

DICTAMEN 3/2017

Del Consejo Económico y Social de Canarias

sobre el proyecto de

Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias

Dictamen preceptivo, solicitado por el Gobierno
con fecha 12 de enero de 2017 por el
procedimiento ordinario

Aprobado por el Pleno del Consejo en la sesión de
trabajo de fecha 24 de Julio de 2017

DICTAMEN 3/2017

DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE CANARIAS

sobre el proyecto de

PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS

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

Sumario

I. ANTECEDENTES.....	5
II. CONTENIDO DEL PROYECTO DE PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS.	7
1. Estructura y finalidad del texto sobre el que se dictamina	7
2. Contenido del proyecto de Plan	8
III. OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS.....	9
1. Observaciones de carácter previo.	9
1.1. Aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo	9
1.2. Sobre el contenido del proyecto de Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.....	9
2. Observaciones de carácter general.....	10
2.1. El alcance, acceso y contenido a la atención urgente.....	10
2.2. La prestación de la asistencia urgente	10
2.3. La solución propuesta	10
3. Observaciones de carácter particular.....	14
3.1. Respecto al Índice de contenidos del Plan.....	14
3.2. Sobre la Introducción	14
3.3. En referencia al Análisis de situación.....	14
3.4. Respecto a las Estrategias básicas y objetivos	16
3.5. Referido a las Acciones específicas	18
3.6. En cuanto a la Financiación	18
3.7. Sobre el Seguimiento y la Evaluación.....	18
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	20
V. ANEXO.....	23

Dictamen 3/2017 del CES, preceptivo, solicitado por el Gobierno,
sobre el proyecto de
Plan de Urgencias Sanitarias 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 Bienestar Social**, y de conformidad con el procedimiento establecido en el *Reglamento de Organización y Funcionamiento (Decreto 312/1993, de 10 de diciembre)*, el **Pleno del Consejo Económico y Social** aprueba por **unanimidad**, en la sesión de trabajo celebrada el **día 24 de julio de 2017**, con los requisitos que establece el **artículo 10.1.c) de la precitada Ley 1/1992, de 27 de abril**, con la redacción dada por la *Disposición Final Segunda de la Ley 9/2014, de 6 de noviembre, de medidas tributarias, administrativas y sociales de Canarias*, el siguiente,

DICTAMEN

I. ANTECEDENTES

1. El día 12 de enero de 2017 tiene entrada en el Consejo la **solicitud de dictamen, preceptivo previo** firmada por la Presidencia del Gobierno, por el **procedimiento ordinario**, sobre el avance de proyecto del **Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias**, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 4.2.a) y 5 de la Ley citada.

Conforme a lo dispuesto en los artículos 4.2.a) y 5.3 de la *Ley 1/1992, de 27 de abril*, el dictamen habrá de ser emitido en el **plazo de un mes**, contado desde la recepción de la petición de dictamen.

2. En relación a lo dispuesto en el artículo 5.2 de la misma *Ley 1/1992*, citada, con la solicitud de dictamen se acompaña la siguiente **documentación**:
 - *Avance del proyecto de Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.*
 - *Memoria relativa al Plan de Urgencias Sanitarias.*
 - *Ficha financiera del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias.*
 - *Escrito de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad.*
 - *Informe de la Dirección General de Recursos Económicos.*
 - *Informe de la Dirección General de Planificación y Presupuesto.*
 - *Solicitud de informe a la Intervención General.*
 - *Informe de la Intervención General sobre la idoneidad de los indicadores.*
 - *Observaciones de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad.*
 - *Informe de impacto ambiental.*
 - *Solicitud de informe al Comité de Planificación y Programación.*
3. Conforme a las previsiones que se establecen en el artículo 28.4 del *Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Económico y Social*, se acuerda remitir la solicitud del dictamen previo y sus antecedentes a la **Comisión Permanente de Trabajo de Política de Bienestar Social**, para la preparación del Proyecto de Dictamen y su posterior valoración y emisión del Dictamen, en su caso, por el Pleno del Consejo.

4. La Comisión competente celebró sesiones de trabajo los días 18 y 26 de abril, 12 de mayo y 20 de julio de 2017. Finalmente, en la última de las sesiones señaladas, la Comisión Permanente, dándose las exigencias legales y reglamentarias, **aprueba por unanimidad el Proyecto de Dictamen preceptivo** para la posterior valoración y emisión del Dictamen, en su caso, por el Pleno del Consejo.
5. Finalmente el Pleno del CES, en la sesión de trabajo celebrada el día 24 de julio de 2017, aprueba por unanimidad el Dictamen preceptivo, para su remisión a la Presidencia del Gobierno.

II. CONTENIDO DEL PROYECTO DE PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS

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

Según indica la propia Memoria Justificativa del proyecto de *Plan de Urgencia Sanitarias de Canarias*, la atención sanitaria urgente es una parte vital de cualquier sistema de salud y uno de los elementos que caracterizan y definen los servicios sanitarios de una comunidad, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. Debido a dicha importancia social y sanitaria, se pretende desarrollar en esta legislatura el *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias*, que recoge las estrategias e iniciativas relacionadas con las urgencias y emergencias, con el objetivo de responder a las necesidades y expectativas ciudadanas, así como las de los profesionales del sistema.

En definitiva, según la Memoria Justificativa, el Plan debe garantizar que la prestación de ayuda sanitaria urgente sea accesible, coordinada, segura, eficiente y de calidad, y que por lo tanto, dé respuesta a las expectativas de la ciudadanía. Así, el *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN)* surge para dar respuesta integral, rápida, eficiente y continua a la demanda de atención urgente en la Comunidad Autónoma de Canarias, en cumplimiento de la *Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias* que, en su artículo 32, recoge que la Comunidad contará con un Plan Regional de Urgencias, así como de las aportaciones realizadas en el *Plan de Salud de Canarias* (Área de Impacto 4: orientar el Servicio Canario de la Salud hacia la mejora de la actividad asistencial, y Área de Impacto 5: potenciar una atención primaria más resolutive, integral, participativa y de calidad).

Para ello, termina la Memoria Justificativa, es necesario invertir en la potenciación de unos servicios de urgencias de calidad, eficientes y adecuados a los cambios demográficos y de esperanza de vida que se están produciendo en la población. En consecuencia, hay que poner en marcha un nuevo marco organizativo de urgencias, donde se recoja la correcta gestión de personal, la formación integral y continuada del mismo, la planificación a futuro de las infraestructuras, la adecuación de los recursos materiales, así como la puesta en marcha de programas en aras de conseguir la mejora continua.

En cuanto a la estructura y objetivos del PLUSCAN, indica la Memoria Justificativa, una vez definidas las bases del desarrollo del Plan, se ha establecido las estrategias básicas sobre las que se asientan todas las medidas y acciones que influyen en la atención de urgencias y que impactan sobre los ciudadanos, en la organización y en los profesionales.

Estas estrategias básicas, con sus correspondientes líneas y objetivos, son cuatro:

- 1.- Las personas en el centro del sistema.
- 2.- Los profesionales como principales actores del sistema de urgencias.
- 3.- La reordenación del marco organizativo y funcional del sistema de urgencias.
- 4.- El fortalecimiento de los sistemas de información de urgencias.

Todas las líneas se materializan a través del despliegue en seis grandes áreas de actuación con 63 acciones a desarrollar. Las áreas de actuación son:

1. Modelo de Organización.
2. Mejora de Procedimientos Organizativos.
3. Plan de Recursos Humanos.
4. Población.
5. Sistemas de Información.
6. Infraestructuras.

Se ha definido, asimismo, los indicadores que permitirán la medición y monitorización de la consecución de los objetivos de la estrategia.

2. Contenido del Plan

De forma esquemática, la estructura del proyecto de *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias* es la que se señala a continuación:

- I.- Introducción.
- II.- Análisis de situación.
 - 2.1. Desarrollo histórico.
 - 2.2. Ámbito físico y demográfico.
 - 2.3. Recursos.
 - 2.4. Informe de la atención urgente en la Comunidad Autónoma.
 - 2.4.1. Informe global de la Comunidad Autónoma.
 - 2.4.2. Informe asistencial por Áreas de Salud y Hospitales.
 - 2.5. Análisis DAFO.
 - 2.6. Punto de vista de los usuarios.
 - 2.7. Problemática de las urgencias hospitalarias. Estudio comparativo.
 - 2.7. Conclusiones.
- III.- Estrategias básicas y objetivos.
- IV.- Propuestas de Mejora del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias. Planes de Acción
 - 1. Modelo de organización.
 - 2. Mejora de procedimientos organizativos.
 - 3. Plan de recursos humanos.
 - 4. Población.
 - 5. Sistemas de información.
 - 6. Infraestructuras y equipamiento.
 - 7. Acciones a desarrollar.
- V.- Implantación y desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de pacientes.
- VI.- Docencia, investigación e innovación.
 - 7.1. Docencia.
 - 7.1.1. Informe de situación.
 - 7.1.2. Propuestas.
 - 7.2. Investigación.
 - 7.3. Innovación.
- VII.- Marco jurídico de referencia.
- VIII.- Bibliografía.
- IX.- Ficha financiera.
- X.- Cronograma y alineación estratégica.
- XI.- Anexos.
 - Anexo 1. Descripción de Indicadores. Cuadro de Mando.
 - Anexo 2. Plan de Contingencia.
 - Anexo 3. Normativa de creación de Servicios de Urgencias Hospitalarios.
 - Anexo 4. Plan Funcional de los Servicios de Urgencias.
 - Anexo 5. Población con T.S.I. por Zona Básica de Salud, Centros de Salud y Consultorios.
 - Anexo 6. Atención a Colectivos Vulnerables.
 - Anexo 7. Helisuperficies.
 - Anexo 8. Glosario.

III. OBSERVACIONES AL PROYECTO DE PLAN DE URGENCIAS SANITARIAS DE CANARIAS

1. Observaciones de carácter previo

1.1. Aspectos formales de la solicitud de dictamen preceptivo previo

La solicitud de dictamen al Consejo Económico y Social se hace con fundamento en lo dispuesto en el artículo 4.2.a) y 5.1 de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, del Consejo Económico y Social*. Se produce con acompañamiento del expediente tramitado, al efecto, por la Consejería de Sanidad, sobre el borrador del *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias*.

El *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN)* se presenta con la documentación citada en el antecedente 1.2, que no cumple los requisitos mínimos que se encuentran recogidos en el *Acuerdo de Gobierno de 12 de enero de 2001*, relativo a la elaboración de los Planes y Programas Sectoriales, si bien se acompaña de **Memoria descriptiva** que suple en parte la información requerida en el citado Acuerdo de Gobierno.

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

En relación a esta omisión, es reiterada la posición del Consejo que señala que la utilización, en el trámite de solicitud de dictamen, de la vía incluida en el artículo 5.1 de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del Consejo Económico y Social*, en la redacción dada por el artículo 13 de la *Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias*, que excusa de la previa toma en consideración por el Gobierno de las iniciativas sobre las que se dictamina, cuando así lo haya interesado cualquiera de sus miembros, aleja los pronunciamientos del Consejo del momento en que aquél expresa su “voluntad política” respecto de las mismas, sobre todo si tenemos en cuenta la omisión, también, de entre los antecedentes que acompañan a la petición de dictamen, de otra información y documentación complementaria.

Considera el CES que la atención debida al cumplimiento de los requisitos formales y materiales que, desde el punto de vista procedimental, han de seguirse para su participación en los procesos de definición de planes y programas de actuación públicos, constituyen garantías de la propia eficacia de la actividad consultiva del Consejo y, en particular, en lo que concierne a la participación de los agentes económicos y sociales con presencia en el CES a la hora emitir informe previo, tal y como dispone el artículo 4.2a), de la *Ley 1/1992, de 27 de abril, de creación del Consejo*.

1.2. Sobre el contenido del proyecto de Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias

El Proyecto de Plan que se informa pretende dar respuesta a una de las áreas sanitarias que más problemas concentran, gestionando de forma integrada todos los niveles y recursos asistenciales existentes.

El PLUSCAN establece cuatro estrategias básicas, concretadas en seis grandes áreas de actuación con un total de 63 acciones y 47 acciones en mejoras de procesos organizativos. Concreta un cronograma temporal para el periodo 2016-2021 y un gasto comprometido total de 13.632.894 euros.

2. Observaciones de carácter general

2.1. El alcance, acceso y contenido a la atención urgente

La *Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias*, en su artículo 32, contempla lo siguiente:

“La atención sanitaria a la demanda urgente es prestada, como una actividad más de la asistencia sanitaria, por la Red de Asistencia Urgente, integrada por los centros y servicios sanitarios acreditados por el Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con los determinaciones del Plan Canario de urgencia.

Con el objeto de asegurar la continuidad de la asistencia en el tiempo y entre los diferentes niveles asistenciales, así como garantizar las evacuaciones entre las diferentes áreas de salud, la red contará con un Plan Canario Regional de urgencias con su diseño y estructura correspondiente.”

Es decir, remite a un Plan de Urgencias la prestación de la actividad, su continuidad entre los diferentes niveles, así como las evacuaciones de pacientes entre diferentes Áreas de Salud.

El contenido, el acceso y el alcance de la prestación de urgencia lo define el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Del mismo es importante determinar:

El alcance de la atención urgente:

“La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales”.

El acceso a la atención urgente:

El procedimiento y el modelo organizativo para la atención de urgencia serán establecidos por las Administraciones Sanitarias competentes, de manera que el acceso a la prestación se realice en el tiempo y lugar adecuados para facilitar una atención adaptada a las necesidades de cada paciente. La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente.

La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través del teléfono 112 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención.

Asimismo se potenciará la coordinación de los servicios sanitarios en los planes de catástrofes y la colaboración con los servicios de urgencias y emergencias dependientes de distintas administraciones e instituciones, como Protección Civil, Cuerpos de Prevención y Extinción de Incendios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado u otras, en las situaciones que se precise.

El contenido de la atención urgente:

La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria; la información y la orientación o consejo sanitario.

La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia.

La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.

La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.

El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente.

Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.

La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

Ambas normas (Ley y Real Decreto) definen el alcance y contenido de lo que es la atención urgente en el actual marco del Sistema Nacional de Salud.

2.2. La prestación de la asistencia urgente

En la actualidad el conjunto de la asistencia urgente se presta a través de los dos niveles de prestación (Atención Primaria y Atención Especializada), junto a la actuación del Servicio de Urgencias Canario (SUC).

Durante el año 2015 se realizó un total de 2.268.182 atenciones de urgencias, de ellas Atención Primaria realizó el 57,60%, Atención Especializada el 29,85% y el SUC el 12,55%.

Por lo general, los Servicios de Urgencias de Atención Primaria tienen una limitación de carácter técnico, que es el no contar con medios de diagnóstico de imagen y de laboratorio clínico, tampoco están dotados de camas de observación.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios, normalmente, tienen segregada la atención urgente (pediatría, ginecología y general), que en algunos casos dicha segregación es física y sí cuentan con medios de imagen y análisis clínicos.

Donde constan problemas y disfunciones de forma destacada es en las Urgencias Hospitalarias, detectados por los Defensores del Pueblo y puestos de manifiesto el año 2015. En los últimos periodos se suele producir colmataciones de los recursos disponibles, básicamente provocadas por la imposibilidad de egresar atenciones de urgencias, que tendrían que ir destinadas a la ocupación de una cama en centro concertado, o a la ocupación de recurso sociosanitario, o bien a ocupar una cama funcionante del propio hospital. La solución propuesta por el Plan no parece priorizar la anterior cuestión, como puede comprobarse en la fecha en que se acometerán las acciones en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC).

El PLUSCAN aporta cifras globales, que agrega la actividad de urgencias de los centros hospitalarios, así como el tiempo medio de permanencia en el Servicio de Urgencias en función del destino del alta de urgencias. Si se calcula la permanencia media de un paciente en un servicio de urgencias de hospitales de tercer nivel, con los datos del año 2015, tenemos:

1. La permanencia media del total de atenciones de urgencia en los cuatro hospitales, de las islas más pobladas, es de 8,59 horas, agrupa un total de 3.467.647 horas/año y responde de 403.674 atenciones de urgencia.
2. Si la permanencia es calculada con las atenciones que no causaron demanda de recurso-cama, la permanencia media baja a 5,96 horas, siendo el conjunto de horas de 2.033.958, y el conjunto de atenciones se cifra en 341.063.
3. La permanencia media de los pacientes que ingresaron en recurso-cama del centro hospitalario es de 19,21 horas. La permanencia media de los pacientes que esperaron por un recurso en otro centro sanitario fue de 51,04 horas.
4. Los datos del año 2015 arrojan lo siguiente:
 - a. El 16% de las asistencias de urgencias, que estaban pendiente de ingreso, en el conjunto de los cuatro grandes hospitales, ocuparon el 41,4% del tiempo total de permanencia.
 - b. El 84% de las atenciones en urgencias, que fueron alta a domicilio, ocuparon el 58,6% del tiempo.

La conclusión que presenta el Plan en relación al nivel de Atención Primaria es:

1. Amplia accesibilidad horaria y geográfica.
2. Variedad en la organización de la atención urgente.

Respecto a la Atención Especializada, el Plan concluye que refleja aspectos contradictorios, como son: tener la más baja frecuentación de todo el país en cuanto a hospitales públicos, y al mismo tiempo una sobresaturación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, que atribuye a tres factores:

1. Elevado número de pacientes que acuden al Servicio de Urgencia Hospitalario.
2. Factores organizativos o estructurales del propio Servicio de Urgencias.
3. Factores atribuibles al propio Hospital.

Los informes elaborados por diferentes organismos y en diversos momentos del tiempo, la información publicada en los medios de comunicación y las manifestaciones de colectivos de pacientes y profesionales, sitúan el problema de las urgencias en los servicios de urgencias hospitalarios, donde se produce un incremento de la permanencia de pacientes por falta de drenaje y una saturación de la capacidad de atención en determinados momentos.

Con carácter general, la solución propuesta por el PLUSCAN no está priorizada en relación a las disfunciones que provoca el actual funcionamiento de los servicios de urgencias; no es lógico que la implantación temporal de las acciones sea las reflejadas en la fichas financieras, ya que éstas tienen prevista el acometimiento de acciones, para paliar los problemas citados en el párrafo anterior, en la última anualidad del mismo.

2.3. La solución propuesta

El PLUSCAN fija las siguientes áreas de actuación:

1. Modelo organizativo.
2. Mejora de procesos organizativos.
3. Plan de recursos humanos.
4. Población.
5. Sistemas de información.
6. Infraestructuras.

Dentro de cada área se incluye diferentes acciones que se agrupan en las categorías anteriores.

No se estima los costes de las diferentes opciones, en su totalidad, no se precisa los periodos temporales de estimación de costes, no se concreta los recursos necesarios por acción, ni se tiene en cuenta el efecto de consolidación presupuestaria del coste en años futuros.

No es fácil, con el PLUSCAN en la mano, saber qué acciones propone el Plan en cada momento, tampoco existe coherencia total entre las acciones propuestas y la ficha financiera de las mismas.

3. Observaciones de carácter particular

3.1. Respecto al Índice de contenidos del Plan

El índice del documento remitido para dictamen del CES tiene errores en su numeración y en la concordancia con el desarrollo del documento a partir del capítulo IV (Propuestas de Mejora del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias).

3.2. Sobre la Introducción

La introducción del documento dice que el PLUSCAN nace para dar respuesta integral, rápida, eficiente y continua a la demanda de atención urgente en la Comunidad Autónoma de Canarias. De forma sucinta la introducción hace una vaga referencia al problema de las urgencias en los hospitales de las islas capitalinas, sin reflejar en absoluto la primordial importancia que tiene ello en la solución del problema.

Además, se observa diferencias entre los valores poblacionales reflejados en la introducción y los recogidos en la tabla 10 (Pág. 24).

3.3. En referencia al Análisis de situación

Respecto a la **población**, el Plan es muy extenso y poco concreto, no se ha sistematizado su contenido y prácticamente no tiene conclusiones, con lo cual hace complejo el análisis y poco útil para la toma de decisiones.

El estudio poblacional que aporta el Plan clarifica que Canarias tiene un crecimiento negativo poblacional para el periodo 2011-2015 (-1,24%), con crecimiento marcado en el área de Fuerteventura y un decrecimiento absoluto marcado en el área de Tenerife. Por otro lado, tal estudio debería completarse y considerar la presión que ejerce sobre los servicios urgentes la población visitante, especialmente en las zonas turísticas.

En la tabla siguiente se analiza la comparación de los datos poblacionales a nivel autonómico (2.100.306) con los recogidos por Tarjeta Sanitaria (1.957.769):

Áreas	Población 2015	Tarjetas Sanitarias (Dic- 2015)	Dif. Absoluta	Dif. Relativa
Gran Canaria	847.830	794.840	52.990	6,67%
Lanzarote	143.209	134.263	8.946	6,66%
Fuerteventura	107.367	96.601	10.766	11,14%
Tenerife	888.184	833.384	54.800	6,58%
El Hierro	10.587	8.912	1.675	18,79%
La Palma	82.346	73.461	8.885	12,09%
La Gomera	20.783	16.308	4.475	27,44%
Canarias	2.100.306	1.957.769	142.537	7,28%

Las proyecciones poblacionales de la tabla 2 incluida en el Plan no son acertadas, tiene diferencias superiores al 15% al compararlas con la población de 2015.

En cuanto a los **recursos**, en este apartado el PLUSCAN no detalla los recursos por área de salud y los datos globales recogidos en la tabla 5 del documento del Plan no son iguales a los que constan en el Sitio Web del Servicio Canario de la Salud.

La tabla 9 no refleja los recursos humanos destinados a la atención urgente de ginecología, al menos en el área de Gran Canaria.

La tabla 11 representa la evolución de la demanda de actividad urgente en Atención Primaria y, para poblaciones comparables, marca una fuerte diferencia entre Tenerife y Gran Canaria, que probablemente esté afectada por la variación habida en Gran Canaria entre el año 2014 y 2015. El dato relativo al año 2015 y al área de Gran Canaria no es el consignado en la tabla y gráfico: su valor es 703 urgencias atendidas por 1.000 habitantes.

Para un nivel similar de recursos del SUC ubicados en las islas capitalinas, se observa un uso diferente: Gran Canaria ha hecho uso de los recursos un 30% más que Tenerife, en especial en transporte de ambulancia de soporte vital básico (ASVB).

Por lo general, si se observa la evolución anual de la asistencia urgente desde el año 2012, se puede afirmar que la asistencia prestada en Atención Primaria disminuye; no ocurre lo mismo con la prestada en hospitales, cuestión que también es observable cuando los cálculos se hacen con base poblacional (tabla 22).

La frecuentación de los servicios de urgencia hospitalarios supone el 30% del conjunto de atención urgente que presta en Canarias en un año. A nivel nacional el total de usuarios que accedieron a un servicio de urgencia hospitalario por decisión propia fue del 75%, mientras en Canarias fue del 62%.

El PLUSCAN en la página 41 contiene una frase que es oportuno destacar, porque representa el problema de los hospitales de Gran Canaria y Tenerife, en cuanto a sus servicios de urgencia: *"El retraso en el drenaje de los pacientes con solución de ingreso hospitalario es uno de los condicionantes de las situaciones de sobreocupación"*.

La información que aportan las tablas 44, 55, 70, 72 y 81 relativas a la permanencia de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario, referido exclusivamente a los Hospitales de Tenerife y Gran Canaria durante 2015 y en función del alta, es la siguiente:

Alta	Total altas	Tiempo de permanencia (horas)	Tiempo medio de permanencia (horas)
Ingreso propio centro	55.364	1.063.801,89	19,21
Alta sin ingreso	341.063	2.033.957,69	5,96
Traslado a otro centro	7.247	369.887,09	51,04
Total	403.674	3.467.647	8,59

Se observa que el tiempo medio de permanencia de un paciente en el servicio de urgencias es de 8,59 horas, pero es necesario destacar que para aquellos pacientes que están pendientes de ingreso en el mismo hospital su espera media es de 19,21 horas y aquellos otros pacientes, que se encuentran pendiente de cama en un centro concertado y/o social, su espera media es de 51,04 horas.

El 15,51% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencia hospitalario y que para su alta de urgencias están pendientes de cama en el propio centro u otro, consumen el 41,34% del tiempo.

Respecto al **Análisis DAFO** y el **punto de vista de los usuarios**, el PLUSCAN presenta dos matrices DAFO, una para cada nivel asistencial, que fueron realizadas por profesionales del Servicio Canario de la Salud, solo hubo participación interna.

Para conocer el punto de vista de los usuarios se recurrió a las reclamaciones en el ámbito sanitario, que no parece la fuente más adecuada, ni la única, para conocer la

opinión de los usuarios. En opinión del Consejo, debería potenciarse la participación de los usuarios en la elaboración y evaluación del PLUSCAN, así como implementar instrumentos de medición de la satisfacción de los mismos respecto de los servicios de atención urgente.

3.4. Respecto a las Estrategias básicas y objetivos

El PLUSCAN dedica tres páginas al establecimiento de Estrategias y Objetivos; se trata de un listado que establece cuatro estrategias con sus líneas y con unos objetivos que no se encuentran ni valorados, ni dimensionados. A su vez, estas líneas se materializan, según el Plan, en seis áreas de actuación con 63 acciones.

1. Modelo de organización:

El Plan propone un modelo transversal que aglutine los dispositivos del SUC y los de los niveles asistenciales en el marco de la Red de Asistencia Urgente, definiendo el ámbito de las urgencias extrahospitalarias con los puntos de atención urgente (PAU) que dependen orgánicamente de las Gerencias de Atención Primaria, con dotaciones de rayos-X (RX), análisis clínicos y apertura la 24 horas.

Asimismo, se propone que el SUC dependa funcionalmente del Jefe de Servicio de Atención Urgente y orgánicamente de Gestión de Servicios para la Salud y Seguridad en Canarias (GSC).

Respecto a la atención especializada, el Plan propone la creación de los Centros Especializados de Atención a la Urgencia (CEAU), que dependen de las Gerencias de los Hospitales, que son dispositivos con infraestructura suficiente que permite atender y observar el curso evolutivo de un episodio clínico. Atenderán las 24 horas y las urgencias que requieran hospitalización se remitirán al hospital de referencia.

También en este nivel se encuentran los servicios de urgencia de los hospitales.

En este área el PLUSCAN propone la creación de una estructura jerárquica funcional con autoridad sobre la organización de la atención urgente. La jefatura de servicio de la atención urgente dependería de la Dirección del Servicio Canario de la Salud.

Al respecto, el CES no entiende la necesidad de tal estructura jerárquica ya que, hoy por hoy, tal competencia reside en la Dirección General de Programas Asistenciales, que la articula a través de las jefaturas de servicio de atención especializada y de atención primaria; por otro lado, los servicios de urgencia tienen una dependencia directa de los gerentes de las instituciones. La introducción de tal figura, probablemente, genere más disfunciones que ventajas. La introducción de la figura anterior obliga a la modificación del *Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud*. No obstante, el Consejo considera necesaria la función de coordinación del Plan, para todo lo relacionado con su gestión, implementación, seguimiento y evaluación.

2. Mejora de procedimientos organizativos

El Plan propone líneas de mejora en los procedimientos organizativos en todos los ámbitos de la asistencia urgente y los modulan en tres plazos: corto plazo (0 - 1 año), medio plazo (1 - 3 años) y largo plazo (>3 años).

Especial relevancia tienen las mejoras que propone el PLUSCAN para el tratamiento de las salidas de un servicio de urgencia hospitalario, si bien algunas medidas propuestas, y a la luz de diversos estudios de gestión sanitaria sobre la materia, pueden ser contraproducentes. Como ejemplo se puede citar las consultas de alta resolución de referencia para urgencias, que establezcan el compromiso de cita al paciente en un tiempo máximo de 48 horas desde la derivación de urgencias, con lo que se puede estar generando una vía de entrada al sistema, que querrá ser usada por aquellos pacientes que se encuentran pendientes de una primera consulta externa. A este respecto, opina el Consejo que la figura de coordinación del PLUSCAN puede desarrollar acciones correctoras de estas anomalías.

3. Plan de Recursos Humanos

Se propone adecuar las plantillas de los SUH a diferentes modelos teóricos, y en el caso de los PAU ajustarlos a la demanda asistencial. También se busca la estabilización del personal.

4. Población

En este área lo que se propone en el Plan es el desarrollo de campañas informativas y evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios, implantación de desfibrilación semiautomática (DESA) en lugares públicos y formación en resucitación cardiopulmonar (RCP). Además, el CES urge la realización de un programa de sensibilización y educación de la población respecto al uso de los recursos sanitarios.

5. Sistemas de información

Básicamente las medidas propuestas tienen que ver con la implantación definitiva de la historia clínica en urgencias, así como los sistemas de triage (ordenación y clasificación de usuarios). Específicamente, para el SUC, sugiere el Consejo la realización de un sistema de información sobre la disponibilidad de la totalidad de los recursos existentes, facilitándole la prestación del servicio.

6. Infraestructura

Refiere a las dotaciones de carácter general que tienen que tener los centros sanitarios en función del tipo del mismo.

3.5. Referido a las Acciones específicas

A partir de todo ello el PLUSCAN desarrolla unas acciones específicas que, básicamente, tienen que ver con los costes de capítulo I, y la adquisición de infraestructura y equipamiento. Tal valoración se realiza en el anexo *Ficha Financiera del Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias*, sobre el que debe de significarse lo siguiente:

- Las fichas financieras nada más incorporan coste en parte de las medidas del PLUSCAN; existen medidas que se tienen que desarrollar y para las que no se incorpora el coste.
- No se detallan por línea los recursos necesarios, con lo que se convierte en dogma de fe el valor consignado.
- El coste incorporado parece no atender a toda la anualidad de gasto, caso que se da en el año de inicio, por ello debe de reflejarse el gasto del periodo de la medida y su

anualidad, para así poder conocer el efecto de gasto consolidado sobre el ejercicio siguiente.

- Las fichas financieras no están consignando los gastos corrientes por implantación de la medida, tampoco incorporan los costes que suponen las dotaciones que precisa GSC para atender al gasto propuesto.
- La ficha relativa al año 2019 no ha sumado en los subtotales y totales la cantidad relativa a "ampliación horario PAU Santa Cruz de La Palma". Por ello el coste global de las acciones que se han presupuestado en el PLUSCAN asciende a 31.236.410 €.
- Las fichas financieras no tienen homogenizada la terminología con las acciones descritas en el Plan.
- Existen bastantes propuestas de actuación que no han sido valoradas y pueden tener costes importantes, como ejemplo se pueden citar las medidas de drenaje de las urgencias que precisan ingreso y no es posible el uso de las camas del centro por el nivel de ocupación o por la características del episodio clínico o de índole sociosanitario.

3.6. En cuanto a la Financiación

En opinión del CES la financiación representa el aspecto más débil del Plan. La Dirección General de Recursos Económicos en informe de fecha 27/07/2016 dice lo siguiente: *"Teniendo en cuenta los recursos económicos para llevar a cabo el PLUSCAN y el Escenario Presupuestario 2017-2019 esta Dirección General considera, en relación a los recursos necesarios para este ejercicio 2016, que deberán llevarse a cabo por parte de las Instituciones Sanitarias afectadas de las actuaciones de gestión precisas a los efectos de que con el presupuesto disponible en este año se pueda hacer frente a los mismos. Siendo la cantidad económica del capítulo de obras e inversiones asumible con la dotación global de crédito inicial de este año, tramitándose en su caso las modificaciones presupuestarias ... y por lo que respecta a las que están supeditadas a los ejercicios 2017-2019 deberán adecuarse a las dotaciones iniciales"*.

De ello se desprende que el propio Servicio Canario de la Salud pone de manifiesto la falta de financiación existente, para la puesta en marcha del PLUSCAN.

La Dirección General de Planificación y Presupuestos, en informe de fecha 31/08/2016, resalta la situación descrita por el Servicio Canario de la Salud, reflejada en el párrafo anterior insistiendo en los problemas de ajuste presupuestario que tiene el Servicio Canario de la Salud.

Para poder conocer la distribución del gasto previsto el Consejo ha elaborado la tabla que se anexa al final de este dictamen, que permite conocer la distribución temporal y territorial de las acciones presupuestadas en el Plan. Se debe de destacar que conforme al análisis de situación que realiza el Plan no parece que exista una diferencia destacable entre las áreas de salud a la hora de la prestación de las atenciones urgentes. Las diferencias en cuanto al volumen de gasto por área de salud es importante y éstas se incrementan más cuando las cifras de gasto se relativizan con los datos poblacionales.

La siguiente tabla resume la territorialidad del gasto propuesta por el PLUSCAN según islas y capítulos para el periodo 2016-2021, conforme a la información ampliada que contiene la tabla anexada al final.

ÁREA DE SALUD	CAPÍTULO I	CAPÍTULO II	CAPÍTULO VI	OTROS	TOTAL	%
Lanzarote	88.676,46	0,00	0,00	370.000,00	458.676,46	1,47
Fuerteventura	883.447,56	0,00	0,00	0,00	883.447,56	2,83
Gran Canaria	2.714.379,78	600.000,00	2.230.000,00	40.000,00	5.584.379,78	17,88
LAS PALMAS	3.686.503,80	600.000,00	2.230.000,00	410.000,00	6.926.503,80	22,18
Tenerife	5.497.900,15	1.380.000,00	13.125.850,00	40.000,00	20.043.750,15	64,17
La Palma	668.469,18	36.000,00	490.000,00	370.000,00	1.564.469,18	5,01
La Gomera	264.151,31	15.000,00	200.000,00	18.000,00	497.151,31	1,59
El Hierro	197.644,10	0,00	0,00	18.000,00	215.644,10	0,69
S/C TENERIFE	6.628.164,74	1.431.000,00	13.815.850,00	446.000,00	22.321.014,74	71,46
SIN DETERMINAR	14.891,70	474.000,00	1.500.000,00	0,00	1.988.891,70	6,37
TOTAL	10.329.560,24	2.505.000,00	17.545.850,00	856.000,00	31.236.410,24	100,00

3.7. Sobre el Seguimiento y la evaluación

Los Planes tienen que tener mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan conocer el alcance de los objetivos que se proponen. En el caso que nos ocupa el documento remitido no consta mecanismo de seguimiento alguno.

Los objetivos del Plan no tienen valoración alguna, los indicadores propuestos para el cuadro de mando son indicadores de actividad, no son indicadores de proceso para poder conocer cómo se desarrolla el Plan en el tiempo.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El CES valora positivamente la iniciativa de elaboración de un *Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias (PLUSCAN)* para mejorar el servicio de atención urgente sanitaria, dándose varios intentos de planificación fallidos del mismo. El Consejo considera que debe abordarse sin dilación la puesta en marcha de este Plan, reformando la actual planificación de las urgencias tanto en Atención Hospitalaria como en Atención Primaria.
2. El Consejo reconoce que se trata de un documento complejo, que cuenta con dificultades a la hora de disponer de datos contrastables y fiables para el análisis del servicio. El CES destaca del mismo el esfuerzo exhaustivo en el análisis de situación que acomete (que ocupa el 60% del paginado del Plan), con ciertas debilidades e imprecisiones argumentales en algunos aspectos abordados (insuficiencia de medios materiales y humanos, débil formación del personal, etc.). El Consejo recomienda mejorar el Plan en metodología de planificación estratégica: como muestra de este déficit, las descripciones de los Objetivos en la página 185 (3.2.1 y 3.2.2) no coinciden con las descripciones realizadas en la página 129 del documento que se dictamina.
3. Para el CES no es fácil, con el PLUSCAN en la mano, saber qué acciones propone el Plan en cada momento; tampoco existe coherencia total entre las acciones propuestas y la ficha financiera de las mismas. Asimismo, no se estima los costes de las diferentes opciones, en su totalidad, no se precisa los periodos temporales de estimación de costes, no se concreta los recursos necesarios por acción, ni se tiene en cuenta el efecto de consolidación presupuestaria del coste en años futuros.
4. Con carácter general, el Consejo sugiere la revisión del Plan en cuanto a la temporalización de las acciones que propone, dado el desajuste con el calendario previsto, y respecto a la posibilidad de modificar las prioridades de las acciones que recoge.
5. En opinión del CES la financiación representa el aspecto más débil del Plan. Las fichas financieras presentan ciertas deficiencias que debieran ser corregidas, entre otras: medidas que no incorporan el coste, coste incorporado que no atiende a toda la anualidad de gasto, ausencia de detalle de los recursos necesarios en cada línea de actuación, falta de consignación de los gastos corrientes por implantación de cada medida, no incorporación de los costes que suponen las dotaciones que precisa GSC, no homogenización de la terminología en correspondencia con las acciones descritas, y propuestas de actuación que no han sido valoradas.
6. El Servicio Canario de la Salud (SCS), al igual que el resto de servicios autonómicos de salud, se encuentra en situación de infrafinanciación; es decir, el volumen de gasto es superior al volumen financiero y ello origina anotaciones en cuentas del grupo 4. Cuestión que pone de manifiesto la Dirección General de Presupuestos en escrito de fecha 31/08/2016. Por tanto, el PLUSCAN se encuentra en situación de incertidumbre, tanto en sus aspectos de estimación de costes del Plan, como en la financiación del mismo, si la dotación presupuestaria para la ejecución de las acciones del SCS es deficitaria para el sostenimiento del mismo. La puesta en marcha del PLUSCAN incrementará el déficit presupuestario del SCS, al no contar con la financiación que se requiere. En opinión del Consejo, la falta de ajuste financiero afecta a la sostenibilidad del servicio de atención urgente.

7. De la lectura del análisis de situación del PLUSCAN no se desprende que existan diferencias significativas entre las diferentes áreas de salud; si las cifras de atenciones de urgencia las relativizamos en función de la población no se observa diferencias significativas. Tampoco se detecta diferencias básicas en cuanto al número de dispositivos para atención a la urgencia. Por ello, sorprende la diferencia significativa que arroja la territorialidad del volumen de gasto por área de salud. Entiende el Consejo que las diferencias evidenciadas deben de ser revisadas y explicadas suficientemente.
8. Constata el CES que, por lo general, los Servicios de Urgencias de Atención Primaria tienen una limitación de carácter técnico, que es el no contar con medios de diagnóstico de imagen y de laboratorio clínico, tampoco están dotados de camas de observación. Donde constan problemas de forma destacada es en las Urgencias Hospitalarias, ya que en los últimos periodos se suele producir colmataciones de los recursos disponibles, básicamente provocadas por la imposibilidad de egresar atenciones de urgencias, que tendrían que ir destinadas a la ocupación de una cama en centro concertado, o a la ocupación de recurso sociosanitario, o bien a ocupar una cama funcionante del propio hospital.
9. A lo largo del PLUSCAN se evidencia que las mayores disfunciones en la atención a las urgencias se produce en el nivel de atención especializada. Los servicios de urgencias hospitalarios viven situaciones de saturación, de incremento de la permanencia media de los pacientes, bloqueos por falta de recurso de drenaje, etc. El ritmo de inversión y gasto del PLUSCAN no se encuentra temporalizado con la anterior realidad, se materializa en primer lugar la inversión en Atención Primaria, y no parece lo más adecuado cara a los requerimientos que están formulando los usuarios con su hacer diario. El CES recomienda mejorar el Plan en lo referente a la concreción de criterios de selección y priorización de la acciones a adoptar.
10. En opinión del Consejo, el carácter socio-sanitario del sistema (pacientes con determinada problemática social que ocupan por más tiempo camas hospitalarias después de su ingreso en urgencias) exige establecer mecanismos y recursos para una verdadera coordinación entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios que respondan adecuadamente a esta problemática; función que debería desempeñar la figura de coordinación del Plan.
11. En referencia a los Servicios de Urgencia Extra-hospitalaria, el CES valora positivamente el establecimiento por parte del PLUSCAN de una Red de CEAs suficientemente dotados de forma que se pueda atender en la zona al aproximadamente 90% de las urgencias que no conllevan ingreso hospitalario. CEAs que deberían contar con los recursos necesarios para la atención de las urgencias, tanto en lo que se refiera a pruebas diagnósticas como a la dotación de los recursos humanos necesarios, entre ellos pediatras.
12. El PLUSCAN propone la creación de una jefatura de servicio de la atención urgente dependiente de la Dirección del Servicio Canario de la Salud. Al respecto, el Consejo no entiende la necesidad de tal estructura jerárquica ya que, hoy por hoy, tal competencia reside en la Dirección General de Programas Asistenciales, que la articula a través de las jefaturas de servicio de atención especializada y de atención primaria; por otro lado, los servicios de urgencia tienen una dependencia directa de los gerentes de las instituciones. La introducción de tal figura, probablemente, genere más disfunciones que ventajas. Por ello, el CES propone la creación de la

figura-función de coordinación del Plan, para la gestión, implementación, seguimiento y evaluación del PLUSCAN.

13. Los profesionales dedicados a las urgencias tienen un alto porcentaje de rotación profesional. El CES recomienda la adecuada estabilización profesional de los sanitarios de urgencias, realizándose las correspondientes ofertas públicas de empleo (la actual OPE, todavía en proceso, es del año 2007).
14. El Consejo sugiere desarrollar un Plan de Formación específico del personal de urgencias, en colaboración con las Universidades Canarias, para potenciar la formación en materia de urgencias.
15. El CES recomienda perfeccionar el Plan en lo referente a la concreción de criterios de evaluación y seguimiento del mismo, así como disponer de mecanismos de conocimiento de la opinión de los usuarios. También, sugiere el Consejo dotar al servicio de la tecnología que facilite la comunicación entre usuarios y profesionales, especialmente de la población extranjera.
16. Respecto al Anexo del Plan sobre helisuperficies, observa el Consejo que solamente existe una infraestructura legalizada, debiendo el Plan recoger la puesta al día de estos dispositivos de emergencias.
17. Por último, sin perjuicio de todo lo expuesto, desde el Consejo se hace un llamamiento expreso al estudio y consideración, en su caso, del conjunto de observaciones que incluye el presente dictamen, con atención especial al conjunto de propuestas específicas formuladas en las observaciones de carácter particular.

Vº. Bº
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO

EL SECRETARIO GENERAL
DEL CONSEJO

Fdo.: Blas Trujillo Oramas

Fdo.: Alberto Mario Pazos Astrar

ANEXO
FICHA FINANCIERA DEL PLUSCAN SEGÚN ISLAS, ANUALIDAD Y CAPÍTULOS. 2016-2021

ÁREA DE SALUD	CAPÍTULO I	CAPÍTULO II	CAPÍTULO VI	OTROS	TOTAL	%
LANZAROTE						
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2017	88.676,46	0,00	0,00	370.000,00	458.676,46	3,90%
2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	88.676,46	0,00	0,00	370.000,00	458.676,46	1,47%
FUERTEVENTURA						
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2017	456.503,19	0,00	0,00	0,00	456.503,19	3,88%
2018	88.676,46	0,00	0,00	0,00	88.676,46	0,97%
2019	338.267,91	0,00	0,00	0,00	338.267,91	9,98%
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	883.447,56	0,00	0,00	0,00	883.447,56	2,83%
GRAN CANARIA						
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2017	1.131.268,91	0,00	70.000,00	0,00	1.201.268,91	10,20%
2018	788.339,77	0,00	0,00	40.000,00	828.339,77	9,08%
2019	794.771,10	0,00	0,00	0,00	794.771,10	23,45%
2020	0,00	0,00	1.080.000,00	0,00	1.080.000,00	43,02%
2021	0,00	600.000,00	1.080.000,00	0,00	1.680.000,00	100,00%
Subtotal	2.714.379,78	600.000,00	2.230.000,00	40.000,00	5.584.379,78	17,88%
TENERIFE						
2016	413.109,57	850.000,00	1.375.850,00	0,00	2.638.959,57	95,55%
2017	2.683.692,47	300.000,00	4.750.000,00	0,00	7.733.692,47	65,70%
2018	800.476,98	30.000,00	6.250.000,00	40.000,00	7.120.476,98	78,05%
2019	1.036.841,28	0,00	350.000,00	0,00	1.386.841,28	40,92%
2020	563.779,85	200.000,00	400.000,00	0,00	1.163.779,85	46,36%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	5.497.900,15	1.380.000,00	13.125.850,00	40.000,00	20.043.750,15	64,17%
LA PALMA						
2016	0,00	18.000,00	90.000,00	0,00	108.000,00	3,91%
2017	314.188,40	0,00	0,00	370.000,00	684.188,40	5,81%
2018	0,00	18.000,00	400.000,00	0,00	418.000,00	4,58%
2019	354.280,78	0,00	0,00	0,00	354.280,78	10,45%
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	668.469,18	36.000,00	490.000,00	370.000,00	1.564.469,18	5,01%

ÁREA DE SALUD	CAPÍTULO I	CAPÍTULO II	CAPÍTULO VI	OTROS	TOTAL	%
LA GOMERA						
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2017	197.644,10	0,00	0,00	18.000,00	215.644,10	1,83%
2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2019	0,00	15.000,00	0,00	0,00	15.000,00	0,44%
2020	66.507,21	0,00	200.000,00	0,00	266.507,21	10,62%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	264.151,31	15.000,00	200.000,00	18.000,00	497.151,31	1,59%
EL HIERRO						
2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2017	197.644,10	0,00	0,00	18.000,00	215.644,10	1,83%
2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	197.644,10	0,00	0,00	18.000,00	215.644,10	0,69%
SIN DETERMINAR						
2016	14.891,70	0,00	0,00	0,00	14.891,70	0,54%
2017	0,00	306.000,00	500.000,00	0,00	806.000,00	6,85%
2018	0,00	168.000,00	500.000,00	0,00	668.000,00	7,32%
2019	0,00	0,00	500.000,00	0,00	500.000,00	14,75%
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%
Subtotal	14.891,70	474.000,00	1.500.000,00	0,00	1.988.891,70	6,37%
TOTAL						
2016	428.001,27	868.000,00	1.465.850,00	0,00	2.761.851,27	8,84%
2017	5.069.617,63	606.000,00	5.320.000,00	776.000,00	11.771.617,63	37,69%
2018	1.677.493,21	216.000,00	7.150.000,00	80.000,00	9.123.493,21	29,21%
2019	2.524.161,07	15.000,00	850.000,00	0,00	3.389.161,07	10,85%
2020	630.287,06	200.000,00	1.680.000,00	0,00	2.510.287,06	8,04%
2021	0,00	600.000,00	1.080.000,00	0,00	1.680.000,00	5,38%
Subtotal	10.329.560,24	2.505.000,00	17.545.850,00	856.000,00	31.236.410,24	100,00%

