
La organización de los Servicios Sanitarios en las Comunidades Autónomas cuatro años después de concluidas las transferencias

Juana María Reyes Melián
Directora del Servicio Canario de la Salud

Organización actual de los servicios sanitarios en Canarias

La transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Canarias se realizó en abril de 1994, según establece el Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo. La organización de los Servicios Sanitarios se definió con posterioridad, en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias (Ley 11/1994), aprobada por el Parlamento regional el 26 de julio de 1994.

Conforme a esta ley dependen directamente de la Consejería de Sanidad la Secretaría General Técnica, la Dirección General de Atención a las Drogodependencias, el Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia (ICHH), la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSSCAN) y el Servicio Cana-

rio de la Salud (SCS), órgano que concentra la mayoría de las funciones, a través del cual la Comunidad Autónoma Canaria desarrolla las competencias sanitarias.

Con rango de viceconsejería, el SCS es un potente organismo autónomo de carácter administrativo en el que recae la autoridad de promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad, así como gestionar y administrar los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados o adscritos funcionalmente, según establece el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprobó su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

Según recoge este Decreto, la configuración de la estructura básica del servicio y la asignación a cada uno de sus órganos de un esquema funcional representa una garantía del pleno ejercicio de sus competencias, para poder lo-

grar el cumplimiento de sus fines. De este modo, en la organización sanitaria conferida al SCS, los órganos centrales (5 Direcciones Generales y una Secretaría General) asumen los procesos de elaboración de políticas y la asignación de recursos desde una perspectiva general y regional, mientras que en los órganos territoriales (las Áreas de Salud) se descentralizan los procesos de intervención administrativa y de gestión de servicios.

De acuerdo a estos principios y cometidos, el organigrama del SCS está encabezado por la Dirección, que concentra las funciones de planificación (plan de salud), evaluación, acreditación, inspección y conciertos, y un elevado número de atribuciones, entre ellas la jefatura del personal, la ejecución del presupuesto, la autorización de gastos y la intervención administrativa.

Dependen directamente de la Dirección del SCS las siguientes Direcciones Generales: la Dirección General de Programas Asistenciales, la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Recursos Económicos, la Dirección General de Recursos Humanos y la Dirección General de Farmacia, de reciente incorporación, a las que se añade con igual rango una Secretaría General.

Las competencias esenciales de cada uno de estos órganos centrales se resumen en los 6 bloques siguientes:

1. Establecimiento de objetivos y programas, seguimiento y evaluación del rendimiento de los servicios y coordinación de la asistencia sanitaria (Dirección General de Programas Asistenciales).

2. Vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, seguridad alimentaria y sanidad ambiental (Dirección General de Salud Pública).

3. Seguimiento y control de la gestión presupuestaria, tramitación de expedientes de modificaciones presupuestarias, gestión de la Tesorería del Servicio, ordenación de pagos, formulación de propuestas para la contratación de obras, suministros e instalaciones (Dirección General de Recursos Económicos).

4. Elaboración de propuestas y planes para satisfacer las necesidades de personal del Servicio Canario de la Salud; selección, nombramiento y contratación de personal laboral temporal, relaciones con las organizaciones sindicales y profesionales, inspección del personal (Dirección General de Recursos Humanos).

5. Desarrollo de la política farmacéutica en la Comunidad Autónoma, seguimiento y control del gasto farmacéutico, uso racional del medicamento, convocatoria de concursos públicos de traslado y de

adjudicación de autorizaciones de Farmacia (Dirección General de Farmacia).

6. Coordinación administrativa, asistencia técnica, tramitación de normativa, convenios y contratación (Secretaría General).

A continuación, la estructura del SCS se descentraliza en 7 Direcciones de Área de Salud, una por cada isla de la Comunidad Autónoma, órganos territoriales dependientes de forma directa de la Dirección y en cuyo titular (director/a de Área de Salud) recaen las atribuciones de coordinación de los servicios, gestión presupuestaria, ejecución, comprobación y evaluación.

Las Direcciones de Área son las encargadas de materializar en sus respectivos territorios o islas la política sanitaria establecida por la Consejería de Sanidad, así como la ejecución de distintas actuaciones en materia de salud pública.

Como órganos de gestión y administración de los centros prestadores de servicios están las Gerencias de Atención Primaria y de Hospitales en cada una de las islas más pobladas, Tenerife y Gran Canaria, y las Gerencias de Servicios Sanitarios en las 5 islas restantes, de carácter único para la Atención Primaria y Especializada. Se trata de órganos encargados de la supervisión, gestión y control de las actuaciones de las entida-

des de prestación de los servicios sanitarios.

Respecto a estas últimas, las entidades de prestación de servicios se componen de las zonas básicas de salud, para Atención Primaria, y de los hospitales, para Atención Especializada. Las primeras, dotadas en el año 2005 de 105 centros de salud y 151 consultorios locales, integran el primer nivel de la asistencia sanitaria, mientras que las segundas, los hospitales, se reparten sobre el territorio en 4 centros de tercer nivel, de referencia regional para determinadas especialidades, técnicas y procedimientos quirúrgicos, y 5 hospitales generales.

Este organigrama, congruente con la estructura determinada legalmente por la Ley General de Salud y la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y que, según recoge el Decreto de Organización y Funcionamiento del SCS, permite un desarrollo lógico y armónico a niveles inferiores, presenta ciertas disfunciones detectadas por el equipo directivo en el desarrollo de sus atribuciones y competencias.

Crecimiento y consolidación del sistema canario de la salud

Desde el traspaso de las competencias en sanidad a la Comunidad Autóno-

ma de Canarias hasta la actualidad se ha producido una expansión sin precedentes de los servicios sanitarios públicos en las islas, en paralelo con el fuerte crecimiento socioeconómico registrado en el archipiélago.

La consecuencia inmediata de este desarrollo ha sido un aumento poblacional superior al de la media del conjunto del territorio nacional. En este sentido, Canarias pasó de 1.608.100 habitantes en 1994 a 1.915.540 en 2004, un crecimiento del 19,1%. La tasa media de crecimiento de la población, entre 1999 y el 2003, fue del 3,2% frente al 1,6% en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS); lo que supuso un crecimiento acumulado del 13,5% para Canarias y del 6,8% para el conjunto del Estado. Asimismo, este período se ha caracterizado por la consolidación del SCS como órgano encargado de promover y proteger la salud, así como de gestionar y administrar los centros, labor que ha tenido los resultados que se citan a continuación:

1. Atención Primaria: ampliación del número centros de salud y consultorios locales, que suman en conjunto 256 instalaciones sanitarias con las que se ha alcanzado una cobertura del 100% de la población.

2. Atención Especializada: las camas funcionantes en los 9 centros hospitala-

rios aumentaron entre 1994 y 2005 en 177 unidades, hasta situarse en 3.382.

Asimismo, el SCS ha dotado a estos centros de avanzada y moderna tecnología sanitaria, como resonancia magnética, tomografía axial computarizada (TAC), litotritores y aceleradores lineales, al margen de la inversión realizada en equipamiento, inherente a la puesta en marcha de las nuevas infraestructuras.

3. Programas asistenciales: la Comunidad Autónoma de Canarias dispone, en estos momentos, de programas regionales de trasplante hepático, médula ósea, riñón y páncreas, así como de dos unidades de Hemodinámica, dos de Rehabilitación activa para enfermos mentales crónicos, una de Lesionados medulares y 4 destinadas a Cuidados paliativos. A estas prestaciones se unen los hospitales de día infantojuvenil de Tenerife y de Gran Canaria para la atención a la salud mental infantojuvenil.

Un gran avance ha sido la mejora de las prestaciones asistenciales en los hospitales de las islas no capitalinas, con el incremento de la cartera de servicios a través de la creación de nuevas Unidades o con el desplazamiento periódico de facultativos desde los centros de tercer nivel.

4. Sistemas de información: paralelamente a este proceso de crecimiento y

mejora de la Atención Especializada, el SCS lleva a cabo la renovación tecnológica de su sistema de información sanitaria. En el marco de este proceso se incluyen varias actuaciones, como la desarrollada para la integración de la historia clínica de Atención Primaria y Especializada, en fase de extensión en las diferentes áreas de salud; la digitalización de imágenes de Radiología entre Atención Primaria y Especializada, pilotada en el área de salud de La Palma, o la gestión de las consultas externas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, en Tenerife.

Se cuenta con la centralización de la información de la lista de espera quirúrgica de la Comunidad Autónoma, tanto en lo referente a base de datos de registro de pacientes, como a la programación quirúrgica.

Como avances en la gestión se cuenta con el proyecto CANTONERA, que permite la implantación del sistema de contabilidad de costes integral del Sistema Sanitario Público de Canarias. El objetivo del proyecto CANTONERA es, por un lado, el de disponer un sistema de contabilidad de costes en cada uno de los Hospitales, Gerencias de Servicios Sanitarios y Gerencias de Atención Primaria (incluimos el Hospital Universitario de Tenerife) y, por otro, el de lograr

un sistema de agregación de la información, tanto económica (presupuestos, gasto real y aplicado y costes de servicios, actividades y pacientes), como asistencial, generados en los diversos sistemas de información de titularidad del SCS, proporcionando una visión integral de la organización y la posibilidad de análisis a distintos niveles, con la finalidad de evaluar la eficiencia en la utilización de los recursos.

Así mismo, otro de los proyectos ambiciosos dentro de la informatización es la realización de un concurso centralizado para la informatización de la historia clínica en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.

5. Actividad asistencial: el incremento de la actividad asistencial de los centros es otra de las consecuencias del aumento de la población, la ampliación de la cartera de prestaciones sanitarias y la creación de nuevas infraestructuras por el SCS. Así, de los casi 9,6 millones de consultas de Atención Primaria contabilizadas en 1994 se pasó a 14,2 millones en 2004, un 48,7 % más; mientras que en Atención Especializada la actividad en consultas externas aumentó otro 33 %, al pasar de 2 millones de consultas en 1994 a 2,7 millones en 2004. Otro indicador a destacar son los ingresos, que aumentaron un 4,18 %.

6. Ampliación de las plantillas: otra línea de actuación ha sido la ampliación y refuerzo de las plantillas de los centros asistenciales para ajustarlas a los crecimientos de la población, al aumento de la actividad asistencial y a la apertura de nuevos centros.

En Atención Especializada los recursos humanos han registrado un crecimiento del 44 %, al pasar de 10.848 efectivos en 1994 a 15.655 en 2005, de los que 2.396 son médicos, con un crecimiento estos últimos del 41 % en el mismo período. Por lo que respecta a Atención Primaria, el aumento de la plantilla total se ha situado en un 124,8 %, con un aumento del personal facultativo del 131,3 %.

7. Nuevas infraestructuras: este proceso de expansión de los servicios sanitarios ha requerido un importante esfuerzo inversor para dotar de nuevas infraestructuras a todas y cada una de las islas. En Atención Primaria las actuaciones han consistido en la creación, remodelación y ampliación de la red de centros de salud y consultorios locales. En Atención Especializada se han construido tres nuevos hospitales, en Gran Canaria, La Palma y El Hierro; están en proceso de remodelación y ampliación otros 5 en Tenerife, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, que quedarán totalmente re-

novados, y se procede a la construcción del nuevo hospital de La Gomera.

Asimismo, se han creado y están en proceso de ampliación y reforma varios Centros de Atención Especializada (CAE) y está en vías de culminación la red de dispositivos asistenciales del plan de salud mental.

La inversión del SCS en infraestructuras sanitarias entre 1994 y 2005 se sitúa en los 750 millones de euros, de los que más de 600 se destinaron a Atención Especializada, y una partida aproximada a los 100 millones de euros a Atención Primaria. A estas partidas se añaden otros 10,8 millones invertidos en salud mental y los 5 millones de euros más destinados a la puesta en marcha de servicios de atención a las urgencias.

8. Financiación: la financiación de los gastos del SCS ha encontrado dificultades a medida que la población del archipiélago ha aumentado por encima del crecimiento medio nacional. El origen de este desajuste radica en el actual modelo nacional de financiación, al tomar como referencia la población de derecho de 1999 para la distribución de los fondos, lo que ha tenido como resultado un déficit de 60 euros por habitante de financiación sanitaria en Canarias por parte del Estado, con relación a la media del mismo.

En este contexto, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha impulsado varios proyectos de gran trascendencia a medio y largo plazo para el sistema sanitario canario, como el plan estratégico de Atención Primaria o la creación de un grupo de expertos sobre financiación y sostenibilidad del sistema sanitario, cuyas conclusiones han servido para iniciar la senda de la negociación de un pacto por la sanidad.

Estudio de reorganización sanitaria

Con casi 12 años de vigencia, el sistema organizativo resultante de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias presenta una serie de debilidades y fortalezas que se deben reorientar con la introducción de reformas organizativas que corrijan esas debilidades y refuercen esas fortalezas, en aras de optimizar la gestión del servicio autonómico de salud.

La Consejería de Sanidad, en la presente legislatura, ha estimado conveniente corregir esas disfunciones en aras de garantizar un mejor funcionamiento del SCS, de la coordinación clínica y administrativa y de la eficiencia global de la prestación aseguradora.

Para ello se ha formado un grupo de trabajo con los cuadros directivos de la Consejería de Sanidad con apoyo externo, con el objetivo de realizar un proceso de análisis y diagnóstico de la organización sanitaria implantada en la Comunidad Autónoma de Canarias y del mapa organizativo de las Consejerías de Salud de otras Comunidades Autónomas, con dos fases diferenciadas: la primera, en la que se revisó el mapa institucional y organizativo de todas las Consejerías de Salud, y la segunda fase, en la que se analizó la situación legal (teórica) y funcional (práctica) de la organización sanitaria en Canarias, con la finalidad de definir líneas de cambios aconsejables que conduzcan a una reorganización de la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

Los objetivos perseguidos con el estudio de reorganización fueron el diagnóstico de los problemas organizativos y de funcionamiento y la elaboración de propuestas que permitan resolverlos, para lo que se desarrolló una metodología que combinó la aplicación de principios teóricos de economía de la salud y organización, el conocimiento de la realidad canaria y los estudios realizados sobre las experiencias de reformas llevadas a cabo en otras Comunidades Autónomas.

A lo largo del análisis se pusieron de manifiesto disfunciones que afectan al funcionamiento del sistema, debilidades que se citan textualmente a continuación:

1. Carencia de definición precisa de los roles, funciones y competencias de los diferentes departamentos, unidades y cargos.

2. Concentración excesiva de competencias en el SCS respecto a la Consejería de Sanidad en el organigrama.

3. Dificultades para llevar a la práctica los principios organizativos que inspiraron la redacción de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, posiblemente por la propia evolución de los servicios sanitarios a lo largo de estos años.

Las debilidades organizativas apreciadas en el funcionamiento de la Consejería de Sanidad y el Servicio Canario de la Salud, que se resumen en indefinición competencial, excesiva centralización y dificultades entre legislación y funcionamiento, es el resultado de la aplicación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, Ley similar a las promulgadas en otras Comunidades Autónomas para el desarrollo de las competencias en sanidad después de las transferencias, de lo que se deduce que los problemas derivados de su aplicación en las

islas sean comunes a otros territorios nacionales.

Del estudio de las leyes territoriales de otras Comunidades Autónomas resultó la existencia de más similitudes que diferencias, incluso de cierto parecido en el contenido de las reformas.

Un ejemplo de las similitudes encontradas es que establecen diferencias entre dirección política y dirección de gestión, órgano este último que adopta distintas denominaciones y formas jurídicas pero que, en esencia, tiene encomendada la gestión completa de la cobertura sanitaria pública en su demarcación territorial.

Además, en la mayoría de las Comunidades Autónomas el Servicio de Salud se integra en la Consejería correspondiente con carácter de organismo autónomo administrativo, dotado de una estructura mucho más potente.

Otra concomitancia radica en las dificultades encontradas por muchos Servicios Regionales de Salud para resolver las dificultades administrativas que esperaban superar con la adopción de formas jurídicas diversas, a lo que se añade las dificultades derivadas de la concentración de otros ámbitos de responsabilidad y la confusión existente entre las responsabilidades y funciones política y gestora.

Esas similitudes se extienden al terreno de las reformas, coincidentes en el tiempo y en los objetivos perseguidos.

Criterios utilizados para la reestructuración y propuestas de reorganización sanitaria

La realidad del sistema organizativo de la administración sanitaria en Canarias aconseja la introducción de una reforma que mejore y optimice su funcionamiento y que se atenga a estos principios generales:

1. El sistema y su estructura deben centrarse en el paciente, por lo que los cambios a introducir tienen que propiciar la coordinación asistencial, la calidad y los resultados en salud.

2. Debe resolver satisfactoriamente las contradicciones del Sistema, en particular las tensiones entre centralización y autonomía, entre separación e integración; la falta de concreción territorial, con una clara definición entre los servicios centrales y los periféricos, y la separación entre política y gestión, con la profesionalización de esta última.

3. La reforma debe ser factible en términos políticos, porque debe llevarse a la práctica.

Del análisis de la situación canaria, de la experiencia de otras Comunidades

Autónomas, y sobre la base de los criterios generales que se deben observar en la reforma, se plantean las siguientes propuestas de reorganización sanitaria:

– La Consejería de Sanidad debería asumir las funciones de aseguramiento y garantía de los derechos de los ciudadanos: acreditación de centros y servicios (propios y concertados), planificación sanitaria, directrices generales de Recursos Humanos, autoridad sanitaria (en particular las relacionadas con salud pública), así como la distribución de la financiación de la sanidad en el territorio (con la toma de decisiones sobre formas y tarifas a proveedores propios y concertados), evaluación de los servicios y coordinación del cuerpo de inspectores.

– El SCS podría continuar como organismo autónomo adscrito a la Consejería de Sanidad o adoptar otras formas jurídicas, tales como entidad de derecho público, ente autónomo o empresa pública, pero se limitaría a desarrollar las funciones de gestión y provisión de recursos y servicios. Aunque seguiría gozando de autonomía de gestión, tendría que rendir cuentas de forma periódica de los resultados de su actividad.

– El organigrama podría quedar configurado de esta manera: dependerían de la Consejería de Sanidad tres órganos

principales, una Secretaría General única, una Viceconsejería de Ordenación Sanitaria ramificada en 5 Direcciones Generales (Planificación, Régimen Económico, Salud Pública, Farmacia y Recursos Hu-

manos) y el SCS, del que conectarían todas las Gerencias. Las Áreas de Salud dependerían de forma directa en este nuevo organigrama de la Consejería de Sanidad.

