobalto por millón de habitantes en el 2000 en Canarias es inferior al del año 1990 (tablas 11.17 y 11.18)

Por otra parte y en relación con la titularidad del centro en el que se encuentra la ATM (tabla 11.19), la mayor parte de estas unidades se encuentra en hospitales de titularidad pública, 42 unidades frente a las 26 que se hayan en hospitales privados concertados con el SCS.

TABLA 11.17. ALTA TECNOLOGÍA EN CENTROS PROPIOS Y CONCERTADOS POR ÁREAS DE SALUD. AÑO 2000

Área de Salud	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI
Lanzarote	2			1				
Fuerteventura	1							
Gran Canaria	8	3	4	4	4	3	1	2
Tenerife	10	3	7	5	3	2	2	2
La Palma	1							
CANARIAS	22	6	11	10	7	5	3	4

Fuente: Servicio Canario de Salud

Abreviaturas: TAC: Tomografía Axial Computerizada
 RM: Resonancia Magnética
 GAM: Gammacámara (incluye SPECT)
 HEM: Sala de Hemodinámica
 ASD: Angiografía por Sustracción Digital
 LIT: Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque
 BCO: Bomba de Cobalto
 ALI: Acelerador de Partículas

TABLA 11.18. ALTA TECNOLOGÍA EN CENTROS PROPIOS Y CONCERTADOS POR ÁREAS DE SALUD. EQUIPOS POR MILLÓN DE HABITANTES. AÑO 2000.

Área de Salud	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI
Lanzarote	20,77			10,38				
Fuerteventura	16,63							
Gran Canaria	10,79	4,05	5,40	5,40	5,40	4,05	1,35	2,70
Tenerife	14,10	4,23	9,87	7,05	4,23	2,82	2,82	2,82
La Palma	12,12							
CANARIAS	12,82	3,50	6,41	5,83	4,08	2,91	1,75	2,33

Fuente: Servicio Canario de Salud

TABLA 11.19. ALTA TECNOLOGÍA SEGÚN LA TITULARIDAD DEL CENTRO POR ÁREAS DE SALUD. AÑO 2000.

Área de Salud	Equipos			Equipos por millón de hab.		
	Público	Privado concertado	Total	Público	Privado concertado	Total
Lanzarote	2	1	3	20,77	10,38	31,15
Fuerteventura	1	0	1	16,63	0,00	16,63
Gran Canaria	19	10	29	25,64	13,49	39,13
Tenerife	20	14	34	28,19	19,74	47,93
La Palma	1	0	1	12,12	0,00	12,12
CANARIAS	42	26	68	24,47	15,15	39,62

Fuente: Servicio Canario de Salud

11.4. Los outputs intermedios: principales indicadores de actividad y utilización

Si los recursos sanitarios de una Comunidad constituyen un indicador insuficiente del funcionamiento del sistema sanitario, la utilización sanitaria tampoco es la aproximación ideal. Sin duda, el número de consultas, altas, estancias, pruebas de laboratorio, etc. son un indicador de *productividad física* que aporta información útil a cualquier análisis del sector sanitario, pero también debe ser tomado con enorme

cautela. Otra vez, mayor número de estancias, visitas, altas, una mayor cobertura de programas sanitarios, etc. no necesariamente implican mejores niveles de salud por las razones aducidas en el epígrafe 11.3. Además, la utilización en un sistema sanitario público a veces no se ajusta a un modelo ideal de necesidad sanitaria. No debemos olvidar que la mayor parte de los bienes y servicios sanitarios son privados, es decir, que sus beneficios son atribuibles a individuos concretos y, además, es técnicamente aplicable un precio en su consumo (en otras palabras, son comercializables como lo muestra el hecho de que existe sanidad de mercado). Esto hace que también el consumo (o la utilización) sanitario sea el resultado de la interacción entre oferta y demanda sanitaria, de manera que un mayor índice de utilización puede tener que ver con características del paciente como el nivel de estudios, el coste-tiempo, las preferencias, las condiciones familiares, etc. y también con características de la oferta como la disponibilidad de recursos, la variabilidad en la práctica médica, los incentivos presentes en los contratos del personal, etc.

Sin embargo, el hecho de que los niveles de actividad sean *medibles* y comparables a lo largo del tiempo o con otras regiones, entre áreas de salud, etc. hace que siga siendo utilizado como aproximación al "output" intermedio en el análisis del funcionamiento de un sistema sanitario.

11.4.1. Atención primaria

Las tablas 11.20 y 11.21 recogen las consultas per capita de atención primaria por tipo de servicio sanitario y por área de salud. Los médicos generales son quienes atienden mayor número de consultas, seguidos de los enfermeros y los pediatras; las consultas per capita a matronas y trabajadores sociales son muy bajas y mantienen cierta constancia en el tiempo. En general, el número de consultas per capita en atención primaria disminuye desde el año 1998 hasta el 2000, si bien las mayores variaciones se producen entre 1998 y 1999.

TABLA 11.20. CONSULTAS PER CAPITA EN CANARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN TIPO DE SERVICIO (1998-2000)

	1998	1999	2000
Medicina general	4,64	4,45	4,43
Enfermería	2,25	2,10	2,07
Pediatría	0,82	0,75	0,77
Matronas	0,08	0,08	0,08
Trabajadores sociales	0,02	0,02	0,02
TOTAL	7,81	7,41	7,37

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

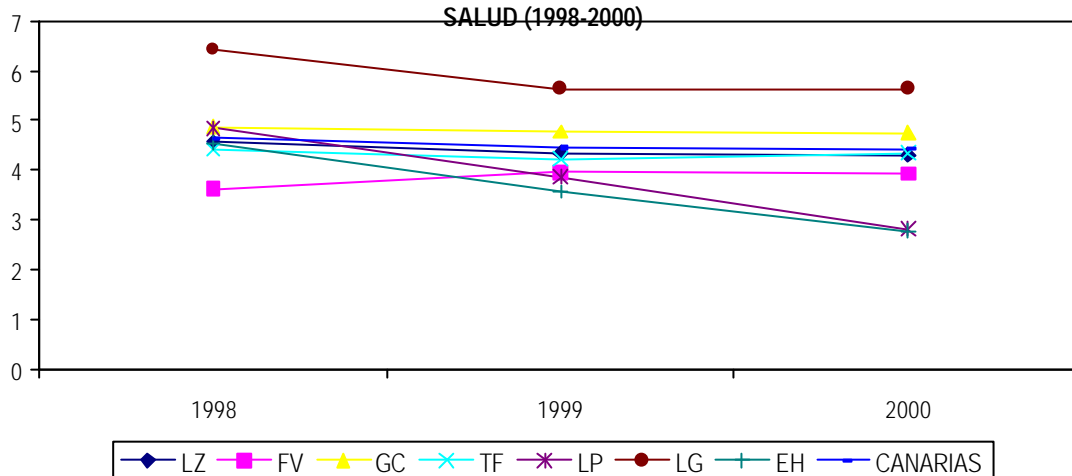
TABLA 11.21. CONSULTAS PER CAPITA POR ÁREA DE SALUD EN CANARIAS (1998-2000)

Área de salud	Medicina general			Enfermería			Pediatría		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Lanzarote	4,56	4,35	4,31	2,81	2,64	2,53	0,81	0,73	0,72
Fuerteventura	3,63	3,96	3,93	3,01	2,76	2,75	0,93	0,82	0,85
Gran Canaria	4,87	4,77	4,75	2,24	2,17	2,11	0,81	0,77	0,80
Tenerife	4,41	4,23	4,34	2,08	1,88	1,89	0,83	0,75	0,76
La Palma	4,85	3,86	2,82	2,27	1,91	1,81	0,86	0,74	0,61
La Gomera	6,42	5,64	5,63	3,78	3,64	3,78	0,33	0,16	0,23
El Hierro	4,55	3,57	2,78	3,27	2,52	2,42	0,46	0,35	0,36
CANARIAS	4,64	4,45	4,43	2,25	2,10	2,07	0,82	0,75	0,77

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

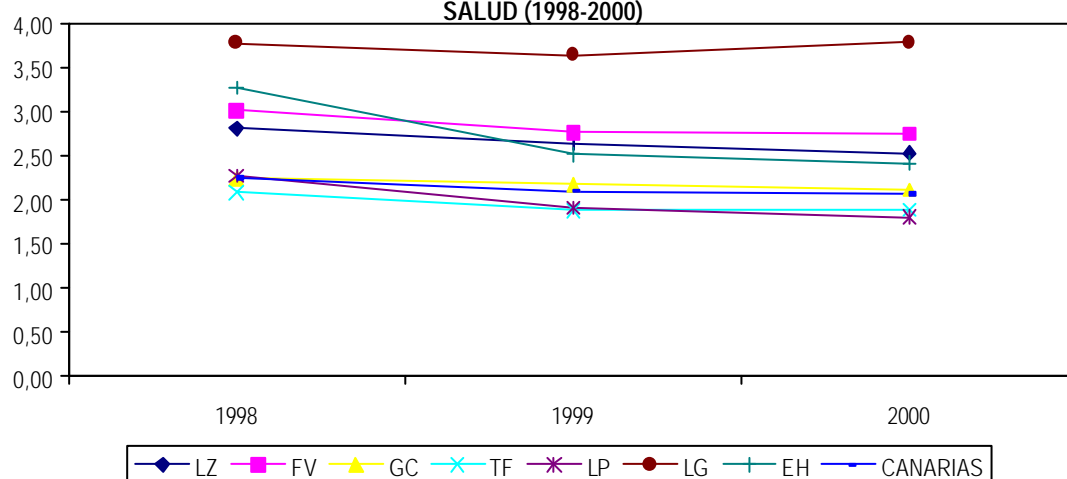
Por áreas de salud, no se aprecian diferencias substanciales entre el número de consultas per capita de atención primaria de Gran Canaria y Tenerife. La Palma y El Hierro cuentan con el menor número de consultas per capita de medicina general además de ser las islas en las que la disminución por este concepto es mayor. La Gomera tiene el mayor número de consultas per capita en medicina general y en enfermería, y Fuerteventura en pediatría, posiblemente debido a su perfil demográfico más joven, mientras los menores indicadores en pediatría los tienen El Hierro y La Gomera. Los gráficos 11.12, 11.13 y 11.14 representan la evolución de este indicador en las siete áreas de salud y para el total de la Comunidad Autónoma de Canarias tanto en medicina general, como en enfermería y pediatría.

GRÁFICO 11.12. CONSULTAS PER CAPITA EN MEDICINA GENERAL POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)



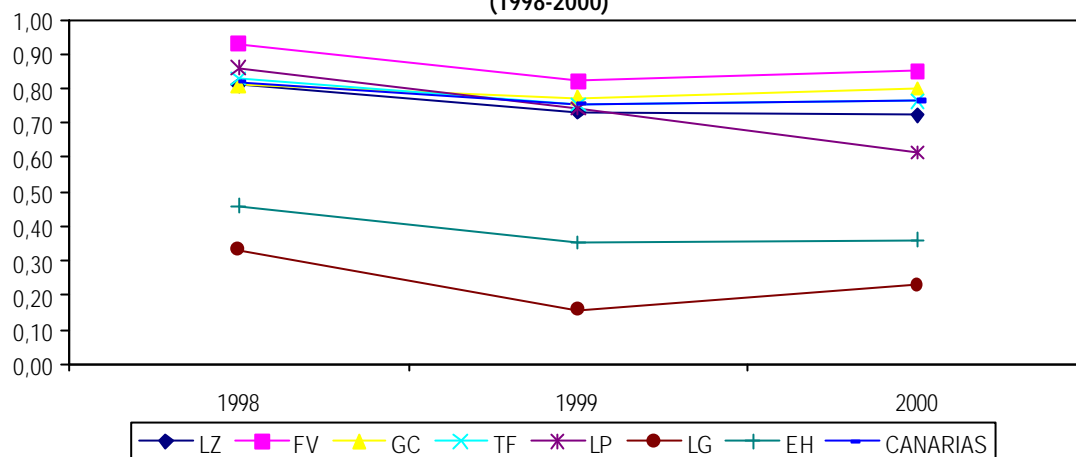
Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.21

GRÁFICO 11.13. CONSULTAS PER CAPITA EN ENFERMERÍA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.21

GRÁFICO 11.14. CONSULTAS PER CAPITA EN PEDIATRÍA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.21

La presión asistencial del médico general, entendida como la media de pacientes que atiende un profesional al día es un buen indicador del resultado esperado de la atención de este servicio en el sistema sanitario, no sólo porque el tiempo dedicado al paciente es un elemento objetivo de importancia en la calidad asistencial sino porque puede ser un determinante de las posibilidades de acceso en condiciones de igualdad al primer punto de conexión con el sistema sanitario. En la Comunidad Canaria se mantiene a lo largo del período 98-00, con una media en torno a los 42 pacientes atendidos al día (ver tabla 11.22), sensiblemente por encima de nuestro referente del territorio INSALUD gestión directa, donde la media es de 37,04 pacientes atendidos al día. La importancia de este indicador y la variabilidad del mismo a lo largo de las distintas áreas de salud merece una mención especial. La presión asistencial es relativamente mayor en Gran Canaria que en Tenerife. En la isla oriental, en 1998 cada médico general atendía una media de 46 pacientes por día (en Tenerife 40 pacientes/día). Esta mayor presión no puede explicarse porque haya un menor número de médicos generales per capita (ver epígrafe 11.3), aunque el aumento de médicos generales per capita en Gran Canaria en el período 98-00 ha ido acompañado de un descenso -hasta 44,5- en la presión asistencial (en Tenerife fue de 42 en 2000).

TABLA 11.22. PRESIÓN ASISTENCIAL EN MEDICINA GENERAL POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	1998	1999	2000
Lanzarote	37,8	37,8	39,5
Fuerteventura	32,2	35,9	39,3
Gran Canaria	45,8	45,1	44,5
Tenerife	40,3	41,0	42,0
La Palma	42,6	39,4	36,5
La Gomera	36,9	32,9	32,3
El Hierro	30,0	28,5	25,5
CANARIAS	42,2	42,1	42,4

Fuente: Servicio Canario de Salud

La variabilidad en la presión asistencial se confirma cuando hacemos la comparación con el resto de islas, desde los 39,5 pacientes por profesional en Lanzarote hasta los 25,5 pacientes del Hierro. En este último caso, la menor presión asistencial de El Hierro podría explicarse, al menos en parte, por el mayor número de facultativos de atención primaria en relación con la población (con 7,03 médicos por 10.000 hab. frente a la media canaria de 6,72 en 2000), mientras que Lanzarote, con el más bajo índice de médicos generales per capita de todas las islas (5,92 por 10.000 hab.), cuenta con la mayor presión asistencial de entre las islas menores (39,5 en 2000) -ver epígrafe 11.3-.

Dada la mayor utilización esperada por parte de los pacientes más ancianos, el envejecimiento de la población es otro elemento que conviene estudiar cuando hay variaciones importantes por islas. La tabla 11.23 muestra el índice de envejecimiento de las distintas áreas de salud, índice entendido como el porcentaje de población mayor de 64 años con respecto a la población total. De forma distinta a lo que anticipábamos, no parece que el índice de envejecimiento pueda explicar una mayor presión asistencial en Gran Canaria (donde hay menos población mayor de 64 años en términos relativos) o una menor presión relativa en El Hierro (con el más alto índice de envejecimiento).

TABLA 11.23. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN CANARIAS (A PARTIR DE LA “ENCUESTA DE POBLACIÓN DE CANARIAS 1996” E “INDICADORES MUNICIPALES. CANARIAS 1998”)

Islas	Índice de envejecimiento (%)
Lanzarote	7,3
Fuerteventura	6,6
Gran Canaria	9,9
Tenerife	10,9
La Palma	15,5
La Gomera	16,5
El Hierro	18,8
CANARIAS	10,5

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC)

Finalmente y sin obviar el factor "población flotante", que podría ayudar a explicar algunos de los patrones de presión asistencial-, no puede descartarse que la variabilidad en la presión asistencial sea el resultado de una mayor intensidad en la utilización de estos servicios por parte de los pacientes, pudiendo ser ésta un reflejo de un patrón de demanda distinto, de una práctica médica distinta o de una mezcla de ambos factores⁵.

Otro indicador de la actividad asistencial y de la práctica profesional en atención primaria es la tasa de derivaciones e interconsultas (entendida como el porcentaje de derivaciones e interconsultas sobre el total de consultas). Aunque también se presentan cifras para el período 98-00 (ver tabla 11.24), dadas las anomalías apreciadas para el año 2000 (especialmente en Gran Canaria), haremos la comparación hasta 1999. De acuerdo con la tabla 11.24, se aprecia una notable variabilidad en este indicador en las distintas áreas de salud.

⁵ No obstante, los cambios observados en una misma área de salud, como es el caso del Hierro, sin que nada nos haga pensar que haya ido acompañado de cambios en los parámetros anteriormente mencionados, también nos hace cuestionarnos la consistencia del dato " numero de consultas".

TABLA 11.24. DERIVACIONES E INTERCONSULTAS DE MEDICINA GENERAL POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	% derivaciones a radiología sobre el total de consultas			% derivaciones a radiología sobre el total de consultas			% interconsultas sobre el total de consultas		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Lanzarote	1,11	1,18	1,38	5,69	5,23	5,45	3,64	3,75	4,01
Fuerteventura	2,36	1,89	1,61	8,45	7,05	7,11	5,84	4,26	4,05
Gran Canaria	1,97	1,91	1,63	4,56	5,28	5,24	6,72	6,40	2,62
Tenerife	1,64	1,56	1,56	4,86	6,06	7,16	5,60	8,53	10,61
La Palma	1,28	1,24	0,72	4,17	3,91	2,00	2,87	2,79	2,16
La Gomera	1,53	1,01	0,02	1,79	2,08	2,86	0,93	1,96	2,85
El Hierro	1,50	1,54	1,35	5,04	4,65	4,72	7,47	6,67	5,00
CANARIAS	1,76	1,69	1,54	4,77	5,53	5,95	5,83	6,83	5,97

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

Especialmente llamativo es el porcentaje de interconsultas en Tenerife, donde hay una tendencia al alza en el período 98-99. En 1998 se parte con una tasa de 5,6% que se eleva hasta el 8,53% en 1999, es decir que, en media, 9 de cada 100 pacientes atendidos por el médico general necesitó de posterior consulta con el especialista en 1999. No debe descartarse que la puesta en marcha en Tenerife, en dicho período, de un proyecto de formación realizado por atención especializada y atención primaria, en el que se utilizó la consulta conjunta en el centro de salud, haya influido en dicha tendencia al alza del porcentaje de interconsultas. Por su parte, en Gran Canaria, la tasa de interconsultas alcanza en 1998 el 6.72% (habiendo descendido dicha tasa en 1999 hasta el 6,40%). Por último, es destacable la baja tasa de interconsultas en La Palma y La Gomera a lo largo del período (2,8% y 1,96% respectivamente) reflejando una mayor capacidad resolutoria del médico general en dichas áreas, frente a El Hierro, con una tasa de interconsultas del 6,67%. Las tasas de derivaciones a laboratorio y radiología en las áreas de salud mencionadas siguen patrones similares a los de las tasas de interconsultas lo que nos hace pensar que se trata de un patrón de actuación más general que particular. Sin duda, entre los factores que pueden explicar la variabilidad en las tasas de interconsultas y derivaciones podrían estar las diferencias en la disponibilidad de medios de atención especializada (radiología, laboratorio y especialistas en general) en las distintas áreas de salud, una actitud no homogénea por parte de la población de distintas islas, las diferencias en la relación entre atención primaria y especializada y la propia variabilidad en la práctica profesional.

Por último, la tabla 11.25 y el gráfico 11.15 recogen un resumen de los principales programas y servicios dentro del ámbito de los servicios asistenciales, de promoción de la salud y de salud pública de la atención primaria y sus respectivos indicadores de cobertura. De todos ellos puede destacarse un balance muy positivo por el alto índice de cobertura en los programas de vacunaciones de entre 0 y 14 años, en la atención a pacientes diabéticos, en la inspección en el medio escolar, las consultas de niños y las de adultos. Por el contrario la cobertura de otros servicios desde la atención primaria es muy deficiente, tal es el caso de la educación en grupos a diabéticos, la prevención de riesgos cardiovasculares⁶ o la detección precoz del cáncer de cerviz. Sin duda, el seguimiento del paciente es básico en estos programas y las características propias de cada proceso asistencial afecta a la probabilidad de seguimiento del paciente y la adherencia de éstos a los programas.

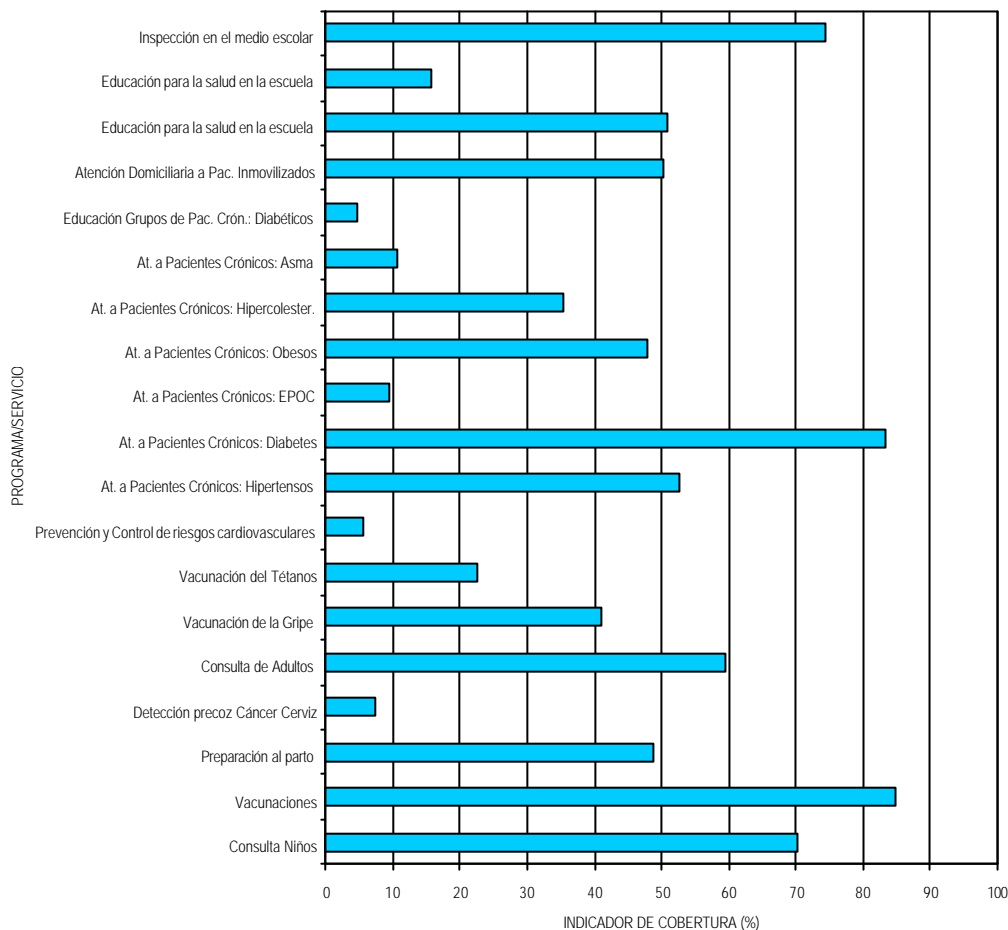
⁶ Este programa ha sido de reciente instauración, y engloba a la diabetes, HTA, dislipemias, pero con un enfoque de riesgo más global; la baja cobertura, por tanto, no significa que la atención a estos pacientes no se dé, sino que se está abordando con otro enfoque, por lo que existe un plazo de tiempo para ir cambiando la metodología de trabajo con estos pacientes paulatinamente.

TABLA 11.25. COBERTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS (1998-2000)

Programa/Servicio	Actividad	Indicador de cobertura (%)			Variación cobertura (%)	
		1998	1999	2000	1998-99	1999-00
Consulta Niños	Nº de historias clínicas de niños 0-14 años	57,2	66,6	70,1	9,4	3,5
Vacunaciones	Nº de niños 0-14 años incluidos en Programa de vacunaciones	74,8	84,3	84,9	9,5	0,6
Preparación al parto	Nº de mujeres que reciben curso de educación maternal	43,1	46,4	48,9	3,3	2,5
Detección precoz Cáncer Cerviz	Nº de mujeres con citología realizada	6,0	6,6	7,3	0,6	0,7
Consulta de Adultos	Nº de historias clínicas de >14 años	55,9	54,4	59,4	-1,5	5,0
Vacunación de la Gripe	Nº de personas = ó>65 años vacunadas en la última campaña	39,0	36,0	41,0	-3,0	5,0
Vacunación del Tétanos	Número de personas >14 años incluidas en servicio	20,2	20,1	22,7	-0,1	2,6
Prevención y Control de riesgos cardiovasculares	Número de personas >14 años incluidas en Programa		0,200	5,7		5,5
At. a Pacientes Crónicos: Hipertensos	Número de personas >14 años incluidas en Programa	46,7	46,4	52,7	-0,3	6,3
At. a Pacientes Crónicos: Diabetes	Número de personas >14 años incluidas en Programa	73,7	73,8	83,4	0,1	9,6
At. a Pacientes Crónicos: EPOC	Número de personas >14 años incluidas en Programa	8,5	8,5	9,5	0,0	1,0
At. a Pacientes Crónicos: Obesos	Número de personas >14 años incluidas en Programa	37,6	38,0	47,8	0,4	9,8
At. a Pacientes Crónicos: Hipercolester.	Número de personas >14 años incluidas en Programa	28,5	29,7	35,5	1,2	5,8
At. a Pacientes Crónicos: Asma	Número de personas >14 años incluidas en Programa	0,7	6,0	10,6	5,3	4,6
Educación Grupos de Pac. Crón.: Diabéticos	Nº de personas diabéticas >14 incluidas protocolo de educación a grupos	3,6	3,8	4,8	0,2	1,0
Atención Domiciliaria a Pac. Inmovilizados	Nº de personas =ó>65 años atendidas en domicilio	53,1	46,6	50,4	-6,5	3,8
Educación para la salud en la escuela	Nº de colegios con protocolos de educación para la salud	52,4	39,9	51,0	-12,5	11,1
Educación para la salud en la escuela	Nº niños 6-14 años que han recibido Educación en salud bucodental	16,9	21,4	15,6	4,5	-5,8
Inspección en el medio escolar	Nº de centros docentes con inspección higiénico-sanitaria realizada	95,6	83,0	74,3	-12,6	-8,7

Fuente: Servicio Canario de Salud

GRÁFICO 11.15. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. AÑO 2000



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.25

11.4.2. Atención especializada

Antes de comenzar a analizar la información sobre la actividad de la atención especializada en Canarias debemos matizar que la información referida al año 2000 no recoge datos de la actividad del Hospital Universitario de Canarias, ya que para este año no se encuentran disponibles. Es por ello por lo que en el texto -aunque se muestran al lector los datos de 2000- en ocasiones puede hacerse alusión únicamente al período 1998-1999. A continuación estudiaremos por separado la actividad ambulatoria, la hospitalización y la actividad quirúrgica.

Las tablas 11.26 y 11.27 recogen los indicadores de la actividad ambulatoria, actividad realizada en los hospitales sin requerir ingreso hospitalario. Las primeras consultas per capita alcanzan una tasa de 0,58 en Canarias, similar a la media del territorio INSALUD en el mismo año (0,52). La ratio primeras consultas per capita es especialmente elevada en Gran Canaria (con una tasa de 0,70 por habitante). Esta tasa es especialmente alta cuando la comparamos al 0,54 de Tenerife, un área de salud con una dotación de facultativos en atención especializada superior a la de Gran Canaria, aunque con una ratio PNF/PF inferior (ver epígrafe 11.3). La tasa de consultas sucesivas es menos dispar en las distintas áreas de salud. En media, esta tasa es más alta que las primeras consultas (una media de 0,81), motivado por la

necesidad de controles una vez realizado el primer diagnóstico médico. Sin embargo, el número de consultas sucesivas por habitante en Canarias es sensiblemente inferior a la del territorio INSALUD donde esta tasa está por encima de 1 (1,02).

Las urgencias per capita en Canarias tienen una media de 0,29 (ver tabla 11.26). Esta tasa de utilización de urgencias es muy similar a las de Gran Canaria y Tenerife (0,27 y 0,24 respectivamente en 1999), pero notablemente a la del territorio INSALUD donde hay una media de 0,37 urgencias per capita, lo que podría indicar -a iguales condiciones de necesidad sanitaria- un uso relativamente más racional de este servicio en Canarias comparado con las Comunidades no transferidas en 1999. Sí cabe mencionar que en las islas no capitalinas las urgencias per capita atendidas en las islas menores (a excepción de La Palma) casi doblan a las de la media de la Comunidad Autónoma. El hecho de que en Tenerife, Gran Canaria y La Palma se cuente con una red de servicios de urgencias normales, en el sentido que existen urgencias extrahospitalarias (que no existen en el resto de islas de la Comunidad) que atienden un cierto nivel de urgencias (no contabilizados en los sistemas de información de los hospitales) y que hacen de criba a las urgencias hospitalarias, podría ayudar a explicar estos diferenciales en las tasas de utilización de urgencias de unas y otras áreas de salud.

Por último, el indicador presión de urgencias (tabla 11.27) representa el porcentaje de ingresos urgentes sobre el total de ingresos. En todas las islas este indicador toma valores superiores al 60% lo cual quiere decir que la mayor parte de los ingresos que se derivan de la actividad ambulatoria se deben a urgencias. Este índice es menor que la presión de urgencias del territorio INSALUD donde alcanza el 68% en 1999.

TABLA 11.26. ACTIVIDAD AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	Consultas per capita						Urgencias per capita		
	Primeras			Sucesivas			1998	1999	2000
	1998	1999	2000	1998	1999	2000			
Lanzarote	0,36	0,36	0,32	0,57	0,54	0,56	0,57	0,58	0,58
Fuerteventura	0,33	0,27	0,27	0,58	0,55	0,47	0,49	0,48	0,48
Gran Canaria	0,78	0,70	0,69	0,91	0,86	0,83	0,27	0,27	0,29
Tenerife	0,54	0,54	0,46	0,83	0,83	0,59	0,24	0,24	0,14
La Palma	0,43	0,36	0,35	0,68	0,61	0,59	0,25	0,26	0,26
La Gomera	0,31	0,39	0,22	0,69	0,75	0,67	0,58	0,60	0,56
El Hierro	0,62	0,57	0,59	0,89	1,10	1,21	0,49	0,51	0,53
CANARIAS	0,62	0,58	0,53	0,84	0,81	0,69	0,29	0,29	0,25

Nota: Los datos para el año 2000 no incluyen al Hospital Universitario de Canarias en Tenerife.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

TABLA 11.27. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO. ÁREA DE ACTIVIDAD AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000)

Área de salud	Consultas/día			Urgencias/día			Presión de urgencias (%)		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Lanzarote	326,0	332,2	347,4	132,5	144,8	153,5	64,31	68,07	70,51
Fuerteventura	183,4	181,6	182,3	65,1	71,0	78,7	74,76	79,86	83,32
Gran Canaria	4.961,7	4.634,0	4.605,1	536,0	546,8	581,0	67,17	70,74	72,34
Tenerife	3.805,1	3.887,4	3.033,3	453,5	458,4	279,1	63,69	66,66	61,34
La Palma	354,1	330,1	315,4	54,2	58,1	58,7	73,87	73,02	75,67
La Gomera	69,0	80,0	67,0	26,6	28,1	28,0	84,07	88,64	89,17
El Hierro	47,4	55,2	59,5	10,3	11,2	11,7	73,27	74,62	85,71
CANARIAS	9.746,8	9.500,6	8.610,3	1.278,3	1.318,4	1.190,8	66,40	69,56	70,17

Nota: Los datos para el año 2000 no incluyen al Hospital Universitario de Canarias en Tenerife.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

La tabla 11.28 recoge los principales indicadores del área de hospitalización para el conjunto de hospitales del sistema canario de salud (tanto públicos como privados) y para el resto de Comunidades Autónomas, para los años 1994 y 1999. También presenta los indicadores de los hospitales públicos del Servicio Canario de Salud para 1999. El porcentaje de ocupación media de los hospitales canarios ha descendido, pasando del 74,5% en 1994 al 63,7% (por debajo de la media nacional en 1999, que se sitúa en 65,1). Este descenso de la ocupación ha ido acompañado de un aumento del número medio de altas por cama en Canarias, pasando de 17,5 en 1994 a 22,5 en 1999, aunque se mantiene por debajo de la media nacional (27,7 en 1999). El resultado es un descenso notable en la estancia media que ha pasado de los 15,5 días de 1994 a 10,3 días de 1999; pese a este descenso en la estancia media, se mantiene por encima de la media del conjunto español donde, en 1999, la estancia media es de 8,57 días.

El diagrama de Pabón es una sencilla aproximación gráfica a la eficiencia técnica de los hospitales que pone en relación la ocupación hospitalaria, un índice de altas por cama y la estancia. Se genera así un gráfico donde cada punto representa la media de los hospitales de cada Comunidad (ver gráficos correspondientes a 1995 y 1999, gráficos 11.16 y 11.17). Las medias de ocupación y de altas por cama (que corresponden a la media española) y sus respectivos intervalos de confianza, generan cuatro áreas de eficiencia que tienen un significado distinto. El área I es el área menos deseable por tratarse de bajos índices de altas y de ocupación. El área III es la más deseable ya que corresponde a un uso más intensivo del hospital (alto grado de ocupación) acompañado de una tasa de altas por cama también elevada. Los cuadrantes II y IV son situaciones intermedias que deben ser evaluadas en cada caso concreto.

TABLA 11.28. ÍNDICES DE OCUPACIÓN Y ALTAS POR CAMA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 1994 Y 1999

Comunidad Autónoma	1994				1999			
	Índice de ocupación	Altas por cama	Estancia media	Cuadrante	Índice de ocupación	Altas por cama	Estancia media	Cuadrante
ANDALUCÍA	67,76	29,39	8,41	2	66,80	30,37	8,03	3
ARAGÓN	66,47	21,72	11,17	1	60,24	23,40	9,40	1
ASTURIAS	70,06	23,92	10,69	d.i.c.	69,29	26,65	9,49	4
BALEARES	66,84	30,01	8,13	2	69,34	37,50	6,75	3
CANARIAS	74,49	17,54	15,50	4	63,74	22,52	10,33	1
Servicio Canario de Salud	72,29	27,48	9,60	3	82,56	30,99	9,72	3
CANTABRIA	56,55	15,83	13,04	1	72,01	22,37	11,75	4
CASTILLA Y LEÓN	67,95	19,07	13,00	1	81,10	27,59	10,73	3
CASTILLA-LA MANCHA	67,82	24,56	10,08	d.i.c.	59,44	28,43	7,63	2
CATALUÑA	77,67	23,85	11,89	3	64,29	26,14	8,98	d.i.c.
COMUNIDAD VALENCIANA	65,79	29,93	8,02	2	66,52	36,37	6,68	3
EXTREMADURA	70,64	21,90	11,77	4	61,16	24,41	9,14	1
GALICIA	75,21	24,41	11,25	3	67,74	26,59	9,30	d.i.c.
MADRID	65,56	22,63	10,57	1	56,77	25,46	8,14	1
MURCIA	70,66	29,05	8,88	3	63,69	29,37	7,91	2
NAVARRA	74,83	25,47	10,72	3	68,66	29,95	8,37	3
PAÍS VASCO	74,75	25,21	10,82	3	64,58	26,85	8,78	d.i.c.
LA RIOJA	83,90	25,34	12,09	3	73,20	27,99	9,54	3
ESPAÑA	70,50	24,37	10,56	d.i.c.	65,05	27,69	8,57	d.i.c.

Notas: (1) Todos los indicadores han sido elaborados a partir de camas instaladas, excepto para los hospitales del Servicio Canario de Salud del año 1999 en la que se ha empleado camas en funcionamiento;

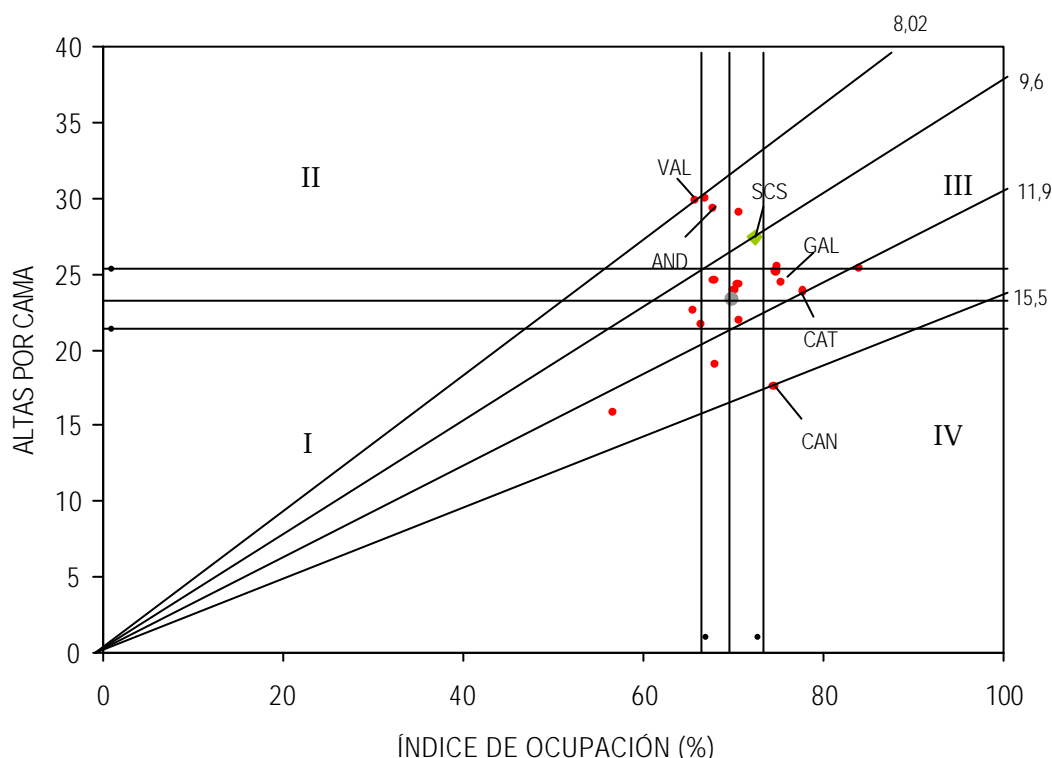
(2) d.i.c.: dentro del intervalo de confianza.

Fuente: 1994: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (INE) y Servicio Canario de Salud; 1999: Catálogo Nacional de Hospitales (MSC), Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE) y Servicio Canario de Salud.

Idealmente, este análisis debe hacerse con las camas en funcionamiento. Sin embargo, dado que no se dispone de este indicador para 1999, se ha considerado las camas disponibles tanto en 1994 como en 1999. En 1994 los hospitales canarios se sitúan en media en el cuadrante IV del diagrama de Pabón (al igual que los hospitales de Extremadura), denotando altos índices de ocupación (un 74,5% de media, frente a la media española del 69,9%) pero no acompañados de una alta tasa de altas por cama (17,5 por debajo de la media nacional de 23,4), lo que se traduce en una estancia media relativamente elevada (una media de 15,5 días frente a la media nacional de 10,62 días). Cuando se ajusta por patología (por si en Canarias tenemos una proporción de hospitalizados crónicos superior a la media nacional) se observa que se mantienen estas estancias elevadas, no atribuibles por tanto al case-mix de nuestra Comunidad⁸.

Sin embargo, la situación en 1999 ha cambiado respecto a 1994. En 1999 los hospitales canarios salen del cuadrante III y se ubican dentro del intervalo de confianza de la media de ocupación, aunque en el cuadrante I a efectos del índice de altas por cama (al igual que los hospitales de las Comunidades de Madrid, Aragón o Extremadura). Es decir que en 1999 los niveles de ocupación se acercan más a la media nacional y, aunque la "productividad" de los hospitales canarios ha mejorado (se ha pasado a 22,5 altas por cama), sigue aún lejos de la media nacional (27,7). El resultado es una disminución en la estancia media que se sitúa en 10,3 días (aún algo por encima de la media del conjunto español, con 8,6), sensiblemente inferior a la de 1994 (ver gráfico 11.17). Este es un cambio no despreciable, máxime cuando los hospitales canarios se mantuvieron a lo largo de 6 años (de 1989 a 1994) en el cuadrante IV.

GRÁFICO 11.16. ÍNDICE DE OCUPACIÓN Y ALTAS POR CAMA 1994



Fuente: Elaborado a partir de datos de la tabla 11.28

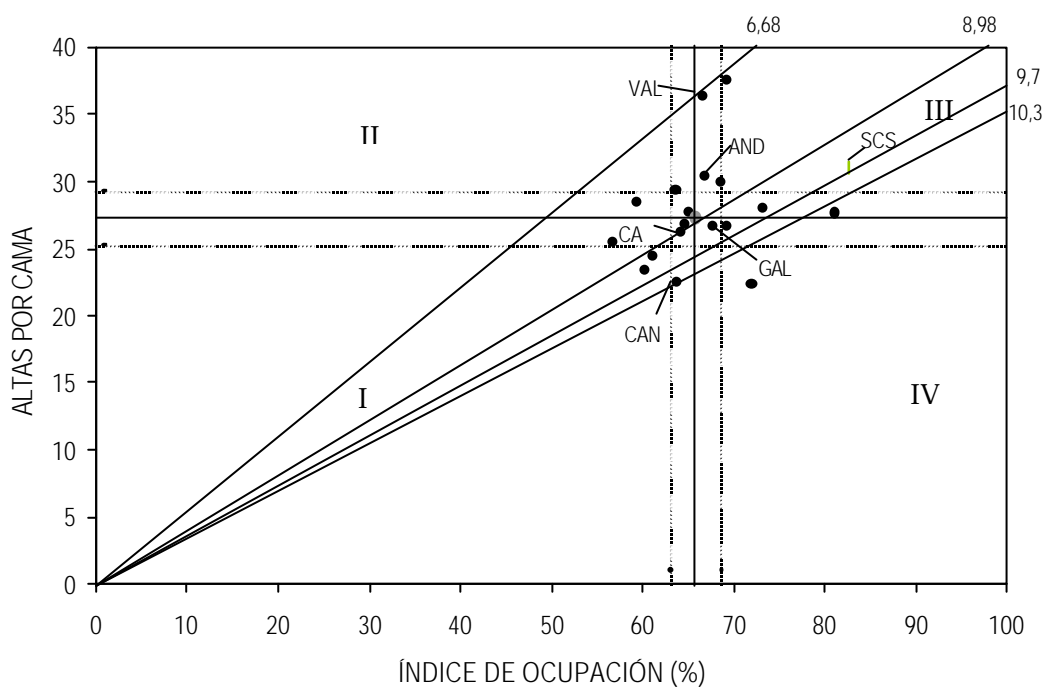
⁷ Sin embargo, debe saberse que haciéndose el análisis con camas en funcionamiento en 1994, las conclusiones no varían respecto a las obtenidas con camas disponibles.

⁸ Esta misma situación de los hospitales canarios se mantuvo durante el período 1989-93 (Abásolo I. 1998).

Si consideramos solamente los hospitales públicos del Servicio Canario de Salud, observamos que tanto en 1994 como en 1999, éstos quedan localizados en el área III la más deseable del diagrama- caracterizada por estancias medias bajas, altos índices de ocupación y de tasas de altas por cama⁹. El hecho de que los hospitales del Servicio Canario de Salud muestren esa posición ventajosa con una menor estancia media (en torno a 9,7 días), hace pensar que hay una mayor utilización de los hospitales concertados por pacientes de larga estancia. De hecho, la potencia de este análisis -como otros tipos de análisis de eficiencia análogos- depende de la consideración de unidades (hospitales en este caso) lo más parecidas posibles, aunque la información disponible no permite una selección de observaciones más adecuada (por número de camas, agudos/crónicos, por especialidades, etc.).

Atribuir este cambio de los resultados así medidos- de los hospitales canarios a un cambio en la eficiencia es un ejercicio arriesgado, máxime cuando el output final salud está ausente de este análisis. Sin embargo, a falta de más información sobre otros elementos, no puede descartarse que a lo largo de este período haya habido un cambio substancial en la utilización y gestión de los recursos hospitalarios (en relación con otras Comunidades Autónomas).

GRÁFICO 11.17. ÍNDICE DE OCUPACIÓN Y ALTAS POR CAMA POR CC.AA. (AÑO 1999)



Fuente: Elaborado a partir de datos de la tabla 11.28

⁹ Debe recordarse que se ha dispuesto de camas en funcionamiento para dichos hospitales del Servicio Canario de Salud, con lo que los % de ocupación y las altas por cama pueden estar algo sobrevaloradas (con respecto a unos índices que tuviesen en cuenta las camas disponibles), aunque probablemente se seguiría encontrando en el cuadrante III, dado que en 1994 sí que se probó, tanto con camas disponibles como con camas en funcionamiento, quedando en ambos casos en dicho cuadrante III.

Por áreas de salud, la estancia media de los hospitales del Servicio Canario de Salud en Gran Canaria es algo menor que la de Tenerife y, además, de forma distinta a la última, se ha reducido ligeramente en el período 98-99. Aunque son menos comparables, la estancia media de los hospitales de las islas capitalinas es casi el doble de islas como La Gomera o El Hierro. Resultado similar se obtiene a partir del análisis del índice de ocupación de las camas hospitalarias aunque el mayor índice se obtiene en Lanzarote donde la ocupación en 1999 fue del 92%. Por último, el indicador del porcentaje de urgencias que finalmente derivan en un ingreso hospitalario (un 15% en Canarias en 1999) refleja el uso intensivo del servicio de urgencias hospitalarias por parte de la población, probablemente por condiciones que requerirían un tratamiento ambulatorio.

La tabla 11.29, referido al área quirúrgica, recoge por un lado la proporción de intervenciones quirúrgicas sobre el total de ingresos. Si bien en el total de intervenciones per capita no se aprecian diferencias significativas entre las islas capitalinas, sí que puede resaltarse que en Tenerife, en torno al 45% de los ingresos hospitalarios se deben a intervenciones quirúrgicas, mientras que en Gran Canaria, este porcentaje fue del 33%. Posiblemente debido entre otras cosas, a una mayor utilización de la cirugía ambulatoria en el área de salud de Gran Canaria (21.432 en 1999 intervenciones quirúrgicas ambulatorias) con respecto a Tenerife (con solo 11.023 para el mismo año). Como es de esperar, estas cifras son notablemente inferiores en las islas no capitalinas, por ejemplo en La Gomera de cada 100 ingresos sólo 18 conllevan una intervención quirúrgica.

En lo que se refiere al área obstétrica, se aprecia una considerable variabilidad en la relación cesáreas/partos, como indicador de calidad, por áreas de salud. En Tenerife, el 20% de los partos se realizan mediante cesárea, siendo este porcentaje del 11% en Gran Canaria. La ratio en las islas menores es aún mayor, destacando La Palma donde 25 de cada 100 partos requirieron cesárea o La Gomera con casi el 40%. La variabilidad en la práctica profesional podría ser un elemento importante para la explicación de este fenómeno.

TABLA 11.29. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS DE SALUD. ÁREA QUIRÚRGICA Y OBSTÉTRICA (1998-2000)

Área de Salud	Total de intervenciones con hospitalización / Total de ingresos (%)			Total intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes			Cesáreas / Partos (%)		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Lanzarote	38,35	39,06	38,37	44,27	44,45	42,24	24,84	22,76	24,25
Fuerteventura	30,78	29,92	30,36	42,59	38,37	35,61	22,32	23,20	29,10
Gran Canaria	36,55	32,84	32,54	48,98	49,25	48,96	10,97	11,19	11,08
Tenerife	47,08	44,38	49,44	51,18	45,13	24,58	19,70	19,93	21,33
La Palma	39,72	36,23	34,37	36,43	31,27	31,46	19,54	25,00	21,76
La Gomera	23,67	20,09	18,62	37,64	31,25	29,13	32,28	38,98	38,41
El Hierro	27,67	31,42	21,75	44,67	46,15	53,70	21,95	21,15	34,85
CANARIAS	40,74	37,92	37,55	48,72	45,85	37,00	16,12	16,52	16,58

Nota: Los datos para el año 2000 no incluyen al Hospital Universitario de Canarias en Tenerife.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

Para terminar de analizar los indicadores de actividad de la atención especializada sólo queda mencionar algunos indicadores de las exploraciones y tratamientos más utilizados (tabla 11.30). El más empleado con diferencia es la ecografía, seguido de las tomografías (TAC) y las mamografías, aunque en el año 2000 las mamografías se incrementan en el Servicio Canario de la Salud en unas 23.000, si añadimos las realizadas por el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. La realización de una exploración está condicionada por la disponibilidad de la tecnología, así mientras las ecografías son realizadas en

todas las islas, las sesiones de hemodiálisis o las litotricias sólo pueden ser realizadas en las islas principales que es donde se encuentra la Alta Tecnología (véase epígrafe 11.3).

TABLA 11.30. EXPLORACIONES Y TRATAMIENTOS POR MIL HABITANTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS (1998-2000)

	1998	1999	2000
T.A.C	35,61	39,48	35,00
Ecografías	113,19	116,94	98,42
Mamografías	27,89	29,11	27,06
Litotricia	0,87	0,98	0,74
Sesiones de Hemodiálisis	25,43	27,49	19,01

Nota: Los datos para el año 2000 no incluyen al Hospital Universitario de Canarias en Tenerife.

Fuente: Elaboración propia. Servicio Canario de Salud.

11.5. El output final: la salud de los canarios

Idealmente, el output final de un sistema sanitario es la salud de sus ciudadanos. Las dificultades para medir el estado de salud, la falta de información en condiciones deseables y el hecho de que la salud, dado su carácter multifactorial, no es atribuible únicamente a los servicios sanitarios, no pueden ser razón suficiente para obviar este aspecto fundamental del sistema sanitario cuando se analizan los objetivos de la política sanitaria. Esperanza de vida y calidad de vida relacionada con la salud son las dos dimensiones que mejor se aproximan al perfil de salud de una población. A continuación se analizan los indicadores que convencionalmente se han utilizado para aproximarnos a ambas dimensiones fundamentales de la salud.

Los datos de esperanza de vida al nacer muestran que, si bien la esperanza de vida en Canarias ha mejorado a una tasa similar a la del conjunto español, sigue estando sensiblemente por debajo de la media nacional (tabla 11.31). Para el año 1998, la media española se encontraba en 78,71 años de esperanza de vida al nacer mientras que en Canarias se situaba en 77,63 años. De hecho, la esperanza de vida en Canarias se encuentra en los últimos puestos en el ranking de comunidades autónomas. Por sexos, el diferencial en esperanza de vida también se mantiene -si no aumenta ligeramente- al igual que sucede en el conjunto español. En 1998, la esperanza de vida al nacer de los hombres es de 74,19 años mientras que el de las mujeres es siete años mayor, 81,19 (algo más que el diferencial que existía en 1985).

TABLA 11.31. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL (1985-1998).

	1985	1990	1995	1998
ESPAÑA	76,52	76,94	78,03	78,71
Varones	73,27	73,40	74,44	75,25
Mujeres	79,69	80,49	81,63	82,16
CANARIAS	75,35	76,12	77,43	77,63
Varones	72,09	72,68	73,75	74,19
Mujeres	78,69	79,70	81,26	81,19

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Si los resultados en cuanto a la esperanza de vida no son muy favorables a Canarias, los indicadores que nos aproximan a la calidad de vida relacionada con la salud, sí que son sensiblemente mejores en Canarias (tablas 11.32, 11.33 y 11.34). La tasa por 1000 de habitantes que padecen algún tipo de discapacidad es sensiblemente inferior en Canarias respecto al conjunto español, tanto en el grupo de edad de 6 a 64 años (40,91 frente a 45,94) como en el grupo de mayores de 65 años (272,24 frente a 322,11). El grado de severidad muestra resultados que van en la misma dirección que los de discapacidad comentados antes. La población canaria sufre las discapacidades de una forma más moderada que el conjunto nacional. Como era de esperar, los mayores de 65 años, no sólo acumulan un mayor número de discapacidades, sino que también aumenta considerablemente la gravedad de las discapacidades.

TABLA 11.32. DISCAPACIDADES SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. POBLACIÓN DE 6 A 64 AÑOS. 1999

	Total	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL				
		Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad	No consta
ESPAÑA	7.145.787	1,27	34,18	34,40	28,50	1,64
Varones	3.576.581	1,48	32,17	33,59	30,92	1,85
Mujeres	3.569.206	1,06	36,21	35,22	26,08	1,44
CANARIAS	263.923	0,80	40,46	36,11	19,47	3,16
Varones	135.105	0,25	43,03	33,56	19,42	3,74
Mujeres	128.817	1,37	37,78	38,78	19,51	2,56

Fuente: Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 11.33. DISCAPACIDADES SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. 1999

	Total	PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL				
		Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad	No consta
ESPAÑA	14.232.368	1,16	27,79	37,99	30,93	2,13
Varones	4.426.211	1,14	28,40	37,23	31,12	2,12
Mujeres	9.806.157	1,18	27,51	38,33	30,85	2,14
CANARIAS	326.425	0,36	30,47	35,50	29,00	4,68
Varones	88.917	0,16	30,77	36,87	29,57	2,63
Mujeres	237.508	0,44	30,35	34,99	28,78	5,44

Fuente: Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

Por sexos, en general, la tasa de discapacidades de los hombres es superior al de las mujeres tanto para el conjunto nacional como para el canario en el grupo de 6 a 64 años. Las actividades que cuestan más a las mujeres canarias de este grupo de edad son las que suponen desplazamiento y las que implican utilización de brazos y manos y las tareas del hogar. Por el contrario, los hombres declaran tener mayores discapacidades en la comunicación. Mientras, en el grupo de 65 y más años esta relación se invierte y son las mujeres las que tienen unas tasas superiores a las de los varones en todas las categorías de discapacidad, en concreto la tasa por 1000 habitantes de mujeres que sufren alguna discapacidad es de 318,91 frente a 210,06 para los hombres.

Nuevamente, las deficiencias (en otra aproximación a la calidad de vida relacionada con la salud) muestran resultados que le son favorables a Canarias respecto al conjunto nacional (tabla 11.34), con la única excepción de las deficiencias mentales para el grupo menor de 65 años. Las primeras deficiencias declaradas en todos los grupos tanto en España como en Canarias son las osteoarticulares seguidas de las visuales y auditivas. De la comparación entre géneros se desprende que los varones canarios menores de 65 años padecen más deficiencias mentales que las mujeres (13,02 frente a 7,00), mientras que entre las mujeres predominan las deficiencias osteoarticulares (16 mujeres de cada mil habitantes mayores de 65 años padece alguna deficiencia de los huesos o articulaciones).

TABLA 11.34. TASA POR MIL HABITANTES POR GRUPOS DE DEFICIENCIAS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. 1999

Tipo de deficiencia	Tasa por 1000 habitantes			
	De 6 a 64 años		De 65 y más años	
	España	Canarias	España	Canarias
Deficiencias mentales	9,38	10,04	35,28	30,39
Deficiencias visuales	8,69	4,93	89,17	59,32
Deficiencias del oído	9,13	5,90	85,18	50,86
Deficiencias del lenguaje, habla y voz	0,66	0,36	4,86	1,96
Deficiencias osteoarticulares	16,28	14,11	117,76	104,04
Deficiencias del sistema nervioso	4,29	3,32	26,14	16,64
Deficiencias viscerales	3,80	3,11	32,46	18,42
Otras deficiencias	1,53	2,26	73,76	54,68
No consta	0,93	1,62	7,38	14,92
TOTAL	45,94	40,91	322,11	272,24

Nota: Una misma persona puede estar en más de una categoría de deficiencia.

Fuente: Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. Instituto Nacional de Estadística.

Con respecto a la necesidad sanitaria, entendida como morbi-mortalidad, en líneas generales, el patrón de necesidad de los canarios es similar al del conjunto nacional. Respecto a la morbilidad, ya en informes del Consejo Económico y Social de Canarias de años anteriores ha sido definido el perfil que sigue la morbilidad de nuestro archipiélago: destacan la mayor incidencia de las alergias, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes con respecto al resto del Estado.

Respecto a la mortalidad las tres primeras causas de defunción de los residentes en Canarias son, como ya viene siendo habitual desde hace varios años y al igual que en el conjunto de España, las enfermedades del aparato circulatorio en primer lugar, seguido de los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio. El ranking del resto de causas de mortalidad de Canarias es muy parecido al del conjunto nacional, con ligeras diferencias en los porcentajes que suponen las causas de muerte dentro del total entre ambas regiones (tabla 11.35). Dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las principales causas de defunción son el infarto agudo de miocardio y las enfermedades cerebrovasculares. El infarto agudo de miocardio es de todas las causas más importante de muerte entre los hombres, a éstos también afectan mayoritariamente las defunciones por tumores y en particular el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. Otras enfermedades del aparato respiratorio distintas del cáncer causaron el 11,24 % del total de las muertes en 1999. Por último, una enfermedad a tener en cuenta es la diabetes mellitus, una de las enfermedades de mayor incidencia entre la población canaria y la cual supone un 85,41% de los fallecimientos dentro del grupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Sin embargo, los fallecimientos debidos a las enfermedades endocrinas, junto con las enfermedades de la sangre y las del sistema genitourinario, han experimentado cierto descenso en los últimos cinco años.

TABLA 11.35. DEFUNCIONES DE RESIDENTES SEGÚN CAUSA EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL (1998-1999)

Causa	Canarias				España	
	1998	1999		Variación 98-99 (%)	1999	
		Valor	%		Valor	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	171	276	2,3	61,40	6.530	1,76
Tumores	2.954	3.082	25,69	4,33	94.566	25,48
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	66	27	0,23	-59,09	1.124	0,30
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	619	555	4,63	-10,34	11.382	3,07
Trastornos mentales y del comportamiento	245	300	2,5	22,45	11.520	3,10
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	193	238	1,98	23,32	10.303	2,78
Enfermedades del sistema circulatorio	4.403	4.284	35,70	-2,70	131.774	35,50
Enfermedades del sistema respiratorio	1.194	1.349	11,24	12,98	45.194	12,18
Enfermedades del sistema digestivo	601	646	5,38	7,49	18.972	5,11
Enfermedades de la piel y del sistema subcutáneo	64	50	0,42	21,88	910	0,25
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	63	72	0,60	14,29	3.208	0,86
Enfermedades del sistema genitourinario	228	191	1,59	-16,23	7.713	2,08
Embarazo, parto y puerperio	0	1	0,008	100	15	0,004
Afecciones originadas en el periodo perinatal	48	40	0,33	-16,67	788	0,21
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	42	61	0,51	45,24	1.142	0,31
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	181	256	2,13	41,44	9.550	2,57
Causas externas de mortalidad	652	571	4,76	-12,42	16.411	4,42
TODAS LAS CAUSAS	11.724	11.999	100	2,35	371.102	100

Fuente: Elaboración propia. Instituto Nacional de Estadística.

11.6. Defensa de los consumidores y usuarios

11.6.1. Políticas de protección en Canarias

El marco legislativo de protección de los consumidores y usuarios en Canarias comprende dos Leyes fundamentales, la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios de España y la Ley de Ordenación de la Actividad Comercial. Estas dos leyes junto con otras normas y reglamentos configuran una legislación muy completa para la defensa de los consumidores, si bien ésta es una cuestión en permanente revisión, que continuamente requiere de nuevas disposiciones legales que permitan la adaptación del marco legislativo a una realidad económica y social muy cambiante; tal es el caso por ejemplo del comercio electrónico y la regulación de la seguridad de las transacciones electrónicas y el derecho a la intimidad del usuario.

La **Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios** (Ley 26/1984 de 19 de julio, BOE nº 176) surge para dar cumplimiento al mandato constitucional recogido en el Artículo 51 de la Constitución Española y se erige como norma básica reguladora de la protección al consumidor y al usuario en nuestro país. Tres son los objetivos de esta Ley: establecer los procedimientos necesarios para la defensa de los consumidores y usuarios, proporcionar un marco legal para el desarrollo del movimiento asociativo de los consumidores y establecer los principios, criterios, obligaciones y derechos de los consumidores y usuarios. Estos derechos sucintamente son la protección de la seguridad y la salud de los consumidores y usuarios, la protección de sus legítimos intereses económicos y sociales, el derecho a la información, el derecho a la educación y formación en materia de consumo, el derecho de representación, consulta y

participación a través de las asociaciones de consumidores y usuarios, y la protección en situaciones de inferioridad, subordinación e indefensión del consumidor.

Pero no sólo el Estado tiene competencias en materia de protección del consumidor, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales también las tienen. Según la Ley algunas de las competencias de las Corporaciones Locales son la información y educación de los consumidores y usuarios, la inspección de ciertos productos y servicios, la realización directa de la inspección técnica o técnico-sanitaria y de los correspondientes controles y análisis o el apoyo y fomento de las asociaciones de consumidores y usuarios.

Por su parte, corresponde a las Comunidades Autónomas promover y desarrollar la protección y defensa de los consumidores o usuarios de acuerdo con lo establecido en sus respectivos Estatutos; así en 1994 se aprueba la **Ley de Ordenación de la Actividad Comercial** (Ley 4/1994 de 25 de abril, BOC nº 53) de Canarias en la que no sólo se regula la actividad comercial (horarios de comercio, apertura de establecimientos comerciales, mercadillos, las ventas fuera de establecimiento comercial, las ventas promocionales, etc.) sino que también se regula la protección de los consumidores y usuarios.

Finalmente y como reflejo práctico de la legislación encontramos dos servicios dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo a disposición de los consumidores y usuarios a los cuales éstos pueden acudir a reclamar sus derechos como tales. Se trata de la Junta Arbitral de Consumo y la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), ambas con páginas en Internet¹⁰.

El **Sistema Arbitral de Consumo** es una vía sencilla y rápida alternativa al cauce judicial para resolver los conflictos entre compradores-usuarios y vendedores-prestadores de servicios. La Junta Arbitral de Consumo de Canarias fue creada en 1994, siendo su función atender y resolver las quejas o reclamaciones de los consumidores de una forma rápida, eficaz y gratuita: el plazo máximo de resolución es de 4 meses, el proceso evita la necesidad del cauce judicial y es gratuito por ley para las partes (además de voluntario). El proceso comienza con la solicitud de arbitraje por parte del consumidor; posteriormente la Junta Arbitral designará el Colegio Arbitral, formado por un Presidente, licenciado en Derecho y funcionario público, y dos árbitros-vocales, en representación de las Asociaciones de Consumidores y del sector empresarial. Reunido el Colegio Arbitral, se dará audiencia a las partes y se dictará una resolución, llamada laudo, que es de obligado cumplimiento para ambas partes.

La **Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS)** es un Servicio dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo responsable del cumplimiento y efectividad del régimen de los derechos reconocidos a los usuarios del Sistema Canario de la Salud por la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. En concreto sus funciones son la tramitación de las reclamaciones (quejas de los usuarios sobre su insatisfacción por los servicios sanitarios recibidos), solicitudes (demandas de información escrita sobre servicios y prestaciones sanitarias, derechos y deberes de los usuarios, etc.), iniciativas y sugerencias (propuestas que formulan los usuarios para mejorar el grado de cumplimiento y observancia de los derechos y de los deberes de los usuarios y la mejora de los servicios). Se trata de una oficina novedosa creada en 1999 todavía poco conocida por el ciudadano.

11.6.2. Algunos datos sobre el estado actual del grado de protección del consumidor en Canarias

En Informes anteriores del Consejo Económico y Social de Canarias ya se destacaba el bajo nivel de protección real de los usuarios frente a una, sin embargo, muy avanzada legislación. Entonces se achacaba este contraste por un lado a la pasividad de los consumidores ante el quebrantamiento de sus

¹⁰Junta Arbitral de Consumo de Canarias: www.gobcan.es/sanidad/indice_reclamaciones.htm

Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios: www.gobcan.es/sanidad/sgt/oddus/

derechos y por otro lado a la ineficiencia de la Administración. Como veremos a continuación ambas cuestiones han cambiado en los últimos años, no sólo los usuarios conocen más y mejor sus derechos y las vías de reclamación, sino que la Administración ha mejorado su efectividad en la defensa de los derechos de los consumidores gracias al aumento de recursos, las campañas de información a los ciudadanos y a la creación de nuevos organismos y servicios y oficinas de atención al consumidor. No obstante, esto no quiere decir que el nivel efectivo de protección de los consumidores sea el óptimo.

Como puede apreciarse en la tabla 11.36, a lo largo del período 1998-2001 se produce un incremento sensible de las reclamaciones. Dado que los motivos de queja no tienen por qué aumentar ya que la legislación no ha sufrido cambios en los últimos años, creemos que el aumento de las reclamaciones, que en el 2001 fueron un total de 4.452 denuncias y que se han incrementado en un 44% respecto a 1998 y un 14% respecto al 2000, obedece a la mayor concienciación de la población sobre sus derechos y su mayor predisposición a protestar cuando siente que éstos han sido dañados.

TABLA 11.36. RECLAMACIONES / DENUNCIAS POR SECTORES EN CANARIAS 1998-2001

SECTORES	1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Productos alimentarios	186	6,05	175	4,98	139	3,56	173	3,88
Productos industriales no alimentarios	1.109	36,09	1.155	32,85	1.240	31,78	1.290	28,98
Servicios	1.778	57,86	2.186	62,17	2.523	64,66	2.989	67,14
TOTAL	3.073	100	3.516	100	3.902	100	4.452	100

Fuente: Elaboración propia. Servicio de Ordenación y Consumo. Dirección General de Consumo.

Analizando las reclamaciones y denuncias que los consumidores y usuarios presentan ante la Dirección General de Consumo (tablas 11.36 y 11.37), queda patente que los sectores que año tras año siguen acumulando el mayor número de quejas son mayoritariamente los de servicios (un 67% en el 2001) y dentro de éstos, la reparación de vehículos en primer lugar, con un 11% de todas las reclamaciones presentadas en la Comunidad Autónoma de Canarias. La durabilidad de los vehículos y la necesidad de un mantenimiento a lo largo de su vida útil puede explicar este mayor índice de reclamaciones, aunque también es cierto que se trata de un sector caracterizado por una fuerte asimetría de información sobre la calidad del servicio. Parece evidente la necesidad de mejorar la legislación o el cumplimiento de la existente que proteja a los usuarios de los talleres de automóviles.

TABLA 11.37. RECLAMACIONES / DENUNCIAS POR PRODUCTOS O SERVICIOS EN CANARIAS, 1998-2001

PRODUCTOS O SERVICIOS	1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Electrodomésticos	n.d.	n.d.	65	1,85	105	2,69	109	2,45
Automóviles y repuestos	n.d.	n.d.	187	5,32	224	5,74	199	4,47
Tintorería y lavandería	87	2,83	142	4,04	117	3,00	98	2,20
Reparación de vehículos	312	10,15	320	9,10	438	11,23	491	11,03
Reparación de electrodomésticos	99	3,22	119	3,38	66	1,69	102	2,29
Vivienda	72	2,34	94	2,67	143	3,66	109	2,45
Turismo (hotel, agencias de viaje)	82	2,67	58	1,65	83	2,13	100	2,25
Servicios públicos, abastecimiento	84	2,73	126	3,59	128	3,28	104	2,34
Resto de sectores	n.d.	n.d.	2.405	68,40	2.598	66,58	3.140	70,52
TOTAL	3.073	100	3.516	100	3.902	100	4.452	100

Fuente: Elaboración propia. Servicio de Ordenación y Consumo. Dirección General de Consumo.

Respecto a la Administración Pública, las actividades de control del mercado (tabla 11.38) han experimentado un notable retroceso tanto en las inspecciones, como en los expedientes abiertos y los resueltos. Esta realidad no se corresponde con el aumento de denuncias, cabría pensar que esto se debe a que parte de las reclamaciones se resuelve desde 1994 a través del sistema arbitral, pero demostrar esto requeriría de un estudio más detallado.

Por otra parte, el análisis conjunto de las reclamaciones presentadas y las resoluciones sancionadas por producto o servicios (tablas 11.37 y 11.39), nos lleva a concluir que la mayoría de las reclamaciones presentadas por los consumidores no terminan siendo sancionadas por diversos motivos, entre ellos, el sobreseimiento. Cabe destacar el fuerte incremento en el número de sanciones desde 1998 en los sectores de repuestos y automóviles y de reparación de vehículos, dos de los sectores que más reclamaciones suelen acumular. Aún así, el número de expedientes resueltos, sancionados o sobreseídos, es inferior al número de inspecciones y, lo que es más importante, muy inferior al número de denuncias presentadas por los consumidores y usuarios.

TABLA 11.38. RESUMEN ACTIVIDADES DE CONTROL DE MERCADO EN CANARIAS 1998-2001

ACTIVIDADES	1998	1999	2000	2001
Actas Inspectoras	3.715	4.138	4.081	3.531
Expedientes Incoados	1.655	1.619	1.676	1.557
Expedientes Resueltos	1.889	1.540	1.603	1.574
Expedientes Resueltos Sobreseídos	210	92	65	82
Expedientes Resueltos Sancionados	1.679	1.448	1.538	1.492

Fuente: Servicio de Ordenación y Consumo. Dirección General de Consumo.

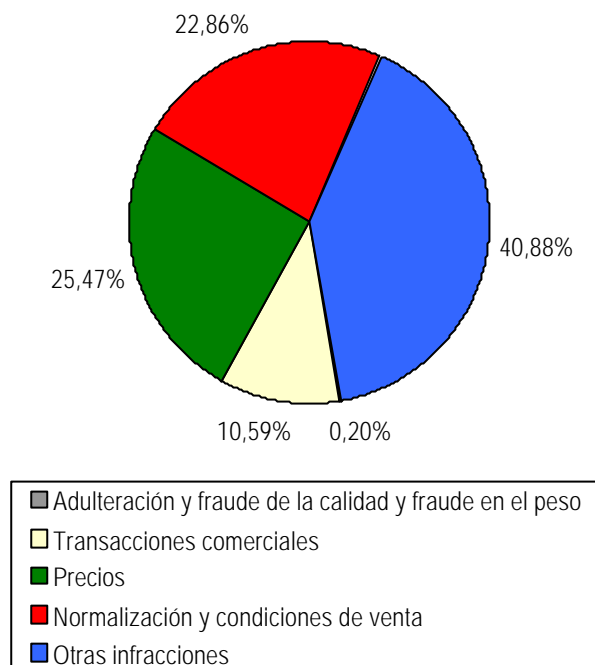
TABLA 11.39. EXPEDIENTES RESUELTOS SANCIONADOS POR PRODUCTO O SERVICIO EN CANARIAS 1998-2001

PRODUCTOS O SERVICIOS	1998	1999	2000	2001	Tasa variación		
					99-98	00-99	01-00
Electrodomésticos	11	34	0	0	209,09	-100	0
Automóviles y repuestos	29	51	11	137	75,86	-78,4	1.145
Tintorería y lavandería	13	22	0	7	69,23	-100	--
Reparación de vehículos	86	87	142	125	1,16	63,2	-11,9
Reparación de electrodomésticos	29	26	114	8	-10,34	338,5	-92,9
Vivienda	9	9	0	113	0	-100	--
Turismo (hotel, agencias de viaje)	2	0	0	0	-100	0	0
Servicios públicos, abastecimiento	5	7	0	0	40	-100	0
Resto de sectores	1.495	1.212	1.271	1.102	-18,93	4,8	-13,3
TOTAL	1.679	1.448	1.538	1.492	-13,76	6,2	-2,9

Fuente: Elaboración propia. Servicio de Ordenación y Consumo. Dirección General de Consumo.

Respecto al motivo de las denuncias, de entre los casos inspeccionados y sancionados, el tipo de infracción (gráfico 11.18) que más se repite está relacionada con los precios, seguida de la normalización y condiciones de venta. Estos dos tipos de infracciones suponen casi el 50% de los expedientes sancionados. Por el contrario, los casos de adulteración y fraude en la calidad o en el peso son los menos numerosos.

**GRÁFICO 11.18. EXPEDIENTES RESUELTOS SANCIONADOS EN 2001
SEGÚN EL TIPO DE INFRACCIÓN**



Fuente: Elaboración propia. Servicio de Ordenación y Consumo. Dirección General de Consumo.

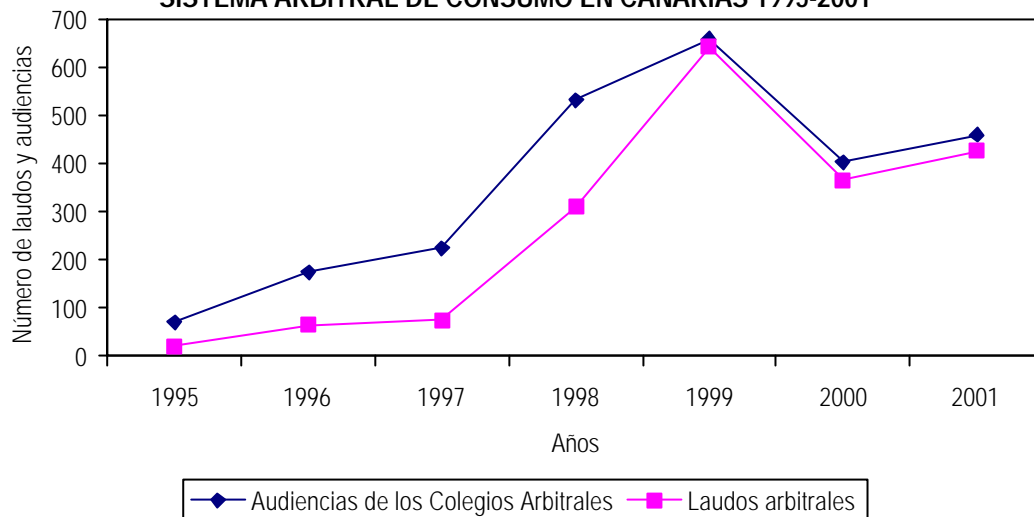
Por último, respecto a la actividad del sistema arbitral de consumo (tabla 11.40), ésta ha ido en aumento desde su creación con un notable incremento de su actividad partir de 1997 y, a pesar del descenso en el número de audiencias y de laudos a partir del 2000, la efectividad y consolidación del sistema se refleja en la reducción del diferencial entre las audiencias celebradas y los laudos dictados (gráfico 11.19). Esto confirma a este sistema como una alternativa a la vía judicial realmente beneficiosa tanto para la empresa como para el consumidor.

TABLA 11.40. SISTEMA ARBITRAL EN CANARIAS 1995-2001

Actividad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Audiencias de los Colegios Arbitrales	72	176	226	534	661	405	462
Laudos arbitrales	22	66	76	312	644	368	429

Fuente: Junta Arbitral de Consumo de Canarias

GRÁFICO 11.19. EVOLUCIÓN DE LAS AUDIENCIAS Y LAUDOS DEL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO EN CANARIAS 1995-2001



Fuente: Elaborado con datos de la tabla 11.40

De acuerdo con las estadísticas disponibles para este estudio, tanto de las reclamaciones/denuncias como de la actividad de la Junta Arbitral, aunque con deficiencias en su elaboración, podemos concluir que de las 4.452 reclamaciones/denuncias recibidas en la Dirección General de Consumo, el 21,6% han acabado en solicitud de arbitraje.

También se puede constatar un alto índice de resoluciones arbitrales desfavorables a los consumidores, el 66%. Debido posiblemente a un mal asesoramiento a los consumidores de sus derechos, además del elevado impacto de las reclamaciones a las empresas de telefonía, que tienen una gran dificultad para el ciudadano a la hora de presentar pruebas documentales.

El CES destaca que, con el cambio producido en determinadas empresas al cerrar sus oficinas de atención directa al cliente, la Junta Arbitral está asumiendo esa responsabilidad. Con ello se produce un gasto añadido de la administración pública y un posible daño a la buena imagen que debe gozar el sistema extrajudicial de las Juntas Arbitrales. La Administración debe velar, en la firma de convenios arbitrales, para que las empresas no cierren los servicios de atención al cliente.

Se recomienda al Gobierno el diseño de una política clara de apoyo al movimiento asociativo, como la vía más segura y eficaz para conseguir una vertebración de los consumidores, consiguiendo que sean más responsables, críticos y solidarios en sus actos de consumo.

Índice de Tablas:

TABLA 11.1. COMPARACIÓN NACIONAL DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO, 1989-99	4
TABLA 11.2. DESCOMPOSICIÓN DEL CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO NOMINAL EN CANARIAS Y ESPAÑA, 1995-99 (EN TASAS MEDIAS ACUMULATIVAS DE CRECIMIENTO EN EL PERÍODO 95-99).....	5
TABLA 11.3. GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 1994-1999 (EN EUROS CORRIENTES)	6
TABLA 11.4. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PORCENTAJE DEL P.I.B. POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 1995-99	7
TABLA 11.5. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD CANARIA POR AGREGADOS MACROECONÓMICOS, 1995-99 (MILES DE EUROS CORRIENTES).....	8
TABLA 11.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS INVERSIONES REALIZADAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CANARIAS, 1997-2000.....	8
TABLA 11.7. COMPONENTES DEL CONSUMO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS, 1989-2000 (EN MILES DE EUROS CORRIENTES).....	9
TABLA 11.8. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD CANARIA. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL, 1989-99 (MILES DE EUROS CORRIENTES).....	11
TABLA 11.9. PROFESIONALES SANITARIOS COLEGIADOS Y DOTACIÓN HOSPITALARIA EN ESPAÑA Y CANARIAS A 31-12-2000.....	15
TABLA 11.10. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)	16
TABLA 11.11. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)	17
TABLA 11.12. CENTROS FUNCIONANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA POR ÁREAS DE SALUD EN EL AÑO 2000.....	17
TABLA 11.13. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000).....	18
TABLA 11.14. RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (AÑOS 1998 Y 2000)	18
TABLA 11.15. INFRAESTRUCTURAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	20
TABLA 11.16. INFRAESTRUCTURAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 10.000 HABITANTES POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	20
TABLA 11.17. ALTA TECNOLOGÍA EN CENTROS PROPIOS Y CONCERTADOS POR ÁREAS DE SALUD. AÑO 2000.....	21
TABLA 11.18. ALTA TECNOLOGÍA EN CENTROS PROPIOS Y CONCERTADOS POR ÁREAS DE SALUD. EQUIPOS POR MILLÓN DE HABITANTES. AÑO 2000.....	21
TABLA 11.19. ALTA TECNOLOGÍA SEGÚN LA TITULARIDAD DEL CENTRO POR ÁREAS DE SALUD. AÑO 2000.....	21
TABLA 11.20. CONSULTAS PER CÁPITA EN CANARIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN TIPO DE SERVICIO (1998-2000)	22
TABLA 11.21. CONSULTAS PER CÁPITA POR ÁREA DE SALUD EN CANARIAS (1998-2000)	22
TABLA 11.22. PRESIÓN ASISTENCIAL EN MEDICINA GENERAL POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	24
TABLA 11.23. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO EN CANARIAS (A PARTIR DE LA "ENCUESTA DE POBLACIÓN DE CANARIAS 1996" E "INDICADORES MUNICIPALES. CANARIAS 1998")	25
TABLA 11.24. DERIVACIONES E INTERCONSULTAS DE MEDICINA GENERAL POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	26
TABLA 11.25. COBERTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS (1998-2000)	27
TABLA 11.26. ACTIVIDAD AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	29
TABLA 11.27. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO. ÁREA DE ACTIVIDAD AMBULATORIA POR ÁREAS DE SALUD (1998-2000).....	29
TABLA 11.28. ÍNDICES DE OCUPACIÓN Y ALTAS POR CAMA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, AÑOS 1994 Y 1999.....	30
TABLA 11.29. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO POR ÁREAS DE SALUD. ÁREA QUIRÚRGICA Y OBSTÉTRICA (1998-2000).....	33
TABLA 11.30. EXPLORACIONES Y TRATAMIENTOS POR MIL HABITANTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS (1998-2000).....	34
TABLA 11.31. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL (1985-1998).....	34
TABLA 11.32. DISCAPACIDADES SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. POBLACIÓN DE 6 A 64 AÑOS. 1999.....	35
TABLA 11.33. DISCAPACIDADES SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD POR SEXOS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. 1999	35
TABLA 11.34. TASA POR MIL HABITANTES POR GRUPOS DE DEFICIENCIAS EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL. 1999.....	36
TABLA 11.35. DEFUNCIONES DE RESIDENTES SEGÚN CAUSA EN CANARIAS Y CONJUNTO ESPAÑOL (1998-1999)	37
TABLA 11.36. RECLAMACIONES / DENUNCIAS POR SECTORES EN CANARIAS 1998-2001	39
TABLA 11.37. RECLAMACIONES / DENUNCIAS POR PRODUCTOS O SERVICIOS EN CANARIAS, 1998-2001	39
TABLA 11.38. RESUMEN ACTIVIDADES DE CONTROL DE MERCADO EN CANARIAS 1998-2001	40
TABLA 11.39. EXPEDIENTES RESUELTOS SANCIONADOS POR PRODUCTO O SERVICIO EN CANARIAS 1998-2001	40
TABLA 11.40. SISTEMA ARBITRAL EN CANARIAS 1995-2001	41