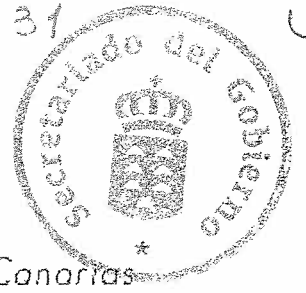


Consejo Económico y Social de Canarias



DICTAMEN 1/2010

Del Consejo Económico y Social de Canarias

sobre el borrador de

**Anteproyecto de Ley
de Sanidad de Canarias**

Dictamen preceptivo, solicitado por el Gobierno
de Canarias con fecha 23 de febrero de 2010
por el procedimiento ordinario

Aprobado por el Pleno del Consejo en sesión
de trabajo de fecha 12 de abril de 2010



Gobierno
de Canarias

DICTAMEN 1/2010

DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS

sobre el borrador de

Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.

Preceptivo, solicitado por el Gobierno de Canarias por el trámite ordinario.

Sumario

I. ANTECEDENTES.	5
II. CONTENIDO DEL AVANCE DE "ANTEPROYECTO DE LEY DE SANIDAD DE CANARIAS".	7
1. Estructura y finalidad del texto sobre el que se dictamina.	7
2. Contenido.	7
2.1. Exposición de Motivos.	7
2.2. Texto articulado.	8
2.3. Otras disposiciones.	9
III. OBSERVACIONES AL "ANTEPROYECTO DE LEY DE SANIDAD DE CANARIAS".	10
1. Observaciones de carácter previo.	10
1.1. Aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo:	10
1.1.1. A propósito de la documentación acompañada a la solicitud de dictamen.	10
1.1.2. La conveniencia de un informe-memoria sobre previsibles efectos de la iniciativa legislativa sobre la libre competencia, la libertad de empresa y el bienestar de los consumidores.	12
2. Observaciones de carácter general.	13
2.1. Contexto normativo: la configuración del derecho a la protección de la salud.	13
2.1.1. El ámbito internacional: la Unión Europea.	13
2.1.2. Las referencias Constitucionales.	14
2.1.3. La estructuración territorial del sistema de salud.	14
2.2. Caracterización del sistema sanitario en Canarias.	15
2.2.1. Población protegida y estado de salud de los canarios.	16
2.2.2. Servicios Sanitarios.	18
2.2.3. Situación económica y financiación de la sanidad.	19
2.2.4. Algunas referencias al consumo farmacéutico.	22
2.2.5. Calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria.	23
2.3. Sobre el propósito perseguido, en líneas generales, con el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.	27
3. Observaciones de carácter particular.	32
3.1. En relación a los derechos y deberes de los usuarios.	32
3.2. Administraciones Públicas Sanitarias. Competencias de la Comunidad Autónoma, de los Cabildos y de los Ayuntamientos.	33
3.3. Sobre el Sistema Canario de la Salud.	34
3.3.1. Áreas de Salud y otras demarcaciones territoriales.	34
3.3.2. Plan de Salud de Canarias y otros planes de salud.	34
3.4. El Consejo Canario de la Salud y otros órganos de participación.	34
3.5. Disposiciones finales.	34
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	35
1. Sobre los aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo.	35
2. Sobre el contexto normativo y la caracterización del sistema sanitario de Canarias.	36
3. Sobre los aspectos generales del Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.	38
4. Recomendación final.	41



DOCT AMEN 1/2010

Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias

Aprobado por el Pleno del Consejo en sesión de trabajo de fecha
12 de abril de 2010

Para más información:

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

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

Tlf: 928 384963 y 928 384932
Fax: 928 384897

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



Dictamen 1/2010 del CES
preceptivo, solicitado por el Gobierno, sobre el borrador de
"Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias"

De conformidad con las competencias atribuidas al Consejo por la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, previa tramitación de la *Comisión Permanente de Trabajo de Política de Empleo y Formación Profesional*, y de conformidad con el procedimiento establecido en el *Reglamento de Organización y Funcionamiento, Decreto 312/1993, de 10 de diciembre*, el Pleno del Consejo Económico y Social aprueba por *doce votos a favor y dos abstenciones*, en sesión del día 12 de abril de 2010, con los requisitos que establece el artículo 10.1.c) de la precitada *Ley 1/1992, de 27 de abril*, el siguiente,

DICTAMEN

I. ANTECEDENTES.

1. El día 23 de febrero de 2010, tiene entrada en el Consejo la solicitud de dictamen, preceptivo previo del Excmo. Sr. Presidente del Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1, de la *Ley 1/1992, de 27 de Abril, de creación del CES*, por el procedimiento ordinario, sobre el avance de "*Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias*", en cumplimiento de lo establecido en el artículo 4.2 a) y 5 de la *Ley citada*.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 5.3, de la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, el dictamen habrá de ser emitido en el plazo de un mes, contado desde la recepción de la petición de Dictamen.

2. En relación a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la misma *Ley 1/1992*, citada, con la solicitud de dictamen se acompaña la siguiente documentación:
 - *Avance de Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.*
 - *Acuerdo del Consejo de Gobierno, por el que éste acuerda la tramitación del Anteproyecto de Ley.*
 - *Memoria justificativa del Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.*
 - *Memoria económica sobre el Anteproyecto de Ley.*
 - *Informe de la Oficina Presupuestaria de la Consejería de Sanidad.*
 - *Escritos de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, a la Dirección General de Planificación y Presupuesto.*
 - *Informes de la Dirección General de Planificación y Presupuesto.*
3. Con posterioridad, a requerimiento de la Secretaría General del Consejo, por parte de la Consejería de Sanidad se aporta la siguiente documentación:
 - *Informes sobre el Trámite de Audiencia efectuado en el expediente administrativo relativo al Anteproyecto de Ley de Sanidad.*



- *Informe de la Dirección General de Servicio Jurídico sobre el Anteproyecto de Ley, remitido por la Dirección General del Servicio Jurídico a la Consejería de Sanidad con fecha 4 de junio de 2009.*
- 4. Conforme a las previsiones que se establecen en el **artículo 28.4 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social**, se acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la **Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social**, para la preparación del Proyecto de Dictamen y su posterior valoración y emisión del **Dictamen**, en su caso, por el **Pleno del Consejo**.
- 5. La Comisión competente celebró sesiones de trabajo los *días 2 y 29 de marzo, y 7 de abril de 2010*. La sesión de trabajo convocada para el día 16 de marzo no reunió el quórum legal para su constitución formal, constituyéndose en grupo de trabajo. En la sesión del *día 2 de marzo* tuvo lugar la comparecencia, en sesión informativa y a petición del Consejo, de la Titular de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, acompañada por el Director General de Salud Pública, para informar sobre la iniciativa legislativa. Finalmente, en la **última de dichas sesiones de trabajo**, la de *fecha 7 de abril*, la Comisión Permanente, dándose las exigencias legales y reglamentarias, **aprueba por unanimidad el Proyecto de Dictamen preceptivo** analizado por el Pleno.

DICTAMEN 1/2010



II. CONTENIDO DEL BORRADOR DE "ANTEPROYECTO DE LEY DE SANIDAD DE CANARIAS".

1. Estructura y finalidad del texto sobre el que se dictamina.

El avance de Anteproyecto de texto normativo que se dictamina incluye, además de una Exposición de Motivos, 112 artículos, agrupados en siete Títulos, complementados con tres disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una única disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

2. Contenido.

El avance de Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, tiene como objetivo principal, la regulación y ordenación de todas las actividades y recursos dirigidos a hacer efectivo en la Comunidad Autónoma de Canarias, el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución española, en el marco de las competencias que le atribuye el Estatuto de Autonomía de Canarias.

En consecuencia el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias, tiene como objetivos, tal y como se establece en la Memoria justificativa, el reconocimiento de un amplio catálogo de derechos de los ciudadanos en materia sanitaria, redefiniendo su posición jurídica ante la Administración Sanitaria y dotándoles de un órgano independiente que garantice su efectividad; la regulación de un marco general organizativo e integrador de todos los niveles de la asistencia sanitaria, dirigido a la atención integral del paciente; el diseño de una organización que facilite la coordinación asistencial, mejora la calidad e incremente los resultados en la salud de la población de Canarias; la separación de las funciones de ordenación, planificación y financiación de las de compra y provisión de servicios sanitarios; la distribución de funciones entre órganos centrales y periféricos, teniendo en cuenta las peculiaridades de la configuración geográfica de la Comunidad Autónoma de Canarias y la deslegalización de la regulación de aquellas materias que no requieren rango legislativo, reconduciéndolas a la correspondiente regulación reglamentaria.

Se describe a continuación, de una manera más detallada, el contenido del avance de Anteproyecto de Ley que se dictamina, distinguiendo entre la exposición de motivos, el texto articulado y otras disposiciones.

2.1. Exposición de Motivos.

En la Exposición de Motivos del avance de Anteproyecto de Ley que se dictamina, se hace referencia, entre otros aspectos, a la exigencia de un nuevo impulso normativo que permita asumir, de manera más flexible y racional, los cambios necesarios que una gestión moderna y avanzada de los recursos públicos y de la prestación de servicios esenciales demanda la sociedad canaria; a la necesidad de afrontar una regulación completa de la posición jurídica de los ciudadanos ante el Sistema Sanitario Canario, potenciando la defensa del usuario; y a la conveniencia de centrar el sistema y la arquitectura del organigrama en el paciente, en los procesos asistenciales y en la calidad de la atención. Asimismo, se hace referencia a los objetivos de la Ley: reconocimiento del catálogo de derechos de los ciudadanos en materia sanitaria, redefiniendo su posición jurídica ante la Administración Sanitaria y dotándoles de un órgano independiente que garantice su defensa; la regulación de un marco general



2.2. Texto articulado.

Comienza el Texto articulado del avance de Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias con el Título I, dedicado a las Disposiciones Generales, en el que se hace referencia, al objeto de la Ley, a sus principios rectores, a las finalidades y a las definiciones.

El Título II se ocupa de regular los Derechos y deberes de los usuarios, que se divide en dos Capítulos. Uno de ellos dedicado a los Derechos y deberes, entre los que se recoge, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, el derecho a la intimidad, el derecho a la información asistencial, derechos relacionados con la investigación y la experimentación, el derecho a la autonomía del paciente, derechos relativos a la documentación clínica, el derecho sobre los tejidos y muestras biológicas, derechos durante un proceso en fase terminal, el derecho a recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo, el derecho a la libre elección de facultativos o centros sanitarios, el derecho a la participación y a presentar reclamaciones y sugerencias, así como determinados deberes y garantías. El otro Capítulo está dedicado a la figura del Defensor Sanitario de Canarias.

El Título III, compuesto por un único Capítulo, se denomina Administraciones Públicas Sanitarias: se detallan las competencias de la Comunidad Autónoma de Canarias, las de los Cabildos, y las de los Ayuntamientos, en materia sanitaria.

El Título IV, que regula el Sistema Canario de la Salud, se compone de cinco Capítulos. El Capítulo I (Disposiciones Generales) se ocupa del concepto, funciones, prestaciones sanitarias públicas y de la gestión de los centros, servicios y establecimientos públicos de la Administración autonómica sanitaria. El Capítulo II (Ordenación funcional) desarrolla lo relativo a la salud pública, a la salud laboral, a la asistencia sanitaria, a los medicamentos, al sistema de información sanitaria y a la calidad de los servicios sanitarios. El Capítulo III (Ordenación territorial) hace referencia a las áreas de salud y a otras demarcaciones territoriales. El Capítulo IV (Planificación) se ocupa del Plan de Salud de Canarias, así como de otros planes de salud, como los planes integrales, los planes de calidad, planes de infraestructuras sanitarias, los planes estratégicos o los planes de ordenación de recursos humanos. Finalmente, el Capítulo V (Órganos de participación) versa sobre el Consejo Canario de la Salud, sus atribuciones, régimen de organización y funcionamiento y otros órganos de participación.

El Título V, denominado Funcionamiento del Sistema Canario de la Salud, se divide en tres Capítulos. El Capítulo I (Dirección del Sistema) recoge las competencias del Gobierno de Canarias y de la Consejería competente en materia de sanidad. El Capítulo II (Servicio Canario de la Salud) se ocupa de la naturaleza y competencias del Servicio Canario de la Salud, así como de los órganos del mismo, de la provisión de la

asistencia sanitaria, y del régimen patrimonial, económico-financiero y de impugnación. Y el Capítulo III regula los Conciertos con las entidades privadas.

El Título VI regula la Intervención Administrativa en relación con la salud individual y colectiva. Se divide en tres Capítulos: el Capítulo I, dedicado a la Intervención Administrativa, versa sobre los principios rectores y el sentido del silencio en el procedimiento de intervención administrativa, sobre la intervención administrativa de prevención de la enfermedad, en caso de riesgo para la salud, y sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios; el Capítulo II trata sobre la Inspección y control y el Capítulo III versa sobre la Potestad Sancionadora, regulando el régimen de las infracciones, las sanciones, su graduación y medidas complementarias, el procedimiento y competencia para el ejercicio de la potestad sancionadora, la ejecución y la prescripción y la caducidad.

Por último, el Título VII, que se dedica a la Docencia e Investigación, se compone de tres Capítulos. El Capítulo I dedicado a la Docencia, el Capítulo II a la Investigación y el Capítulo III a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias.

2.3. Otras disposiciones.

El avance de Anteproyecto de Ley se cierra con **tres Disposiciones Adicionales**. Mediante la *Disposición Adicional Primera*, se establece la integración de funcionarios en equipos de atención primaria y nombramiento de interinos. La *Disposición Adicional Segunda*, regula los Centros de referencia estratégicos. Y la *Disposición Adicional Tercera*, determina los órganos competentes para la imposición de las sanciones en aplicación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

El Anteproyecto de Ley se completa con **una Disposición Transitoria**, que establece que mantendrán su vigencia, en tanto no se opongan a lo previsto en el Anteproyecto, los actuales reglamentos orgánicos y demás normas de regulación organizativa reglamentaria.

Concluye el avance de Anteproyecto de Ley con **una Disposición Derogatoria**, y con **seis Disposiciones Finales**, de modificación de la Ley 1/1993, de 26 de marzo, de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias; de adaptación de la Ley 11/1986, de 11 de diciembre, del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia; de modificación de la Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias; de desarrollo reglamentario; de revisión y actualización de las cuantías previstas en el ámbito sancionador y de entrada en vigor.



III. OBSERVACIONES AL "ANTEPROYECTO DE LEY DE SANIDAD DE CANARIAS".

1. Observaciones de carácter previo.

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

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

Con la solicitud inicial de Dictamen preceptivo, tal y como hemos señalado en el apartado que hace referencia a los antecedentes, se acompañó, además del texto del avance de borrador de *Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias*, la *Memoria justificativa* de 31 de marzo de 2008, el Acuerdo de Gobierno de 29 de julio de 2008, referente al Informe sobre la oportunidad, objetivos y principios generales del Anteproyecto de Ley de sanidad de Canarias y la *Memoria económica* de 11 de mayo de 2009, - complementada por otra de 2 de noviembre de 2009-, exigibles en virtud de lo dispuesto en el artículo 22.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Se aporta, igualmente, al expediente el *Informe de la Oficina Presupuestaria* de la Consejería de Sanidad, exigible en virtud del artículo 2.2 f) del Decreto 153/1985, de 17 de mayo, por el que se crean las Oficinas Presupuestarias de las Consejerías del Gobierno de Canarias (según redacción dada por la Disposición Adicional Segunda del Decreto 234/1988, de 18 de diciembre).

Constan, asimismo, en el expediente diversos Informes de la Dirección General de Planificación y Presupuesto, de fechas 4 y 30 de junio y 4 de diciembre de 2009, de conformidad con el artículo 26.4. a) del Decreto 12/2004, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Economía y Hacienda. El informe final de esa Dirección General tiene carácter de desfavorable, respecto del Anteproyecto de Ley de que se dictamina.

Se hace constar, de manera expresa, que no se aporta, entre la documentación remitida con la petición de dictamen, la preceptiva certificación del Acuerdo del Consejo de Gobierno sobre la toma en consideración del avance de anteproyecto de Ley y la petición de dictamen al CES sobre el mismo, conforme a lo establecido en el artículo 4.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social de Canarias, aprobado por el Decreto 312/1993, de 10 de diciembre.

El Consejo advierte, también, que no consta entre la documentación anticipada el Informe sobre el impacto por razón de género, exigible en virtud de lo dispuesto en el artículo 22.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, ni el Informe de la Secretaría General Técnica de la Consejería competente en la elaboración del Anteproyecto de Ley, de acuerdo con el artículo 22.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

A petición de la Secretaría General del Consejo, iniciados los trabajos para la elaboración del proyecto de dictamen en Comisión de Trabajo competente, con fecha 25 de febrero de 2010 se aporta por la Consejería de Sanidad el Informe de la Dirección General del Servicio Jurídico, exigible de conformidad con lo



dispuesto en el artículo 20.f) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento, aprobado mediante el Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

Asimismo, a petición de la Secretaría General del Consejo, la Consejería de Sanidad, con fecha 25 de febrero de 2010, nos hace llegar informe de la relación de los *órganos o entidades* que, durante el periodo concedido para la formulación de alegaciones, sobre el trámite de audiencia consagrado en el artículo 105.a) de la *Constitución Española*, aportan observaciones sobre el avance de borrador de Anteproyecto de Ley. Aunque, en relación a ello, debemos señalar que con el mencionado informe no se nos indica el resultado de dicho trámite, a fin de poder conocer en qué medida las observaciones formuladas al texto propuesto han sido recogidas o no, y su motivación.

Asimismo, con el mismo informe se nos indica que el *Consejo Canario de la Salud*, en sesión ordinaria llevada a cabo el 11 de febrero de 2010, fue informado conforme a lo dispuesto en el artículo 21.h), de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, del contenido del referido avance de borrador de Anteproyecto de Ley.

En relación a este *trámite de audiencia*, en opinión del Consejo, de particular interés hubiera sido tomar razón, en su caso, de una mayor participación por parte de los Ayuntamientos y Cabildos Insulares, en el proceso de elaboración del avance de borrador de Anteproyecto de Ley que se analiza. Y ello porque, en el texto propuesto se regula un marco competencial de actuaciones en el ámbito sanitario respecto de Cabildos y Ayuntamientos¹. Esta ausencia, y así se valora desde el Consejo, adquiere relevancia desde el punto de vista de las eventuales obligaciones económicas que se les impondría a la planta administrativa local en materia sanitaria, y cuyo "*compromiso*", en un escenario económico de particular complejidad, adquiere particular importancia de cara a la efectividad de la nueva ordenación. Sobre esta cuestión se vuelve más adelante.

Por último debe señalarse también que no se aporta el preceptivo **Informe de la Inspección General de Servicios** de la Consejería de Presidencia, Justicia y Seguridad, de conformidad con el artículo 7 del Decreto 48/2009, de 28 de abril, por el que se establecen en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, medidas ante la crisis económica y de simplificación administrativa.

Consecuentemente con todo lo expuesto, el Consejo Económico y Social quiere señalar que la ausencia, en ocasiones, de algunos de estos necesarios antecedentes y su insuficiencia material o formal, en otros casos, sitúan a la iniciativa legislativa objeto de dictamen, y en los términos en que se da a conocer al CES, en una fase preliminar de la configuración de la misma y, en consecuencia, más situada en el de las actuaciones administrativas previas que en aquél momento en el que deba expresarse la voluntad del Gobierno por asumir, en términos de oportunidad, la conveniencia de dicha iniciativa legislativa.

¹ Este marco competencial se asimila al establecido, hoy, en los artículos 46 y 47 de la vigente Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, y con lo establecido en el artículo 43 de la Ley 14/1990, de 26 de julio, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas Canarias.



1.1.2. La conveniencia de un informe-memoria sobre previsibles efectos de la iniciativa legislativa sobre la libre competencia, la libertad de empresa y el bienestar de los consumidores.

Tal y como ha venido sosteniendo en reiteradas ocasiones el CES, el establecimiento de un nuevo marco normativo es de particular relevancia en la ordenación económica, en la sostenibilidad financiera del esfuerzo público para garantizar, en términos de equidad, la política de que se trate, así como el interés general y el bienestar social. Ello implica que, en líneas generales, la regulación que se pretende ha de orientarse a la defensa de estos intereses, bien para tratar de corregir determinados fallos del diseño normativo preexistente, del funcionamiento del mercado, o para perseguir otros fines no necesariamente económicos.

Sin embargo, es frecuente que una nueva norma legal introduzca distorsiones e ineficiencias en el acceso por parte de los ciudadanos a los servicios, y en las decisiones con las que los agentes económicos proceden a asignar sus recursos: el resultado, a veces no buscado, de todo ello es que el nuevo marco regulatorio *limita la competencia, ocasiona problemas a los ciudadanos y a las empresas y, consecuentemente, reduce el bienestar de la sociedad en su conjunto*².

En este sentido, el CES hace una *recomendación expresa*, ya desde estas *observaciones de carácter previo*, para que propuestas de configuración de un nuevo marco regulatorio, se acompañen, por indispensable, de un *Informe o Memoria en torno a los previsibles efectos de la norma propuesta sobre el funcionamiento de los servicios públicos y de la libre competencia en los mercados, la libertad de empresa y el bienestar de los consumidores*.

Un informe de estas características debería acompañar necesariamente a otros que se incluyen en todo proyecto normativo, como la *Memoria Justificativa*, la *Memoria de Impacto por Razón de Género*, o la *Memoria Económica*, entre otras.

Su necesidad, tal y como en otras ocasiones ha señalado el Consejo, debe ser asumida por los propios órganos proponentes de la norma y con el objetivo de constatar que el marco regulatorio propuesto garantiza, en este caso en materia de sanidad, el acceso al sistema sin vulneración de los principios de universalidad y equidad, y sin que, además, este marco introduzca restricciones y limitaciones, de manera injustificada o desproporcionada, a la competencia.

² En relación a ello, el Consejo Económico y Social asume las dificultades que tiene la evaluación de cualquier norma regulatoria desde el punto de vista de su incidencia sobre el funcionamiento de la competencia. Circunstancia sobre la que también se ha pronunciado el Consejo. Dificultad, básicamente por, en primer lugar, la escasez de hábitos y prácticas, a la hora de elaborar el marco regulatorio, destinados al análisis del funcionamiento de los sectores y subsectores económicos desde esta perspectiva, y la ausencia de estadísticas precisas. En segundo lugar, esta dificultad es particularmente notoria a la hora de ligar aspectos como la calidad de los servicios o la productividad en estas actividades económicas con las normas pretendidas.

2. Observaciones de carácter general.

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

2.1.1. El ámbito internacional: la Unión Europea.

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

El *Tratado de Lisboa*, a grandes rasgos, distingue tres categorías de competencias. Competencias exclusivas de la Unión Europea en ámbitos donde la Unión podrá legislar y adoptar actos jurídicamente vinculantes, y donde los estados miembros únicamente podrán hacerlo si son facultados por la Unión, o para aplicar actos comunitarios³.

Competencias compartidas con los estados miembros. Ello implica que, en ámbitos precisos, la Unión Europea y los estados miembros podrán legislar y adoptar actos jurídicamente vinculantes. Los estados miembros ejercerán su competencia en la medida en que la Unión no haya ejercido la suya o haya decidido dejar de ejercerla⁴.

Por último, existen ciertos ámbitos en los cuales la Unión Europea podrá llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los estados miembros, para tener en cuenta la dimensión europea de estos ámbitos. Es aquí donde, entre otros, radica el ámbito de protección y mejora de la salud humana⁵.

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

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

La Carta no amplía el ámbito de aplicación del derecho de la Unión más allá de las competencias de ésta, ni crea nuevas competencias, ni añade nuevos cometidos

³ A modo de ejemplo, estaríamos hablando de ámbitos materiales de unión aduanera; establecimiento de normas de competencia; política monetaria, en aquellos estados cuya moneda es el euro; celebración de acuerdos internacionales, cuando así lo prevean los tratados, etc...

⁴ Mercado interior; política social, en ciertos aspectos definidos en el Tratado; cohesión económica, social y territorial; agricultura y pesca, excepto la conservación de los recursos biológicos marinos; medio ambiente; protección de los consumidores; transportes; redes transeuropeas; espacio de libertad, seguridad y justicia; asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública, en los aspectos que define el Tratado; investigación, desarrollo tecnológico y espacio; y, entre otros, cooperación para el desarrollo y ayuda humanitaria.

⁵ Otras materias relacionadas con estos ámbitos serían las de industria; cultura; turismo; educación, formación profesional, juventud y deporte; protección civil y, entre otros, cooperación administrativa.

para la Unión Europea, pero si que obliga tanto a la Unión Europea como a los estados miembros a respetar los derechos reconocidos en ella ⁶.

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

2.1.2. Las referencias Constitucionales.

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

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

2.1.3. La estructuración territorial del sistema de salud.

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

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

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

La *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, surge con el propósito de ligar la asistencia sanitaria únicamente al "Sistema Nacional de Salud" sin referencia alguna al "Sistema de Seguridad Social". Fija

⁶ Debe destacarse de la Carta, a los efectos del presente Dictamen, el artículo 3, "derecho a la integridad de la persona" en cuyo párrafo segundo se establece que, en materia de salud y medicina, se respetarán, en particular y entre otros, el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate.



mecanismos de cooperación y coordinación entre los distintos subsistemas públicos sanitarios con el propósito de asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Es de destacar y a los efectos que mas adelante se desarrollan en el cuerpo del presente dictamen, que es en la *ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* donde primero se introduce, artículo 14 de la misma, la *prestación de atención socio-sanitaria* dentro del *Catalogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*.

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

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

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

El Estatuto de Autonomía de Canarias, Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, en la redacción definitiva dada por la Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre, atribuye a la Comunidad Autónoma, artículo 32, las competencias de desarrollo legislativo y de ejecución en materia de sanidad e higiene. Es la *Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias*⁷, la que regula nuestra política propia en materia sanitaria de acuerdo, precisamente, tal y como hemos señalado anteriormente, con las previsiones que al efecto fija con carácter básico la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, citada.

2.2. Caracterización del sistema sanitario en Canarias.

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

⁷ En virtud del Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo, se traspasaron a la Comunidad Autónoma de Canarias las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.



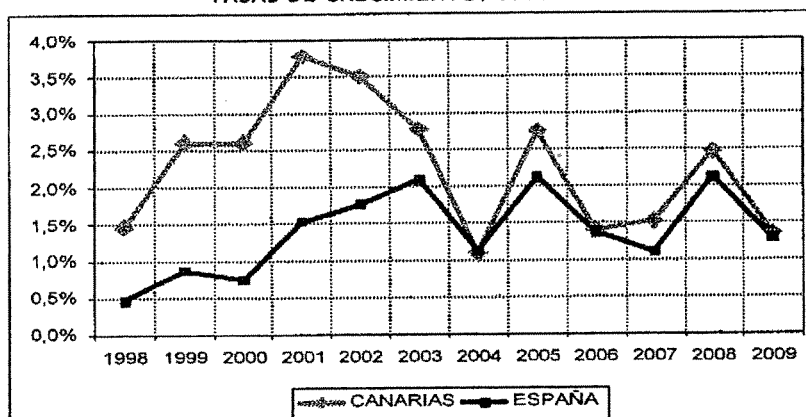
más al desafío que representa garantizar la sostenibilidad del sistema, ya que recursos cada vez más escasos habrán de garantizar los servicios sanitarios con la misma calidad hasta ahora alcanzada.

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

La población residente en Canarias el 1 de enero de 2009 según el padrón municipal era de 2.103.992 habitantes. El intenso crecimiento demográfico de Canarias en las últimas décadas ha sido un factor de presión en la demanda sanitaria, con tasas muy superiores a la media española.

En los diez últimos años (1999-2009), mientras que la población en el conjunto del país creció en un 16%, en Canarias la población creció en un 26%, diez puntos porcentuales más. Si se toma como referencia la evolución demográfica de los últimos 20 años, las diferencias aún son mayores, ya que la tasa de crecimiento en Canarias (35%) prácticamente dobla a la española (18%). Estos datos nos pueden dar una idea de la importancia del factor demográfico en la sanidad canaria, ya que ha sido un factor de presión en la demanda de servicios sanitarios que ha condicionado el fuerte crecimiento de la estructura asistencial en las islas en las últimas décadas.

GRÁFICO 1.- EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CANARIAS Y ESPAÑA.
TASAS DE CRECIMIENTO. 1998-2009



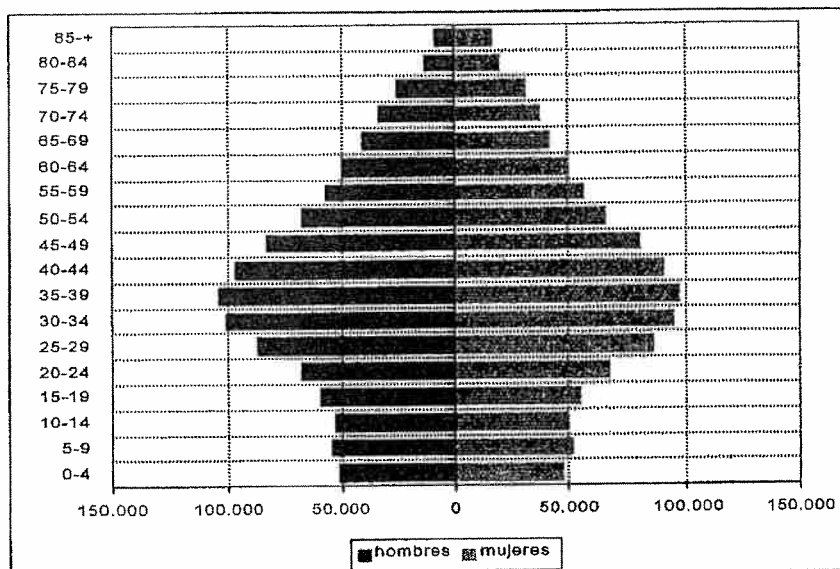
Fuente: INE. Padrón municipal

Tal como se desprende del gráfico 1, las altas tasas de crecimiento de la pasada década se han ido atenuando, de manera que es previsible que el incremento población deje de ser un factor de presión en la demanda asistencial. En la actualidad, la presión demográfica ha descendido y desde 2004 se encuentra en tasas muy similares a la media española. Sin embargo, el problema de crecimiento de población está dando paso a otro problema, el progresivo envejecimiento de la población.

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



**GRÁFICO 2.- PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE CANARIAS A 1 DE ENERO DE 2009
SEGÚN PADRÓN MUNICIPAL.**



Fuente: INE-ISTAC

Estado de salud e indicadores básicos.

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

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

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

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

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



es aún mayor. Si en 2002, la EVBS en Canarias era de 7,6 años inferior a la media española, en 2007 fue solo de 0,8 años.

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

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

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

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

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

2.2.2. Servicios Sanitarios.

Atención Primaria

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

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

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

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



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

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

Fuente: MSyPS. SIAP-SNS 2008

Un último indicador que nos revela datos interesantes sobre los recursos y la actividad asistencial es la Frecuentación en Atención Primaria (número de personas que declaran haber realizado una consulta con un médico de familia o pediatra), a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud. Para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, esta frecuentación fue 5,65 consultas por habitante y año en 2006, estando Canarias ligeramente por debajo de esa media.

Atención especializada

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

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

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

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

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

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

2.2.3. Situación económica y financiación de la sanidad.

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público. MSyPS-INE

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

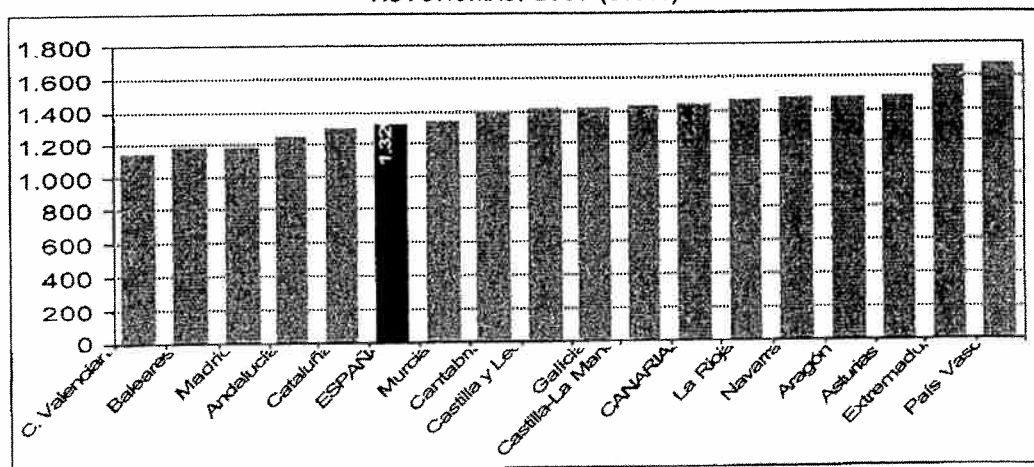
Para obtener datos más recientes sobre la evolución de las magnitudes que miden el gasto sanitario, hay que acudir al análisis de los presupuestos iniciales para Sanidad.

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

PRESUPUESTOS (millones de euros)					
	2007	2008	2009	tasa crecimiento	
				2008/2007	2009/2008
CANARIAS	2.522,4	2.803,5	2.929,9	11,1%	4,5%
TOTAL CCAA	52.383,4	56.611,1	58.960,3	8,1%	4,1%
PRESUPUESTOS PER CÁPITA (euros)					
	2007	2008	2009	tasa crecimiento	
				2008/2007	2009/2008
CANARIAS	1.298,8	1.406,6	1.444,7	8,3%	2,7%
TOTAL CCAA	1.215,4	1.284,5	1.320	5,7%	2,8%

Fuente: MSyPS.

GRÁFICO 3.- PRESUPUESTOS INICIALES PARA LA SANIDAD PER CÁPITA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2009 (euros)



Fuente: MSyPS.



Canarias muestra unas tasas de crecimiento en sus presupuestos sanitarios en los dos últimos años superiores a la media de las comunidades autónomas. Según este indicador, se estaría produciendo un cambio de tendencia respecto al periodo anterior 2003-2007, donde Canarias se situó claramente por debajo de la media nacional.

En términos per cápita, los datos de los últimos tres años muestran que Canarias cuenta con un presupuesto sanitario superior a la media de las comunidades autónomas. Según los datos del último año, Canarias es la séptima comunidad autónoma con mayor presupuesto sanitario por persona, posición que prácticamente no ha variado en los últimos 3 años.

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

En consecuencia, y en opinión del Consejo, se está ante el importante reto que hoy nos plantea la **suficiencia financiera de la asistencia sanitaria** y la necesidad de disponer de recursos suficientes que permitan, a la vez, su **sostenibilidad futura**⁸.

Todo ello condiciona fuertemente el modo y las formas de funcionamiento del servicio público. Y, con ello, la exigencia para los gestores del sistema para **hacer compatible una exponencial demanda con recursos siempre limitados**, y la consecución del necesario equilibrio entre los costes de los procedimientos, de las técnicas y prestaciones, siempre en actualización permanente, con su efectividad.

Ofrecer **asistencia sanitaria de calidad**, que garantice cohesión territorial y que sea eficiente, dentro de estos escenarios de **contención del gasto público** y búsqueda de la **sostenibilidad futura**, ha de ser, en opinión del Consejo, una **tarea que involucre a los gestores y profesionales del sistema y a los usuarios**, propiciando

⁸ El Consejo de Política Fiscal y Financiera y la Conferencia de Presidentes fijan, inicialmente, en 3.042,4 millones de euros para el año 2006, y en 3.124,4 millones para el año 2007. Estas cantidades en principio responderían, en primer lugar, al cambio en la fórmula de cálculo de los anticipos a cuenta por los tributos cedidos y el Fondo de Suficiencia que la administración central entrega en cada ejercicio a los gobiernos autonómicos. En segundo lugar, estas cantidades incluyen una aportación presupuestaria directa distribuida entre las Comunidades Autónomas de régimen común, entre las que se encuentra Canarias, conforme a los criterios establecidos por la Ley 21/2001, con los datos de población actualizada.

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

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

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

la utilización de nuevas fórmulas gerenciales y empresariales para organizar los recursos humanos y financieros del sistema sanitario, con atención a los datos sobre costes y satisfacción de los usuarios, y sin olvidar su configuración como sistema público, universal y equitativo.

2.2.4. Algunas referencias al gasto farmacéutico.

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

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

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

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

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

Fuente: MSyPS.

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

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

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

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

Fuente: MSyPS.

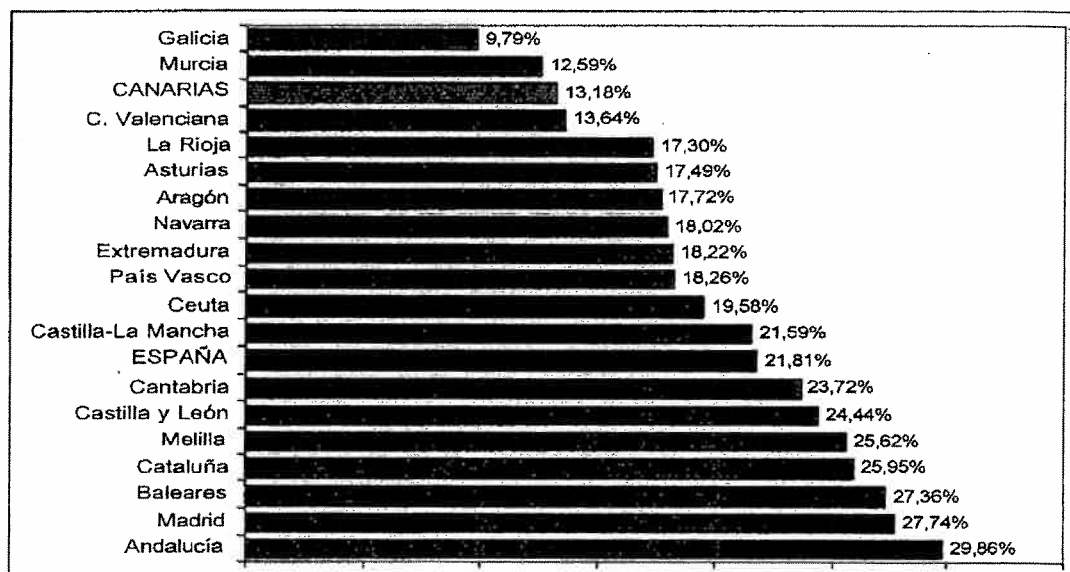
En España, la utilización de medicamentos genéricos es algo reciente, aunque su grado de utilización refleja un progresivo avance en los últimos años. En el año 2008

se ha alcanzado una cuota de mercado en envases de un 21,81% de EFG, superando en más de 2 veces y media el consumo de 2003. En cualquier caso, la utilización de medicamentos genéricos todavía queda lejos de los niveles de utilización de otros países de nuestro entorno.

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

En opinión del Consejo, y en relación al gasto farmacéutico en Canarias, admitiéndose que no constituye un aspecto directamente relacionado con el Anteproyecto de Ley objeto del presente dictamen, deberían adoptarse medidas orientadas a la sensibilización de un uso correcto de los medicamentos por parte de los usuarios del sistema sanitario. En esta misma línea, el desarrollo de la implantación de la receta electrónica en las Islas, podría constituir un avance en la optimización del uso racional de los productos farmacéuticos, con el consiguiente ahorro de recursos.

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



Fuente: MSyPS.

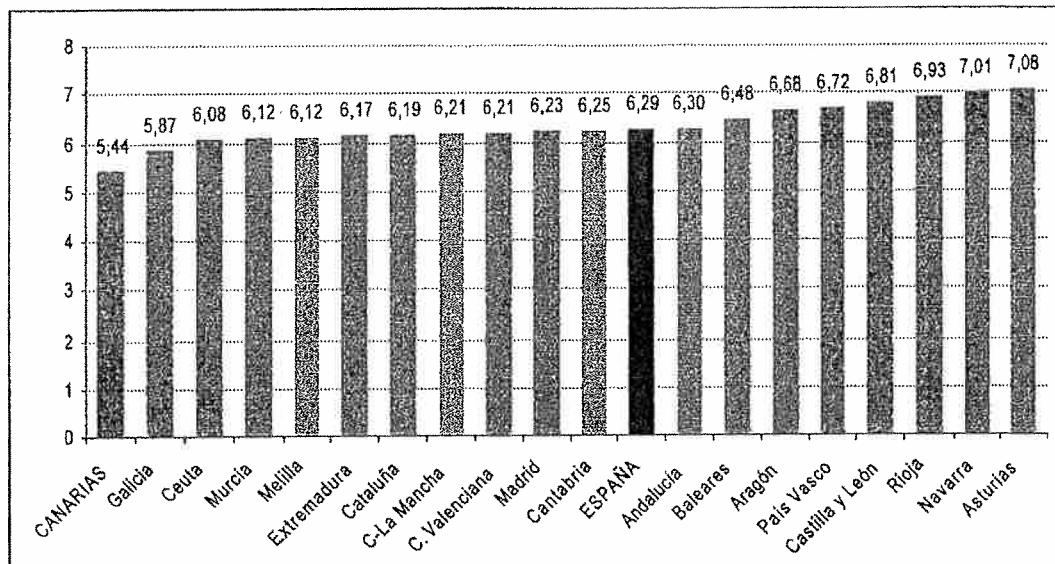
2.2.5. Calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria.

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

De los datos del último Barómetro Sanitario elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con datos referidos a 2008, se desprende que, tanto a nivel estatal como de Comunidad Autónoma, la sanidad es uno de los temas prioritarios para la ciudadanía, superando en grado de importancia a otros como la educación, la seguridad o la vivienda.



GRÁFICO 5.- VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. 2008.
(Valoraciones de 1 a 10).



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Respecto al **Barómetro Sanitario de 2006**, los datos que se obtienen en 2008, en cuanto a la valoración del sistema sanitario español, no varían de forma significativa. Para el caso canario, más de un 55% de las personas encuestadas considera que el sistema sanitario debería ser objeto de cambios fundamentales, o habría que rehacerlo. Estos resultados contrastan con los obtenidos a nivel nacional, donde esta percepción negativa de la sanidad desciende al 31% de los encuestados⁹.

Este **menor grado de satisfacción** por parte de los canarios respecto al sistema sanitario público es algo que se repite en todo el periodo con datos disponibles (2002-2008). Además, en este periodo, mientras que la media española experimenta un ligero pero continuo aumento en el grado de satisfacción, en Canarias, la opinión sobre el sistema sanitario público no experimenta cambios sustanciales.

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

En primer lugar, destaca la importancia de la Sanidad como uno de los principales problemas que existen en Canarias, solamente superado por el paro y los problemas económicos. E incluso en algunas islas, la percepción de la Sanidad como problema supera a los de índole económica. Así, en la encuesta realizada en el segundo semestre de 2009, tanto en Fuerteventura como en La Gomera, la Sanidad fue mencionada como el segundo problema que más afectaba personalmente a los encuestados, por detrás del paro, pero por delante de los problemas de índole económica.

⁹ Informe Anual del Consejo Económico y Social de Canarias 2008-2009.



3 Problemas de Canarias

3.2. Según su opinión, ¿cuáles son los tres principales problemas que existen actualmente en Canarias?

	2ª Oleada 2009	1ª Oleada 2009	2ª Oleada 2008	1ª Oleada 2008	2007
Paro	85%	84%	75%	61%	41%
Problemas económicos	46%	33%	43%	38%	26%
Sanidad	27%	25%	29%	26%	39%
Drogas	19%	26%	21%	19%	32%
Problemas relacionados con la edad y el empleo	18%	10%	13%	12%	10%
Inseguridad ciudadana	16%	19%	17%	16%	22%
Corrupción política	15%	14%	8%	12%	8%
Infraestructura	13%	11%	11%	13%	14%
Immigración	13%	24%	32%	30%	36%
Vivienda	12%	16%	18%	26%	32%
Educación	11%	11%	10%	12%	13%
Contaminación Medio Ambiente	1%	1%	1%	1%	1%
Uniplex	0,2%	1%	1%	1%	1%

Base: 0.080 Base: 0.080 Base: 2.902 Base: 2.890 Base: 0.016

ENCUESTAS DE OPINIÓN SOBRE LAS CAMBIAS

En cuanto a la comparación con otros servicios públicos, los **servicios sanitarios se encuentran entre los peor valorados por la población canaria**, solamente por detrás de la Administración de Justicia, servicios para jóvenes y vivienda.

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

3 Servicios Públicos

Comparativa valoraciones medias Servicios Públicos

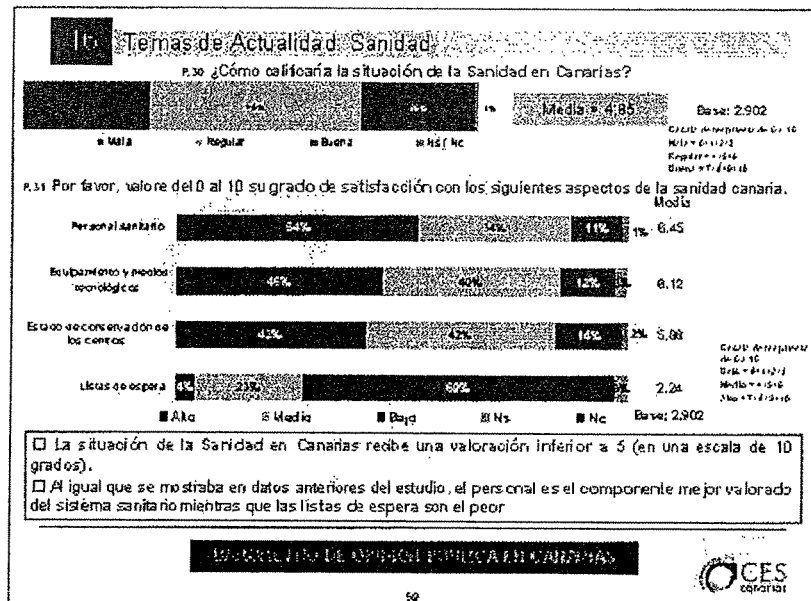
	2ª Oleada 2009	1ª Oleada 2009	2ª Oleada 2008	1ª Oleada 2008	2007
Transporte público	5,75	5,73	5,61	5,52	5,63
Servicios para la 3ª edad	5,74	5,57	5,50	5,84	5,51
Educación	5,31	5,44	5,45	5,39	5,46
Protección medio ambiente	5,31	5,19	5,17	4,89	4,69
Servicios para la mujer	4,84	5,05	4,99	5,00	4,91
Seguridad ciudadana	4,85	5,06	4,93	5,01	4,81
Equipos de protección social	4,99	5,00	5,11	5,12	5,02
Salud y servicios sanitarios	4,05	5,05	4,84	4,58	4,42
Vivienda	4,18	4,41	4,22	4,02	4,00
Servicios para jóvenes	4,31	4,20	4,40	4,49	4,41
Administración de justicia	4,07	4,14	4,35	4,20	4,36

Base: 3.050 Base: 3.053 Base: 2.932 Base: 2.990 Base: 3.016

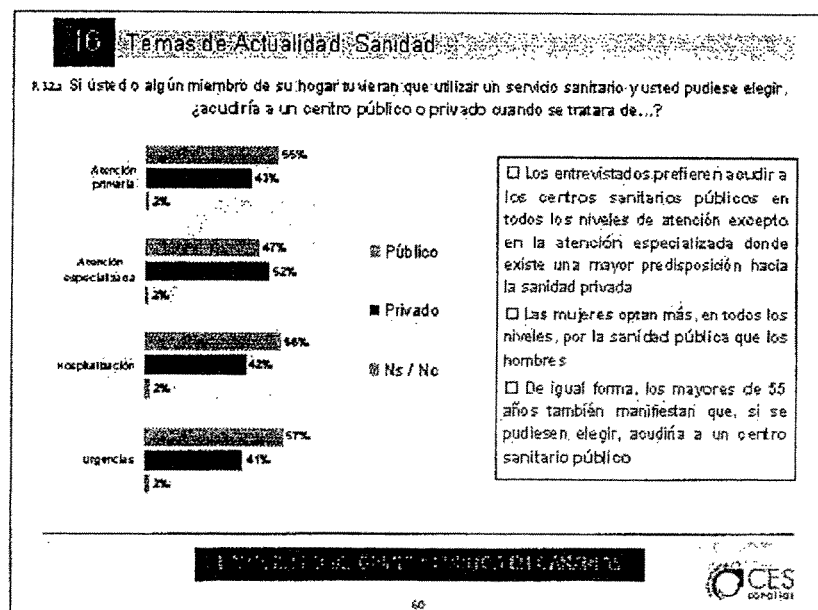
ENCUESTAS DE OPINIÓN SOBRE LAS CAMBIAS



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

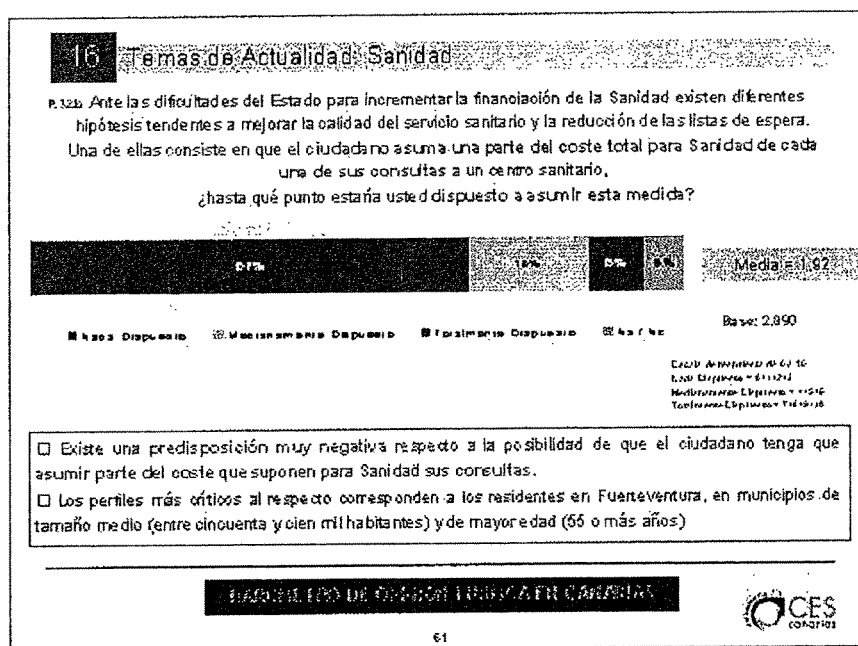


Al profundizar sobre los aspectos que afectan al **grado de satisfacción de los ciudadanos con la sanidad canaria** resultó que el personal fue el componente mejor valorado, mientras que las listas de espera fue el peor.





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



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

2.3. Sobre el propósito perseguido, en líneas generales, con el Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.

2.3.1. Tal y como se señala en la *Exposición de Motivos* y se anticipa, igualmente, en la *Memoria Justificativa* del borrador de Anteproyecto de Ley, de la experiencia acumulada durante la aplicación del actual marco legal, del ejemplo seguido por otras administraciones públicas, por la necesidad, también, de afrontar nuevos retos que garanticen el derecho constitucional a la protección de las salud, "... se deriva la exigencia de un **análisis serio y científico sobre la necesidad de acometer un impulso normativo nuevo que permita asumir, de una manera más flexible y racional, los cambios necesarios que una gestión moderna y avanzada de los recursos públicos y de la prestación de servicios esenciales demanda la sociedad canaria...**".

En relación a ello, siempre con el texto que se propone, se hace necesario regular "... la **posición jurídica de los ciudadanos ante el Sistema Sanitario Canario, lo que se traducirá en un ampliación y actualización del catálogo de derechos, ... creación**



de un órgano específico e independiente que vele por el respeto de esos derechos...". Justamente, la figura propuesta es la del Defensor Sanitario de Canarias.

2.3.2. El conocimiento de los problemas organizativos derivados de la configuración inicial del Servicio Canario de la Salud y del funcionamiento del organismo, harían preciso, siempre según la Memoria Justificativa, una particular intervención que permitiera "... equilibrar el peso de la organización liberando de lastre gestor a los órganos de naturaleza esencialmente prestadora de servicios". Detectadas determinadas disfuncionalidades, éstas, según la Memoria Justificativa, se resumirían en los siguientes puntos: falta de definición y de separación de las funciones de regulación (ordenación, planificación y financiación), de las de compra de los servicios sanitarios (acceso y aseguramiento) y de provisión (prestación asistencial integrada o continuidad asistencial); escasa precisión en la separación de funciones y competencias entre la estructura orgánica departamental y el Servicio Canario de Salud, y, pro último, divergencias funcionales que impedirían el ejercicio de determinadas funciones por alguno de los órganos del sistema.

2.3.3. A partir de aquí, el borrador de Anteproyecto de Ley, señala una serie de objetivos que pretendería cubrir: *el reconocimiento de un amplio catálogo de derechos de los ciudadanos en materia sanitaria; la regulación de un marco general organizativo e integrador de todos los niveles de asistencia, y con carácter integral; el diseño de una organización que facilite la coordinación; la separación de las funciones de regulación, de las de compra y provisión de servicios sanitarios; la distribución de funciones entre órganos centrales y periféricos, teniendo en cuenta nuestra particular configuración geográfica, y, por último, una importante deslegalización de la regulación de aquellas materias cuya ordenación se reconduciría al ámbito reglamentario.*

2.3.4. Ya desde estas *observaciones de carácter general*, el *Consejo Económico y Social*, sin perjuicio de otras *de carácter particular* que se hacen más adelante, quiere señalar que **asume la necesidad de acometer la configuración de un nuevo marco legal**, a partir de la experiencia acumulada y la necesidad de afrontar los nuevos retos, en garantía del avance en el cumplimiento del derecho constitucional de protección de la salud.

En efecto, una nueva ley de ordenación de la sanidad en Canarias debe ser considerada una necesidad de cara a efectuar una **correcta adaptación** de la prestación de servicios y de la actividad sanitaria a las **nuevas realidades** que se han presentado durante el período de vigencia de la *Ley General de Sanidad* y de nuestra primera *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias*, de 1985 y 1994 respectivamente. Resulta de particular importancia la adaptación del marco legal a los **cambios en la morbilidad**, que se dan en las sociedades modernas, y que obligan a matizar el componente de intervención sanitaria curativa, en sentido estricto, y a profundizar en las necesidades de atención, con un elevado componente de cuidados, donde concurren una pluralidad de servicios y distintos sistemas, en especial con la aparición y agravamiento de las situaciones de dependencia.

Por otro lado la existencia de nuevos retos cara a la sostenibilidad del sistema, la aparición de estas nuevas formulas de prestación de derechos universales, como la *ley de atención a la dependencia* y su necesaria conexión con el dispositivo



sanitario público, hacen también necesaria una **reforma profunda** del sistema sanitario.

Consecuentemente con todo ello, el *Consejo Económico y Social* reitera la conveniencia de acometer este proceso de configuración de un nuevo marco legal que exige, como premisa incuestionable, el que se haga mediante un **proceso de concertación** que contribuya a ampliar su base social de respaldo que, asimismo, entendemos debe **proyectarse en el mismo ámbito parlamentario**. Todo ello sin perjuicio de las **observaciones** que a lo largo del presente dictamen se hacen.

2.3.5. No obstante esta inicial **valoración positiva** en torno a la **conveniencia** de proceder a la elaboración de una nueva normativa en la materia, el Consejo Económico y Social quiere señalar que, de entre las *"disfuncionalidades"* señaladas como justificación para la reforma, tanto en la *memoria justificativa* como en la *exposición de motivos*, estaría la *"falta de definición y de separación de las funciones de regulación, de las de compra de los servicios sanitarios y de provisión"*. Aspecto central en el borrador de Anteproyecto de Ley que, sin embargo, en opinión del CES, se presenta **escasamente argumentado y justificado**. Le corresponde a la *memoria justificativa* profundizar en la explicación de la realidad sobre la cual se pretende que impacte la norma y sobre la trascendencia que ésta va a implicar en el nuevo modelo que se pretende¹⁰.

Para poner a disposición de los ciudadanos un eficaz y eficiente servicio público sanitario, desde luego es **necesaria la actuación de varias instancias** que desempeñan funciones bien precisas y distintas: la normativa, planificadora, la de financiación, y las de compra y provisión. Las dos primeras funciones radicarían, con carácter exclusivo, en el poder público, el resto puede realizarse tanto desde el sector público como desde el sector privado¹¹.

La **separación de estas distintas funciones**, sin anticipar un juicio de valor sobre ello ante la ausencia de información relevante (tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo), **podría permitir optimizar el conjunto de los recursos sanitarios, públicos y privados**, de la Comunidad, pero también es cierto que el modelo propuesto también podría representar **aspectos más críticos**, como el **incremento de los costes de administración y gestión** al exigir más recursos, personales y materiales. En cualquier caso, parece razonable que todo ello viniera, en el borrador de Anteproyecto de Ley, mejor explicado.

2.3.6. En opinión del Consejo, también como *observación de carácter general*, nos parece **insuficiente el tratamiento** dispensado en el borrador de Anteproyecto de Ley a los aspectos relacionados con la *política de personal*, prácticamente ausente.

¹⁰ La *memoria justificativa*, y así lo ha reiterado el CES en otros dictámenes, constituye una pieza capital e ineludible en el procedimiento de elaboración de una disposición de carácter general, que incorporada a éste desde el inicio de la gestación de la norma, y sin perjuicio de que con posterioridad y como consecuencia de los distintos trámites (alegaciones, observaciones, trámite de audiencia), más allá de ser sólo una exigencia formal, permite constatar la intención, el propósito, la oportunidad y los fundamentos que se persiguen con la nueva ordenación propuesta; la ausencia de información cualitativa relevante quiebra, también, la claridad del propósito de quienes proponen el proyecto, limitando en ocasiones el control y la crítica social que debe facilitarse por una administración eficaz.

¹¹ A partir de 1992 se inicia, en el conjunto del Estado, el proceso de paulatina separación de las funciones de financiación y provisión que, con legislación propia, se desarrolla en las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad.



Lo que no se corresponde con uno de los aspectos claves del funcionamiento del servicio sanitario público.

En este sentido, el Consejo reclama, para esta materia, se le conceda un **papel central** a los *Planes de Ordenación de los Recursos Humanos*, que deberían asumir como una de sus prioridades fundamentales la de optimizar, al máximo, los procesos de captación y aprovechamiento de los recursos humanos de la sanidad pública, para lo que desde el CES se pide desempeñar, por parte de las autoridades sanitarias, un papel activo orientado hacia la selección de los mejores.

2.3.7. Tal y como pretenden las **disposiciones finales primera, segunda y tercera** para hacer coincidir la ordenación, con carácter general, de las **actividades y recursos dirigidos a hacer efectivo el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud**, con otros ámbitos materiales que sólo guardarían una **relación difusa e indirecta** con ello, como es el caso de la modificación de la *Ley 1/1993, de 26 de marzo, de la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias*, la de la *Ley 11/1986, de 11 de diciembre, del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia*, y la de la *Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias*, no constituye, en opinión del Consejo, el mejor proceder en la medida en que (estas modificaciones) **poco tendrían que ver**, con el **núcleo central del borrador de Anteproyecto de Ley** que se dictamina.

En efecto, los **cambios propuestos** oscilan desde meros ajustes técnicos a cambios de relevancia que afectan a normas, las señaladas, con un cierto carácter básico en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. Esta **ausencia de congruencia técnica y de oportunidad** conlleva el riesgo de **sortear o eludir determinados límites al contenido de las normas** y escoger, como por aluvión, la integración de aspectos heterogéneos y dispares, **alejando las modificaciones de estos otros textos normativos**, que no dudamos puedan ser convenientes, **de la necesaria reflexión social**, y añadiendo, además, para usuarios y operadores, **confusión e inseguridad jurídica** al tener que acudir a muy diversos textos normativos para el ejercicio de sus derechos o el cumplimiento de sus obligaciones.

2.3.8. La constatación de que los **límites entre la atención sanitaria y los servicios sociales ofrecen fronteras difusas**, y la necesidad, sin embargo, de configurar un espacio de **colaboración teórica y práctica sociosanitaria**, aconsejan, en opinión del CES, que el nuevo marco de ordenación y regulación que en materia de sanidad se promueve deba ser **aprovechado para una mejor configuración normativa de un modelo de coordinación sociosanitaria**. En efecto, Hay circunstancias que obligan a dar respuestas **integrales y personalizadas** que difícilmente pueden ser atendidas ni por la estructura tradicional de los servicios de salud ni desde los servicios sociales exclusivamente. Esta propuesta que hace el Consejo, de **optimización de la coordinación sociosanitaria**, tiene como objetivo fundamental **mejorar las respuestas del sistema a este marco de necesidades complejas** y que afectan, especialmente, a determinados grupos de población.

Abordar esta cuestión incrementaría la **eficiencia del conjunto de los dispositivos sociales y sanitarios**, y facilitaría la **construcción de un espacio sociosanitario** capaz de responder a los nuevos retos que plantea la intervención para la atención de determinadas enfermedades, **superándose así el actual modelo de áreas**



2.3.9. El Consejo Económico y Social, de manera expresa, sugiere que, a través del nuevo marco legal de ordenación de la sanidad en Canarias, se cree la figura de un *Observatorio de Salud Pública de Canarias*, como *órgano independiente, participativo de investigación, de información y análisis sobre la situación de la salud pública de Canarias*.

Este *Observatorio de la Salud* daría respuesta a la conveniencia de abordar áreas de análisis e investigación cualitativa en materia de salud pública, generando y elaborando, de esta manera, información relevante en estos ámbitos.

El *Observatorio* definiría, así, al menos **cuatro grandes áreas de actividad**: la de **información**, constituyéndose como dispositivo para la difusión de información de referencia sobre políticas, programas y decisiones que, en el ámbito de la sanidad, sean de interés para el conjunto de quienes protagonizan la salud pública (ciudadanos y usuarios del sistema, profesionales y administración especializada, entre otros); la de **formación**, facilitando la misma en concurrencia con otros dispositivos, públicos y privados, e integrando las disciplinas relacionadas con la salud pública en las islas; el ya indicado ámbito de **investigación y análisis**, orientado a la generación de nuevo conocimiento sobre nuestro estado de salud; y, por último, el *Observatorio* asumiría también el **fomento de la participación** del conjunto de los agentes, públicos y privados, involucrados en la sanidad.

¹² Tal y como dejamos señalado en las Observaciones de Carácter Previo, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, incluye en su artículo 7 una precisa definición del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, orientado a garantizar una atención integral y continuada para lo que garantiza las condiciones básicas. En este catálogo se incluye, entre otras, la *prestación de atención sociosanitaria*, prestación que en el artículo 14 de este mismo texto legal se regula y que queda definida como *el conjunto de cuidados destinados a quienes por sus especiales características pueden beneficiarse de una intervención simultánea de los servicios sociales y sanitarios, para aumentar su autonomía, aminorar sus limitaciones y facilitar su reinserción social*.

DICTATED 1/20/10



3. Observaciones de carácter particular

De manera inicial, no siendo el CES el órgano llamado a pronunciarse de manera expresa sobre aspectos relacionados con la técnica normativa, se quiere, sin embargo, llamar la atención sobre el hecho de que, sin perjuicio de que la norma merece en general una valoración positiva, en ocasiones se opta por **reproducir de forma literal**, o casi, normativa básica estatal. Técnica que, tal y como en otras ocasiones ha señalado el Consejo, y en palabras del propio Tribunal Constitucional, hay que calificar de *"peligrosa"*, por cuanto que *"... al utilizarse por órganos legislativos distintos, con ámbitos de competencia distintos, está inevitablemente llamado a engendrar tarde o temprano una innecesaria complicación normativa, cuando no confusión o inseguridad"*, y que incluso, añadimos ahora, este tipo de proceder abre **potenciales inconstitucionalidades**, que se producirían cuando el precepto básico reproducido se modifique o pierda vigencia, manteniéndose en cambio la norma territorial autonómica que lo reproducía¹³.

3.1. En relación a los derechos y deberes de los usuarios.

En opinión del Consejo, en relación al **catálogo de derechos de los ciudadanos**, que se recogen en el borrador de avance de Anteproyecto de Ley, debemos señalar que son básicamente los ya reconocidos por Ley General de Salud.

3.1.1. El reconocimiento en sede legal del *derecho a la libre elección de facultativos o centro sanitario* constituye, en opinión del Consejo, la profundización en los valores de eficiencia, equidad y libertad que han de informar un sistema sanitario público avanzado. Por otro lado, con el ejercicio de la libertad de elección se incrementa la participación activa en el servicio público sanitario, al tiempo que facilita a los gestores del sistema un indicador sobre el estado y calidad de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma.

En relación a todo ello, el CES también quiere advertir sobre la **necesidad y conveniencia** de que se arbitren cauces ágiles, sencillos y eficaces para **garantizar la libertad de elección**. Las técnicas burocráticas más ineficientes y formalistas deben ceder ante la simplificación de trámites a través de sencillas comunicaciones de los pacientes, lo que contribuirá, por otro lado, a reducir los tiempos de respuesta de la administración. La implantación efectiva de este aspecto de la norma debe ir pareja a una correcta **configuración de una estructura** de información y comunicaciones bien soportada tecnológicamente.

3.1.2. El Consejo Económico y Social hace una valoración positiva de la inclusión, como derecho de los usuarios del *Sistema Canario de la Salud*, del **reconocimiento de garantías sobre tiempos máximos de respuesta para procedimientos quirúrgicos**, consultas externas y pruebas diagnósticas. Debería incluirse una referencia explícita a los centros concertados con el *Servicio Canario de la Salud*.

¹³ Si aún, y pese a lo expuesto, se escoge seguir esta técnica, lo que podría en parte facilitar, y dada la especificidad de la materia, la comprensión de la norma, quizás bastaría una **remisión genérica al precepto básico**, sin reiterar su contenido, de la ley estatal que se reproduzca.



3.1.3. En lo que concierne a la figura, que propone el borrador de Anteproyecto de Ley, del **Defensor Sanitario de Canarias**¹⁴, el Consejo señala que, en línea con los propios informes que se acompañan con la solicitud de dictamen, estaríamos ante un incremento del escenario presupuestario plurianual aprobado por el Gobierno para el período 2010-2012, y que para el *Capítulo 1, de gastos de personal*, determina una disminución del 1,5%, y para el *Capítulo 2, de bienes corrientes y servicios*, del 5,6%, en 2010 respecto del año 2009. Ello exigiría, en opinión del Consejo, adecuar la financiación destinada a la creación de esta figura del *Defensor Sanitario de Canarias*.

Desde otro punto de vista, el *Consejo Económico y Social* plantea sus objeciones al hecho de que el, en su caso, *Defensor Sanitario de Canarias* sea designado por el Gobierno a propuesta de la Consejería competente en materia de sanidad. Debería radicar esta designación en otras instancias alejadas del poder ejecutivo, de tal forma que, junto a la exigencia de capacidad y conocimiento para defender los intereses de los usuarios del sistema sanitario, se sumara la de la más estricta autonomía e independencia para el ejercicio de estas labores de tutela y defensa. Por último, la propia creación de esta figura exigiría armonizar sus funciones y cometidos con las asignadas desde el *Parlamento al Diputado del Común*.

3.1.4. El *Consejo Económico y Social* quiere llamar la atención en torno a los efectos que, del eventual incumplimiento de las medidas adoptadas por razón de protección civil, extrae el borrador de Anteproyecto de Ley en materia de sanciones al determinar que los ciudadanos que incumplan dichas medidas queden, nada menos, excluidos del ámbito subjetivo del derecho a las prestaciones sanitarias. *"No se puede considerar justificada la exigencia a los mismos de los gastos sanitarios derivados de la asistencia sanitaria prestada cuando hayan sufrido lesiones como consecuencia del incumplimiento de las medidas de protección civil adoptadas"*¹⁵.

3.2. Administraciones Públicas Sanitarias. Competencias de la Comunidad Autónoma, de los Cabildos y de los Ayuntamientos.

El papel que, en la gestión y control de los recursos sanitarios públicos, deben desempeñar Cabildos y Ayuntamientos exigiría, en opinión del Consejo, no sólo haber dejado constancia, en el procedimiento de elaboración del borrador de Anteproyecto de Ley, de su participación en el mismo, sino que, además, adquiere particular relevancia el que, desde el punto de vista de las eventuales obligaciones económicas que se les impondría a unos y otros, no conste compromiso económico alguno, lo que, en un escenario económico de particular complejidad, es importante de cara a la efectividad de la norma propuesta.

¹⁴ Esta figura ya aparece en algunas otras Comunidades Autónomas, por ejemplo en Extremadura, configurada en su Ley de Salud. También está prevista en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. En ambas Comunidades Autónomas el titular es nombrado, o bien por el Consejo Regional de Consumidores y Usuarios, caso de Extremadura, o por la Cámara Legislativa por una mayoría de 3/5, en el supuesto de Castilla-La Mancha.

¹⁵ Informe de los Servicios Jurídicos sobre el borrador de Anteproyecto de Ley



3.3. Sobre el Sistema Canario de la Salud.

3.3.1. Áreas de Salud y otras demarcaciones territoriales.

Con la norma propuesta parece optarse, en materia de ordenación territorial del sistema sanitario en la Comunidad Autónoma, por un enfoque que pasaría de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional que, en teoría, vendría acompañado por una actualización de las estructuras de gestión.

En relación a esta propuesta que incluye el borrador de Anteproyecto de Ley, el CES quiere llamar la atención sobre su enorme grado de inconcreción, ambigüedad y falta de referencias más expresas a la configuración, dimensión y funcionamiento de estas áreas, en particular en lo que concierne a la integración de servicios entre la atención primaria, la especializada (salud mental y atención sociosanitaria), aspectos todos que quedarían, en su caso, sujetos a un excesivo y ulterior desarrollo de rango reglamentario.

Además, con el tratamiento propuesto por el borrador de Anteproyecto de Ley, se omiten referencias a las *zonas básicas de salud* que en la legislación vigente se constituyen como los órganos sanitarios que, integrados por todos los profesionales del equipo de atención primaria, prestan la atención primaria de acceso directo de la población en una demarcación territorial y poblacional elemental del área de salud, jugando un decisivo papel de integración de recursos y niveles y de planificación de intervenciones en materia de salud.

3.3.2. Plan de Salud de Canarias y otros planes de salud.

En opinión del Consejo, la ordenación territorial y la planificación de la sanidad mantienen relación directa, en la medida en que se señala, artículo 59.2 del borrador de Anteproyecto de Ley, que la elaboración del Plan de Salud se hará con la *"...toma en consideración de las propuestas formuladas por los órganos de representación de las áreas..."*, participación que se limitaría sustancialmente ante la ausencia de una regulación de los **Consejos de Salud**, hoy previstos en la *Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias*, como órgano específico de participación y consulta.

3.4. El Consejo Canario de la Salud y otros órganos de participación.

En opinión del Consejo, las representaciones procedentes de los ámbitos empresarial y sindical, con presencia en el *Consejo Canario de la Salud*, lo serán, con carácter exclusivo, a partir de las propuestas que formulen las organizaciones empresariales y sindicatos más representativos en la Comunidad Autónoma de Canarias.

3.5. Disposiciones finales.

En relación a su contenido, el Consejo reitera la valoración hecha en el apartado 2.3.7. del presente dictamen, a propósito de la utilización del texto de la propuesta de norma para modificar otras disposiciones de carácter general con valor de ley, con muy escasa relación con el núcleo central del borrador de Anteproyecto de Ley que se dictamina.



IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Sobre los aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo.

1.1. Con la solicitud inicial de Dictamen preceptivo, tal y como hemos señalado en las *observaciones de carácter previo*, se acompañan determinados antecedentes previstos en los procedimientos para la gestación del borrador de Anteproyecto de Ley.

Sin *embargo*, y así consta, debemos hacer notar que otros documentos, igualmente necesarios para valorar la propuesta de norma, se omiten infundadamente. Así, la preceptiva **certificación del Acuerdo del Consejo de Gobierno** sobre la toma en consideración del avance de borrador de anteproyecto de Ley y la petición de dictamen al CES sobre el mismo.

1.2. Tampoco consta entre la documentación anticipada el **Informe sobre el impacto por razón de género**, exigible en virtud de lo dispuesto en el artículo 22.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, ni el **Informe de la Secretaría General Técnica** de la Consejería competente en la elaboración del Anteproyecto de Ley, de acuerdo con el artículo 22.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

1.3. Sobre el trámite de audiencia consagrado en el *artículo 105.a) de la Constitución Española*, si bien es cierto que se nos hace llegar informe de la relación de los *órganos o entidades* que, durante el periodo concedido para la formulación de alegaciones, aportan observaciones sobre el avance de borrador de Anteproyecto de Ley, debemos señalar que con el mencionado informe no se nos indica el resultado de dicho trámite, a fin de poder conocer en qué medida las observaciones formuladas al texto propuesto han sido recogidas o no, y su motivación.

En relación a este *trámite de audiencia*, en opinión del Consejo, de particular interés hubiera sido tomar razón, en su caso, de una mayor participación por parte de los Ayuntamientos y Cabildos Insulares, en el proceso de elaboración del avance de borrador de Anteproyecto de Ley que se analiza. Y ello porque, en el texto propuesto se regula un marco competencial de actuaciones en el ámbito sanitario respecto de Cabildos y Ayuntamientos. Esta ausencia, y así se valora desde el Consejo, adquiere relevancia desde el punto de vista de las eventuales obligaciones económicas que se les impondría a la planta administrativa local en materia sanitaria, y cuyo "*compromiso*", en un escenario económico de particular complejidad, adquiere particular importancia de cara a la efectividad de la nueva ordenación.

1.4. Por último debe señalarse también que no se aporta el preceptivo **Informe de la Inspección General de Servicios** de la Consejería de Presidencia, Justicia y Seguridad, de conformidad con el artículo 7 del Decreto 48/2009, de 28 de abril, por el que se establecen en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias, medidas ante la crisis económica y de simplificación administrativa.

1.5. Consecuentemente con todo lo expuesto, el Consejo quiere señalar que la **ausencia de estos necesarios antecedentes y su insuficiencia material o formal**, en otros casos, sitúan a la iniciativa legislativa objeto de dictamen, y en los términos en que se da a conocer al CES, en una **fase preliminar** de la configuración de la misma y, en consecuencia, más situada en el de las actuaciones administrativas previas que en aquél momento en el que deba expresarse la voluntad del Gobierno por asumir, en términos de oportunidad, la conveniencia de dicha iniciativa legislativa.



1.6. Tal y como hemos señalado en las *observaciones de carácter previo*, el CES hace una **recomendación expresa** para que propuestas de configuración de un nuevo marco regulatorio, se acompañen, por indispensable, de un **Informe o Memoria** en torno a los *previsibles efectos de la norma propuesta sobre el funcionamiento de los servicios públicos y de la libre competencia en los mercados, la libertad de empresa y el bienestar de los consumidores*.

Un informe de estas características debería acompañar necesariamente a otros que se incluyen en todo proyecto normativo, como la *Memoria Justificativa*, la *Memoria de Impacto por Razón de Género*, o la *Memoria Económica*, entre otras.

Su necesidad, tal y como en otras ocasiones ha señalado el Consejo, debe ser asumida por los propios órganos proponentes de la norma y con el objetivo de constatar que el marco regulatorio propuesto garantiza, en este caso en materia de sanidad, **el acceso al sistema sin vulneración de los principios de universalidad y equidad, y sin que, además, este marco introduzca restricciones y limitaciones, de manera injustificada o desproporcionada, a la competencia.**

Este Informe o Memoria sería de particular importancia de cara a la justificación para acometer el **aspecto central de la reforma propuesta: la separación entre compra y provisión de servicios sanitarios**, cuestión sobre la que el CES, sin anticipar un juicio de valor sobre ello ante la ausencia de datos, puede difícilmente pronunciarse. Es cierto que el modelo propuesto, junto a indudables ventajas, podría representar aspectos más críticos, como el incremento de los costes de administración y gestión al exigir más recursos, personales y materiales. De ahí, la exigencia de que todo ello viniera, en el borrador de Anteproyecto de Ley, mejor explicado y justificado.

2. Sobre el contexto normativo y la caracterización del sistema sanitario de Canarias.

2.1. Tal y como se ha señalado en las *observaciones generales* del presente dictamen, el *Tratado de Lisboa*, en vigor desde el pasado 1 de diciembre de 2009, y tras un largo proceso de compleja ratificación por los estados miembros de la Unión Europea, persigue, entre otros objetivos, una Europa mejor encaminada al progreso social, que habrá de concretarse en la mejora del bienestar de los ciudadanos y, en lo que concierne al presente dictamen, de sus **políticas sanitarias**¹⁶.

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

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

¹⁶ Aunque la organización y gestión del sistema sanitario sigue siendo competencia de los estados miembros, el Tratado permite que las instituciones de la Unión Europea adopten medidas para proteger la salud pública. Asimismo, se establecen medidas y normas aplicables a los productos y dispositivos médicos para incrementar la protección al paciente y ayudar a los estados miembros a articular reacciones eficaces en supuestos de alerta y amenazas transfronterizas graves.



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

2.3. Desde que se hicieron efectivas las transferencias en materia sanitaria en Canarias, en nuestra Comunidad Autónoma se ha producido, al igual que en el resto de los territorios del Estado, una **importante diversificación de las políticas sanitarias**, lo que lleva implícito su fuerte transformación, con un importante desarrollo del sistema canario de salud y en especial de la sanidad pública.

Al mismo tiempo el incremento demográfico y el envejecimiento de la población, junto a la mayor utilización del sistema sanitario público, han sido factores que han contribuido a **eleva**r la **d**emanda de **s**ervicios **s**anitarios, determinando que sea la propia **sostenibilidad del sistema** el **m**ayor **r**eto al que se enfrenta el sistema sanitario.

A estas circunstancias, la actual situación de crisis económica, añade un elemento más al desafío que representa garantizar la sostenibilidad del sistema, ya que recursos cada vez más escasos habrán de garantizar los servicios sanitarios con la misma calidad hasta ahora alcanzada.

2.4. En la caracterización del sistema sanitario de Canarias¹⁷, hemos de destacar en primer lugar que los **indicadores básicos de salud de los canarios han evolucionado favorablemente en la última década**, convergiendo con la media nacional en aspectos tan relevantes como la esperanza de vida o la mortalidad infantil, que no solamente reflejarían el estado de salud sino también la evolución de la situación sanitaria de una población.

2.5. A propósito del gasto sanitario y su reflejo en la estructura de atención sanitaria, cabe señalar en primer lugar que nuestra Comunidad Autónoma muestra un **gasto sanitario público superior a la media nacional**. Tanto los indicadores de gasto sanitario público como porcentaje del PIB, como el presupuesto sanitario per cápita, muestran un **nivel de inversión en servicios para la salud superior a la media nacional**. Sin embargo este mayor gasto público relativo no se traduce en unos mejores indicadores en la estructura sanitaria. Tanto el **número de facultativos en la atención primaria** como el **número de camas en los hospitales**, con relación a la población, muestran unos **ratios peores que la media española**.

2.6. Tal y como se refleja en las *observaciones generales*, el **gasto farmacéutico** representa en torno al 20 % del gasto sanitario total en España. Ello implicaría que, junto con Italia y Portugal, este aspecto del esfuerzo financiero del sistema sanitario sea el de mayor peso, alejándonos de países como Noruega o Dinamarca donde el gasto farmacéutico estaría en torno al 8 % respecto del gasto sanitario total.

¹⁷ En las *observaciones de carácter generales* se procede a un análisis más detallado en torno a la caracterización de nuestro sistema sanitario desde la perspectiva de: la población protegida y estado de salud de los canarios; los servicios sanitarios, atención primaria y especializada; la situación económica y financiación de la sanidad; el gasto farmacéutico; y la calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria.



En lo que concierne a Canarias, con los datos que se incluyen en las *observaciones* del presente dictamen, el **gasto farmacéutico facturado a través de recetas médicas**, en cifras globales y para 2008, ascendió a 531,58 millones de euros, 19 % del gasto sanitario público frente al 21 % de la media nacional. En lo que se refiere al **gasto farmacéutico medio por receta**, y **gasto y recetas por persona protegida**, en Canarias el *gasto medio receta* es 13,90 € frente a la media de 13,45 €; *gasto por persona protegida*, 268,72 € frente 272,52 € de media nacional y, por último, de 19,33 € frente al 20,26 € para las *recetas por persona protegida*, siempre en relación al gasto sanitario público, para 2008.

Canarias, en cuanto al uso de medicamentos genéricos, se encuentra entre las regiones que menor uso relativo realiza de este tipo de medicamentos. En concreto, siempre para 2008, el consumo porcentual en envases de medicamentos genéricos alcanza el 13,18 % frente al 21,81 % de media del conjunto del Estado, sólo por detrás de Murcia (el 12,59 %) y Galicia (el 9,79 %). En el otro lado, Andalucía con un 29,86 %, Madrid con un 27,74 % y Baleares con un 27,36%.

En opinión del Consejo deberían adoptarse medidas orientadas a la sensibilización de un uso correcto de los medicamentos por parte de los usuarios del sistema sanitario. En esta misma línea, el desarrollo de la implantación de la receta electrónica y la ampliación en el uso de medicamentos genéricos en las Islas, podría constituir un avance en la optimización del uso racional de los productos farmacéuticos, con el consiguiente ahorro de recursos.

2.7. Por último, el grado de satisfacción de los canarios con su sistema sanitario es bajo. De hecho, Canarias es la comunidad autónoma donde se realiza una peor valoración del sistema sanitario público. La población canaria percibe la Sanidad como uno de sus principales problemas y los servicios sanitarios, en comparación con otros servicios públicos, se encuentran entre los peor valorados, solamente por detrás de la Administración de Justicia, servicios para jóvenes y vivienda. Por otra parte, la Sanidad es identificada por los encuestados como un ámbito de gasto prioritario¹⁸.

3. Sobre los aspectos generales del Anteproyecto de Ley de Sanidad de Canarias.

3.1. Nuestro sistema de salud ha de enfrentarse a un escenario de gran complejidad por la limitación de recursos financieros y ante la necesidad de continuar prestando asistencia sanitaria a todos los ciudadanos canarios, sin que las incertidumbres sobre el escenario económico resten accesibilidad al sistema o deterioren niveles de eficiencia.

Todo ello condiciona fuertemente el modo y las formas de funcionamiento del servicio público. Y, con ello, la exigencia para los gestores del sistema para **hacer compatible una exponencial demanda con recursos siempre limitados**, y la consecución del necesario **equilibrio entre los costes de los procedimientos, de las técnicas y prestaciones**, siempre en actualización permanente, con su efectividad.

3.2. Ofrecer asistencia sanitaria de calidad, que garantice cohesión territorial y que sea eficiente, dentro de estos escenarios de contención del **gasto público** y búsqueda de la **sostenibilidad futura**, ha de ser, en opinión del Consejo, una tarea que involucre a los **gestores y profesionales del sistema** y a los **usuarios**, propiciando la

¹⁸ Según el Barómetro de Opinión Pública en Canarias que edita el CES desde el año 2007 (BAROCES).



utilización de **nuevas fórmulas gerenciales y empresariales** para organizar los recursos humanos y financieros del sistema sanitario, con atención a los datos sobre costes y satisfacción de los usuarios, y sin olvidar su configuración como **sistema público, universal y equitativo**.

3.3. Todo ello hace necesario la configuración de un nuevo marco legal que, a partir de la experiencia acumulada y la necesidad de afrontar los nuevos retos, garantice la estabilidad y la calidad del sistema sanitario. Así, en opinión del Consejo, acometer este imprescindible proceso de **configuración de un nuevo marco legal exige**, como premisa incuestionable, el que se haga mediante **mecanismos de concertación** que contribuyan a ampliar su base social de respaldo y que, asimismo, entendemos debe proyectarse en el mismo ámbito parlamentario.

3.4. Sin perjuicio de esta inicial valoración positiva en torno a la conveniencia de acometer la elaboración de una nueva normativa en la materia, el Consejo Económico y Social, tal y como hemos señalado en las observaciones que incluye el presente dictamen, quiere resaltar que **uno de los aspectos centrales** que justificarían el nuevo marco legal, la *"falta de definición y de separación de las funciones de regulación, de las de compra de los servicios sanitarios y de provisión"*, **se presenta escasamente argumentado y justificado**. Le corresponde a la *memoria justificativa* profundizar en la explicación de este importante aspecto sobre el cual se pretende que impacte la norma y sobre la **trascendencia** que esto va a implicar en el nuevo modelo que se pretende.

En opinión del Consejo, **la separación de estas distintas funciones podría permitir optimizar el conjunto de los recursos sanitarios**, públicos y privados, de la Comunidad, pero también es cierto que el modelo propuesto también **podría representar aspectos más críticos**, como el incremento de los costes de administración y gestión al exigir más recursos, personales y materiales. Hubiera sido deseable, y para facilitar un mejor pronunciamiento por parte del CES sobre esta importante cuestión, que el borrador de Anteproyecto de Ley se hubiera acompañado de **información relevante**, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, aspecto también abordado en las *observaciones de carácter previo*.

3.5. Por las razones y argumentos expuestos en las *observaciones de carácter general*, el CES constata el **insuficiente tratamiento** dispensado en el borrador de Anteproyecto de Ley a los aspectos relacionados con la **política de personal**, prácticamente ausente. En este sentido, el Consejo reclama, para este aspecto de la planificación estratégica, un **papel central a los Planes de Ordenación de los Recursos Humanos**, teniendo en cuenta su repercusión económica, organizativa y en materia de derechos y deberes profesionales.

En este sentido, y como una de las prioridades fundamentales, se deberían **optimizar al máximo los procesos de captación y aprovechamiento de los recursos humanos de la sanidad pública**, para lo que desde el CES se pide desempeñar, por parte de las autoridades sanitarias, un **papel activo** orientado a la configuración de auténticos **mapas competenciales para la selección y desarrollo profesional del personal**, su **motivación y fidelización**, aspectos todos de enorme interés en un contexto, señalado en el presente Dictamen, de **ajuste económico y déficit de especialistas**.

3.6. Tal y como se ha señalado también en las *observaciones de carácter general*, en opinión del Consejo **no constituye un correcto proceder**, ni desde el punto de vista



En efecto, los **cambios propuestos** oscilan desde meros ajustes técnicos a cambios de relevancia que afectan a normas, las señaladas, con un cierto carácter básico en el ámbito de la Comunidad Autónoma Canaria. Esta ausencia de congruencia técnica y de oportunidad conlleva el riesgo de **sortear o eludir determinados límites** al contenido de las normas y escoger, como por aluvión, la integración de aspectos heterogéneos y dispares, alejando además, las modificaciones de estos otros textos normativos, que no dudamos puedan ser convenientes, de la necesaria **reflexión social**, y añadiendo, además, para usuarios y operadores, confusión e inseguridad jurídica al tener que acudir a muy diversos textos normativos para el ejercicio de sus derechos o el cumplimiento de sus obligaciones.

3.7. Por las razones y argumentos expuestos en las *observaciones* que acompañan al presente dictamen, en opinión del Consejo, la **nueva propuesta de ordenación** de la sanidad en las Islas debe ser aprovechada para una **mejor configuración normativa** de un modelo de **coordinación sociosanitaria**. Hay circunstancias que obligan a dar respuestas **integrales y personalizadas** que difícilmente pueden ser atendidas ni por la estructura tradicional de los servicios de salud ni desde los servicios sociales exclusivamente. Esta propuesta que hace el Consejo, de **optimización de la coordinación sociosanitaria**, tiene como objetivo fundamental mejorar las respuestas del sistema a este marco de necesidades complejas y que afectan, especialmente, a determinados grupos de población.

Abordar esta cuestión **incrementaría la eficiencia del conjunto de los dispositivos sociales y sanitarios**, y facilitaría la construcción de un **espacio sociosanitario** capaz de responder a los nuevos retos que plantea la intervención para la atención de determinadas enfermedades, **superándose así el actual modelo** de áreas funcionales y competencias fragmentadas, en favor de prácticas de responsabilidad y competencias compartidas, **centrado en las necesidades del usuario**. Sólo a título de ejemplo, imaginamos que puede ordenarse, con relevante contenido, este nuevo modelo de **coordinación sociosanitaria** en la prestación de los servicios a los usuarios del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, impulsando los aspectos colaborativos entre los servicios sociales y los sanitarios.

3.8. El Consejo Económico y Social, de manera expresa, sugiere que, a través del nuevo marco legal de ordenación de la sanidad en Canarias, se cree la figura de un *Observatorio de Salud Pública de Canarias*, como órgano independiente, participativo de investigación, de información y análisis sobre la situación de la salud pública de Canarias.

Este **Observatorio de la Salud** daría respuesta a la conveniencia de abordar áreas de análisis e investigación cualitativa en materia de salud pública, generando y elaborando, de esta manera, información relevante en estos ámbitos.

DOCTAVEN 12010



Sin perjuicio de esta síntesis de conclusiones y recomendaciones, el Consejo Económico y Social sugiere se preste **atención al conjunto de observaciones**, tanto de carácter previo como de carácter general y particular, incluidas en el presente dictamen.



Y° B°.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO



SECRETARIO GENERAL
DEL CONSEJO

Fdo. Fernando Redondo Rodríguez

Edo. Carlos J. Valcárcel Rodríguez

1/2010
DICTAVEN