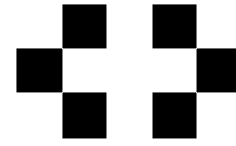




GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Servicio
Canario de Salud

BASES PARA LA REVISIÓN DEL PLAN DE SALUD DE CANARIAS

1. El Plan de Salud de Canarias y las tendencias en salud de la Comunidad Canaria

1.1 Las grandes amenazas

A pesar de los buenos niveles globales de salud de los que disfruta la población de Canarias, todavía existe un margen para continuar mejorando los resultados de salud en Canarias; tanto en lo concerniente a la cantidad como a la calidad de vida. El futuro inmediato nos obliga a ser aún más eficaces en la lucha contra los mayores asesinos que continúan amenazando y poniendo límites a la salud de nuestra población y que no son otros que los que afectan a la población de los países más desarrollados del planeta. Es por esto que el Gobierno de Canarias quiere concentrar sus esfuerzos en las actuaciones sobre la cardiopatía isquémica, el cáncer, la Diabetes Mellitus y los accidentes que, en conjunto, son responsables de más del 40% de las muertes en Canarias; junto a problemas de gran magnitud e impacto socio-sanitario como son la salud mental y el envejecimiento. Estos problemas de salud han de encontrar una respuesta efectiva, segura, costo-efectiva y de ejecución garantizada a lo largo del tiempo, hasta consolidar los cambios que hagan posible continuar creciendo, de manera firme, en niveles de salud en la década actual.

Las actuaciones llevadas a cabo hasta ahora por el Gobierno de Canarias frente a estas amenazas reales para la salud individual y colectiva se han producido tanto sobre las infraestructuras como sobre los procedimientos asistenciales; no obstante se requieren períodos de tiempo considerables para que las mejoras de los resultados de salud puedan ser perceptibles, dado que, en gran medida, los cambios esperados descansan sobre la modificación de los hábitos de vida de los ciudadanos. En algunos casos, sin embargo, tal como ocurre con la Diabetes Mellitus y la enfermedad cerebrovascular, dos de las enfermedades crónicas de mayor impacto socioeconómico en Canarias, empiezan a producirse mejoras en los resultados de supervivencia y mejoras de la calidad de vida relacionada con la salud.

1.2. El papel del Plan de Salud

El Plan de Salud de Canarias ha sido el instrumento de política sanitaria que nos ha permitido avanzar con coherencia, en un ambiente como el sanitario tan sujeto a tensiones procedentes tanto desde los sectores sociales y profesionales, como desde los medios de comunicación y sectores industriales. En esta nueva edición del Plan de Salud de Canarias vamos a concentrar nuestras actuaciones, a lo largo del periodo 2004-2008, sobre los problemas de salud de mayor impacto sobre la sociedad, asegurando, de esta manera, la consolidación hacia la mejora de los cambios en los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Canarias.

La propuesta del nuevo Plan de Salud responde, consecuentemente, a un enfoque pragmático en el que los problemas de salud que limitan en mayor grado las ganancias de salud de la población, serán abordados mediante actuaciones que hayan probado previamente su efectividad, seguridad y costo-efectividad.

Este nuevo Plan de Salud aborda de manera comprometida y transparente los posibles déficits de equidad entre islas y tiene en consideración, además de la búsqueda de la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Atención Especializada, la reducción de las diferencias de la calidad asistencial entre áreas de salud y dentro de cada área de salud.

El II Plan de Salud es, por lo tanto, un instrumento mucho más preciso que trata de aproximar a las necesidades de salud de mayor prioridad, las respuestas o actuaciones más costo-efectivas; distribuidas de tal modo que favorezcan la reducción de las desigualdades aún existentes en los niveles de salud en nuestra Comunidad.

El *coste de la enfermedad en Canarias* es una línea de trabajo recientemente iniciada por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que junto con otras fuentes de información epidemiológicas (mortalidad, factores de riesgo, factores condicionantes y otros) nos informa sobre cuáles son los problemas de salud de mayor impacto en la Comunidad Canaria. La integración de esta diversidad de fuentes de información, nos obligan a concentrar nuestra atención sobre:

- Las **enfermedades cardiovasculares** y más concretamente sobre la cardiopatía isquémica, por ser ésta la causa más importante de morbilidad,

mortalidad y del gasto directo por atención sanitaria en nuestra Comunidad. Preocupa especialmente la tendencia estacionaria de los indicadores epidemiológicos disponibles, durante la última década.

- El **cáncer**, por ser la segunda causa global de mortalidad, en competencia estrecha con la anterior, y responsable, además de la mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos. Tres son los aspectos fundamentales en los que debemos seguir incidiendo: el diagnóstico precoz, la mejora de la eficacia de los servicios sanitarios diagnósticos y terapéuticos, y, la culminación de la oferta de los cuidados paliativos a las personas que lo necesitan.
- La **Diabetes Mellitus** se sitúa entre este reducido grupo de problemas de salud por su elevada prevalencia en Canarias y por el impacto sobre la cantidad y calidad de vida, además del intenso consumo de recursos sanitarios que conlleva. La preocupación aquí se centrará tanto sobre el diagnóstico temprano como sobre la necesidad de mejorar la efectividad terapéutica y el autocontrol.
- La **salud mental** continúa siendo una prioridad por varios motivos. Entre ellos se encuentra el marcado incremento de su incidencia y prevalencia, el importante impacto individual y social, además de las repercusiones de magnitud creciente sobre el gasto farmacéutico. Otra razón de importancia es la necesidad de culminar las infraestructuras de los llamados *recursos intermedios*, de carácter marcadamente sociosanitario para consolidar el proceso de reforma iniciado por el primer Plan de Salud de Canarias.
- El **envejecimiento** y sus consecuencias sobre los servicios sociales y sanitarios justifican su prioridad debido a la intensidad y rapidez del crecimiento de este grupo de población, que precisa de prestaciones diferentes tal como ocurre en las edades pediátricas.
- Los **accidentes** (tráfico y trabajo) constituyen la mayor causa de pérdida de productividad (mortalidad) e incapacidad permanente al afectar especialmente a sujetos en edades productivas; siendo, además, causa importante de años de vida potenciales perdidos y provocando un impacto social y económico de primer orden sobre la población.

2. Un nuevo Plan de Salud revisado a partir de la experiencia regional, estatal e internacional

El Plan de Salud de Canarias 1997-2001 fue la experiencia de planificación sanitaria estratégica de mayor envergadura que se ha desarrollado en Canarias hasta la actualidad, sirviendo de instrumento central de la política sanitaria del Gobierno de Canarias, complementada por otras actuaciones orientadas a:

- La mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios mediante la descentralización y mejora continua de las infraestructuras en cada área de salud y del transporte sanitario.
- La mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias mediante programas específicos para reducir el tiempo y el número de las personas en listas de espera.
- La mejora de la respuesta a las necesidades de salud de carácter urgente.
- La mejora de la calidad asistencial.
- El desarrollo de los recursos humanos en el Servicio Canario de la Salud, en términos cuantitativos y cualitativos.
- El impulso a la aplicación de las tecnologías de la comunicación en el sector sanitario.
- El compromiso con una política de investigación centrada sobre las necesidades de salud de la población y sobre las necesidades de información del propio Servicio Canario de la Salud.

La política sanitaria durante los próximos años, canalizada por medio del nuevo Plan de Salud, mantiene la continuidad y coherencia con los planteamientos, objetivos y acciones del Plan anterior, garantizando de esta manera la aplicación en Canarias de las recomendaciones de política normativa generadas por la Organización Mundial de la Salud en su propuesta de Salud para todos en el siglo XXI. Por esta razón las grandes metas del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 siguen siendo las mismas, puesto que sigue siendo necesario:

- Prolongar la duración y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años), centrando las actuaciones sobre los problemas de mayor impacto en la

salud de la población. Reducir las desigualdades en la salud, garantizando la equidad y solidaridad y la asignación de recursos en el sistema sanitario.

- Mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, buscando el máximo beneficio en salud para las inversiones realizadas por el Gobierno de Canarias.

El II Plan de Salud de Canarias es coherente con el Plan de Desarrollo de Canarias 2002-2006, a través de los contenidos expresados en su objetivo 5 sobre "mejora del grado de cobertura y de la calidad de los servicios públicos orientados a las personas", estrategia 5.1, "mejora de la calidad de los servicios y equipamientos colectivos y de bienestar social", así como con la línea de actuación 5.1.1, relativa a la consolidación del sistema sanitario.

Por otro lado el Plan debe de garantizar su efectividad mediante el compromiso de ejecución de sus objetivos, como condición necesaria para que tengan lugar los resultados de cambios esperados sobre la mejora de la salud de la población. Garantizar la efectividad del Plan como instrumento para la mejora de la salud, exige que se mejore la ejecución de cada una de las siguientes etapas o actividades clave:

- Determinar de manera más precisa las necesidades y prioridades de salud de la población.
- Seleccionar científicamente las intervenciones más efectivas y proponer que se financien las más equitativas (costo-efectivas).
- Asegurar la disponibilidad de los fondos presupuestarios que garanticen la ejecución.
- Seleccionar el ámbito territorial más apropiado de aplicación, con base en criterios de equidad y eficiencia.
- Financiar con fondos públicos sólo las fórmulas organizativas más eficientes que vayan a ser implantadas dentro de los servicios sanitarios.
- Intensificar el proceso de monitorización de su ejecución y de la evaluación de sus resultados.

En relación con el primer Plan de Salud de Canarias, en éste se emprenden varias transiciones. Si bien en el primer Plan se llevó a cabo el abordaje de un

amplio número de problemas de salud de naturaleza diferente, forzando la coexistencia entre algunos de ellos que actuaban como causas o determinantes (drogas y conductas adictivas), con otros identificables como servicios (higiene alimentaria, sanidad ambiental, emergencias sanitarias) y, por último, con otros que claramente son consecuencias (enfermedades cardiovasculares, cáncer y Diabetes Mellitus, entre otras). La primera de estas transiciones consiste, por tanto, en que la selección de los problemas de salud prioritarios se ha llevado a cabo de manera más exigente, centrando la atención sobre los problemas de salud, en este caso las consecuencias, que limitan en mayor grado tanto la cantidad como la calidad de vida relacionada con la salud.

Otra transición producida es la que va desde un Plan de Salud en el que los objetivos fueron definidos normativamente, y las actuaciones a partir del consenso entre expertos, hasta un nuevo Plan en el que los objetivos y las actuaciones son definidos pragmática y científicamente.

La equidad en la orientación de los recursos públicos y la reducción de las desigualdades siguen siendo claves en la revisión del Plan de Salud.

3. Importancia del Plan de Salud para reforzar la convergencia de objetivos y el compromiso político

El Plan de Salud de Canarias constituye un instrumento esencial para la política sanitaria del Gobierno, al orientar y especificar las directrices más relevantes que deben ser desarrolladas para mejorar la salud de la población. Así lo entendió en 1994 el Gobierno de Canarias, al incluir el Plan de Salud como uno de los elementos centrales de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias. El carácter esencial del Plan de Salud cobra aún más relevancia por cuanto, hasta la actualidad, es el único instrumento público a través del cual el gobierno explica, a todos los sectores de población, las actuaciones previstas; a la vez que establece compromisos explícitos para llevar a cabo el mejor uso de los recursos públicos.

El Plan de Salud de Canarias, como eje de actuación del Gobierno de Canarias en materia sanitaria, buscará la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación sanitaria, y, en particular, con la planificación estratégica en el Servicio Canario de Salud. De esta manera se pretende crear un “verdadero tejido” a partir de la convergencia de las actuaciones previstas en el Plan de Salud y en el Plan Estratégico; que dé consistencia, coherencia y solidez a las políticas sanitarias a implantar. Esta es una condición necesaria para garantizar la coherencia de la política sanitaria, tanto en el discurso como en la acción y en la credibilidad tanto hacia el interior como hacia el exterior de la organización sanitaria.

El nuevo Plan de Salud continúa afrontando el reto de la intersectorialidad, dado que propone medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, al querer propiciar mejoras de la salud estables en la comunidad. Para ello resulta básica e imprescindible la coordinación entre los diversos sectores implicados, y vital un claro compromiso por parte de todas las administraciones públicas. Somos conscientes de que la mayoría de los planes autonómicos de salud han obtenido pocos resultados a partir de la colaboración interinstitucional, pero no es menos cierto que desde la acción sanitaria aislada no se consiguen los cambios requeridos para continuar impulsando la transición hacia una sociedad más sana. En nuestra Comunidad, a pesar de los resultados obtenidos inicialmente en la coordinación de acciones intersectoriales en salud promovidas desde el I Plan de

Salud, hemos de intensificar los esfuerzos para que las políticas de salud sean una responsabilidad compartida por el conjunto de las administraciones públicas.

4. Principales retos del Plan de Salud

En un momento como el actual en el que la sanidad pública está sometida a tensiones, tanto internas como externas, sigue siendo necesario disponer de un instrumento rector de las decisiones de política sanitaria, en el que quede claro que el objetivo central es la *mejora de la salud de la población*. Tal como ha ocurrido en el resto de países desarrollados, la agudización de la confrontación entre el incremento de las demandas sociales y profesionales frente a un escenario financiero limitado, exige un entorno planificado que permita evitar o minimizar las decisiones inapropiadas (desde el punto de vista de la necesidad, eficiencia y equidad) y eludir asimismo la transición posterior hacia planteamientos *economicistas o racionadores*.

En otras comunidades autónomas españolas y otros países europeos en los que los planteamientos estaban más orientados a la contención de costes, se está apostando con más intensidad por incorporar fórmulas que, como los planes de salud, hacen posible conciliar las necesidades de salud individuales, en el presente, con las colectivas, a largo plazo. Complementariamente, los planes de salud han demostrado ser de ayuda para modular las presiones ejercidas desde grupos profesionales o sociales con intereses particulares.

Otro de los principales retos del nuevo Plan de Salud es propiciar una toma de decisiones transparente y explícita, liderada desde las políticas de Salud Pública, y producto del trabajo participativo de epidemiólogos, clínicos, evaluadores de tecnologías, economistas de la salud y planificadores, que haga posible que la toma de decisiones responda, por un lado, a las necesidades de salud de la población, y, por otro, a criterios equitativos de costo-efectividad. Afrontar el proceso de toma de decisiones de esta manera, permite (como hasta ahora) tanto liderar eficazmente la política sanitaria, como legitimar las decisiones adoptadas, con frecuencia difíciles y comprometidas, frente a la sociedad y a los profesionales sanitarios.

Otro de los retos del nuevo Plan de Salud es el de mejorar la transferencia de objetivos desde los Servicios Centrales hasta el nivel de toma de decisiones clínicas. Hasta ahora hemos concentrado nuestra actuación en el reforzamiento de las relaciones entre los Servicios Centrales y de gestión, transfiriendo escasas

responsabilidades al nivel clínico. Esta actitud ha de ser reorientada a partir de ahora, dado que los profesionales sanitarios constituyen el elemento más relevante para la eficiencia del sistema sanitario y, no podemos promover reformas sin que estas logren impregnar las conductas de los profesionales.

El nuevo Plan de Salud es un instrumento más eficaz, y además de mejorar su proyección hacia los niveles clínicos de toma de decisiones, hará posible que se lleve a cabo una *compra de servicios para la salud basada en el conocimiento*. Esta actividad requiere la concatenación de las tres actividades siguientes:

- Evaluación de las necesidades y prioridades en salud de la población.
- Identificación de intervenciones efectivas, seguras, coste-efectivas frente a los problemas de salud de mayor magnitud y que generen mayores desigualdades
- Compromiso constante y mantenido en el tiempo, tanto por parte del financiador como del comprador, con las prioridades de salud de la población.

El reto para este nuevo Plan de Salud será mejorar la toma de decisiones sobre financiación con base en criterios de necesidades de salud y de prioridades que tengan en cuenta la costo-efectividad de las intervenciones, aspectos éstos que están expresados en el II Plan de Salud de Canarias.

Es necesario que el gestor ejerza de intermediario entre la institución y las necesidades de salud de la población de su entorno, contribuyendo a la traducción de los objetivos del Plan de Salud hacia la práctica clínica diaria. A su vez, en esa misma línea, es especialmente importante promover la orientación de los profesionales sanitarios (asistenciales y de salud pública) hacia la evaluación y hacia la obtención de resultados con un compromiso creciente con la eficiencia. El hecho de que el II Plan de Salud de Canarias utilice un lenguaje adaptado a estos profesionales y haya sido elaborado con una amplia participación profesional es un elemento facilitador de estas tareas.

Las tensiones habitualmente existentes en los sistemas sanitarios de financiación pública y cobertura universal, derivadas de la confrontación entre las demandas crecientes por un lado, y el carácter limitado de la financiación disponible, por otro, encuentran una oportunidad en el Plan de Salud para ser más

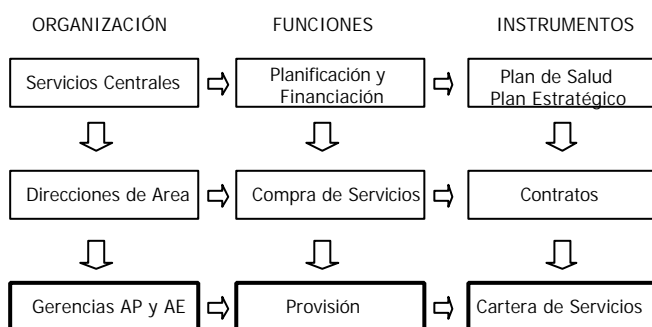
adecuadamente conducidas. Algunas de estas tensiones se han intensificado incluso en los últimos años, a pesar de que la financiación sanitaria, el gasto y las inversiones se han visto incrementadas en porcentajes superiores al 50%. En estas condiciones, el proceso de aprobación del Plan de Salud de Canarias podría desempeñar el papel de catalizador de un Pacto por la Salud en el que, a través de una amplia participación profesional, social, de partidos políticos y sindicatos, se consiguiera transformar la confrontación en convergencia de objetivos para la mejora de la salud de la población.

5. Aspectos organizativos de la Sanidad Pública en Canarias y su relación con la planificación

En Canarias, reproduciendo las tendencias de reforma sanitaria vigentes en buena parte de España y Europa, la Ley de Ordenación Sanitaria establece la creación de mercados internos mediante la separación de las siguientes funciones en tres niveles inicialmente distintos: planificación y financiación, situada en el nivel político-administrativo de los Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad del Servicio Canario de la Salud; compra de servicios y evaluación, en las áreas de salud; y por último, gestión y provisión, en las Gerencias de Atención Primaria y Direcciones-Gerencias de los Hospitales y Gerencias de Servicios Sanitarios.

Independientemente del desarrollo que haya alcanzado en nuestra Comunidad la interpretación de este aspecto particular de la norma, el proceso de transferencia de responsabilidades y financiación desde el nivel político-administrativo hasta el nivel clínico, al objeto de garantizar la respuesta planificada frente a las necesidades de salud de la población, se ha valido de los Programas de Gestión Convenida. El compromiso político con el Plan de Salud ha inspirado los contenidos de los distintos Programas de Gestión Convenida elaborados por el Servicio Canario de la Salud con sus propias instituciones.

ORGANIZACIÓN, FUNCIONES E INSTRUMENTOS DE POLÍTICA SANITARIA GOBIERNO DE CANARIAS



El proceso de adaptación necesario para que los objetivos del Plan de Salud se incorporen apropiadamente tanto a los contratos como a la práctica clínica, debe contemplar la posibilidad de que el mismo Plan de Salud incluya propuestas sobre el

tipo de servicios que se requieren, la forma más eficiente de organización y la cantidad y localización de los mismos en el territorio; todo ello a partir de la consideración de criterios de equidad y eficiencia.

Esta cuestión no es nueva para el Plan de Salud de Canarias, dado que en su fase anterior de ejecución (1997-2001) ya se estableció la reorganización de los servicios asistenciales para los diabéticos y para los enfermos reumáticos. En cualquier caso, estas recomendaciones incluidas o anticipadas por el Plan de Salud, deberán consolidarse en la ejecución del Plan Estratégico del Servicio Canario de la Salud.

Estamos seguros de que, tal como ha ocurrido en otros países en los que implícita o explícitamente se han incorporado reformas del sistema sanitario, el esfuerzo y compromiso constante por llevar los objetivos de salud hasta la práctica clínica pondrá de manifiesto la necesidad de ir reordenando algunos aspectos de la organización asistencial.

5.1. El Plan de Salud y los servicios de Salud Pública

En las últimas décadas se ha producido un importante crecimiento de los servicios sanitarios asistenciales, al objeto de garantizar el acceso generalizado de la población a los servicios curativos, rehabilitadores o paliativos. Las redes de asistencia primaria y especializada, que aglutinan a la inmensa mayoría del personal sanitario, son percibidas y reconocidas por la población como los referentes para todos los aspectos relacionados con el cuidado de la salud. Sin embargo, para reorientar el sistema hacia políticas de salud de la población será necesario potenciar y transformar los servicios de Salud Pública, dado que la actual dotación de recursos es susceptible de ser mejorada.

El actual modelo de salud pública se centra fundamentalmente en aspectos relacionados con la protección de los ciudadanos frente a los riesgos medioambientales y, en particular, frente a las enfermedades infecto-contagiosas, que eran importantes causas de enfermedad y muerte hasta hace unas décadas. La mayor parte de su actividad está y ha estado centrada sobre el control de los factores de riesgo de infecciones de las aguas y de los alimentos, al control de los brotes epidémicos o a las campañas de inmunización.

Sin embargo, a pesar de ser conscientes de que en la actualidad estos riesgos continúan estando presentes – en forma de enfermedades infecciosas emergentes, como el Síndrome Respiratorio Agudo – y, que, consecuentemente, requieren de

sistemas de vigilancia oportunos, la nueva salud pública deberá reorientarse a los problemas que han emergido con fuerza extraordinaria desde hace años y que constituyen las prioridades que aborda el Plan de Salud 2004-2008.

En este contexto, los servicios de Salud Pública habrán de contemplar las siguientes actividades:

- Análisis de las necesidades de salud y de sus determinantes.
- Desarrollo y evaluación de las políticas de salud.
- Protección de la salud.
- Prevención y promoción de la salud individual y colectiva.
- Promover la incorporación de los objetivos de salud pública en los Programas de Gestión Convenida.

Estas actividades deberán ser diseñadas de acuerdo al marco vigente actual, en el que existe una clara separación de funciones entre los servicios centrales, las áreas de salud y las gerencias asistenciales; por lo que será preciso que estas actividades encuentren espacio en los Programas de Gestión Convenida que el Servicio Canario de la Salud establece con las gerencias. Paralelamente, esta transición deberá conllevar un cambio en el proceso de asignación de recursos, caracterizado por la elaboración de presupuestos por programas y servicios prestados.

5.2. El Plan de Salud y los servicios de Atención Primaria

Tanto el enfoque del nuevo Plan de Salud, orientado decididamente hacia la búsqueda de la eficiencia de las actuaciones de los servicios sanitarios para la *mejora continua de la salud*, como sus contenidos y actuaciones previstas, hacen de la Atención Primaria el ámbito de aplicación preferente de la mayor parte de dichos objetivos. A esto contribuye, además, la posición estratégica de los equipos de Atención Primaria como puerta de entrada del Sistema Canario de Salud. Además, la evaluación global del alcance de los objetivos del Plan de Salud 1997-2001 en el ámbito de la Atención Primaria de Salud muestra que existe una mejor aceptación y materialización de los objetivos del Plan de Salud en los contratos establecidos con las Gerencias de Atención Primaria.

Para que el nivel de Atención Primaria mejore su respuesta como puerta de entrada al sistema y como protagonista de la ejecución del II Plan de Salud, es necesario insistir, como se ha hecho en los últimos años, en la incorporación de

nuevos recursos humanos, trabajar constantemente en la formación continuada, evaluar su rendimiento (farmacia, solicitud de pruebas, índices de derivaciones) y sus resultados, y mantener los incentivos profesionales que constituyan un estímulo constante para la mejora.

5.3. El Plan de Salud y los servicios de Atención Especializada

A través de la ejecución del Plan de Salud y del Plan Estratégico del Servicio Canario de la Salud es posible reactivar la transición de los hospitales hacia el nuevo papel a desempeñar en el seno del sistema sanitario. En este contexto habría que promover que los profesionales, a través de los compromisos adquiridos tras una negociación efectiva de los Programas de Gestión Convenida, tiendan a asumir una mayor corresponsabilidad con los objetivos de la política sanitaria del Gobierno.

Para ello, la financiación de los contratos con el hospital deberá contemplar, además de la cartera de servicios clásica del hospital, un componente de financiación que estimule el cumplimiento de los objetivos y programas asistenciales contemplados en el II Plan de Salud. En cualquier caso los avances deberán ser graduales pero constantes y siempre enmarcados por las directrices establecidas por el Plan de Salud y el Plan Estratégico.

En este contexto, cada año, el Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y más concretamente del Servicio Canario de la Salud, determinará los programas y objetivos que, de acuerdo con el Plan de Salud y los objetivos estratégicos de la organización, sean de especial interés.

6. Propuestas para la revisión del Plan de Salud

6.1. Aspectos generales

A partir de la revisión de las tendencias sobre planificación a nivel internacional, y del análisis de las conclusiones de los debates que, sobre planificación sanitaria, se han llevado a cabo recientemente en España, y teniendo en cuenta, además, nuestra propia experiencia regional, el nuevo Plan de Salud 2004-2008 será:

- Preciso: centrando la atención y la asignación de recursos sobre un reducido número de problemas de salud, seleccionados a partir de criterios de importancia epidemiológica, vulnerabilidad, impacto socio-económico y factibilidad. Además se identifican con claridad las intervenciones disponibles cuya efectividad ha sido suficientemente demostrada.
- Específico: de tal manera que sea posible diferenciar lo que se espera de las políticas generales y de las actuaciones que corresponden a los servicios de Salud Pública o a los niveles clínicos.
- Orientado hacia los resultados: lo que ha exigido que los objetivos sean mensurables y que permitan la comparación de resultados.
- Clarificador sobre la prioridad de las intervenciones y consecuentemente de su financiación, en la medida que es posible asignar científicamente prioridades de actuación con base en criterios de necesidad, equidad y coste-efectividad, y que éstas se transformen en compromisos del Gobierno, legitimados por el Parlamento.
- Financiado en la ejecución de sus compromisos.
- Informados: Se necesitarán sistemas de información enfocados sobre cada uno de los problemas incluidos en el Plan para llevar a cabo una evaluación continua, eficaz y transparente.

6.2. El establecimiento de prioridades

El establecimiento de prioridades debe afrontar tres fases sucesivas, centrándose inicialmente sobre los problemas de salud, para posteriormente establecer los objetivos y luego las líneas de actuación.

En nuestra Comunidad Autónoma la disponibilidad de información para afrontar con garantías este proceso es mayor hoy que en cualquier otro momento del pasado. Los problemas de salud prioritarios se identifican a partir del análisis del estado de salud, lo que requiere información epidemiológica, clínica y de consumo de recursos (socio-económica). Otros criterios que han de considerarse en la priorización de los problemas de salud son la vulnerabilidad del problema y la factibilidad y eficacia de las intervenciones. En particular el uso de información relativa a la ganancia de años de vida ajustada por calidad (AVACS o QALYS) es utilizada en el II Plan de Salud de Canarias, tal como previamente se llevó a cabo en Holanda, Suecia y Reino Unido.

Los problemas de salud que no reciban el máximo nivel de prioridad no implican que dejen de ser importantes y serán objeto de un proceso de planificación operativa (programa) específico, que hará posible trabajar por objetivos y recibir financiación para los mismos.

6.3. Los problemas de salud prioritarios

El nuevo Plan de Salud concentra la atención sobre aquellos problemas de salud que limitan en mayor grado la cantidad y la calidad de vida de los canarios, y sobre los que se puedan alcanzar ganancias de salud de mayor magnitud. De esta manera, además, se simplifica la gestión de la ejecución del Plan. Para ello la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias desarrolla, a través del II Plan de Salud, cinco programas de actuación que se centrarán en:

- *Cardiopatía isquémica*
- *Cáncer*
- *Salud mental*
- *Diabetes Mellitus*
- *Envejecimiento*

El II Plan de Salud, a pesar de apostar, en esta nueva etapa, por centrar la atención y la asignación prioritaria de recursos sobre un limitado número de problemas de salud, pretende ampliar el ámbito de la determinación de prioridades a otros objetivos que no son sanitarios en sentido estricto. Estas otras áreas de trabajo prioritarias se centrarán en cómo se llevarán a la práctica las mejoras en los servicios prioritarios antes citados.

Por último, se incluye un programa adicional que exige la actuación intersectorial para afrontar con garantías las consecuencias de la seguridad vial y laboral.

Tabla 1. Muertos, años de vida perdidos y costes económicos de los accidentes de tráfico, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento y enfermedades mentales en Canarias (1997, 1998)

Problemas de salud	Muertos	AVP	AVPP	Costes directos* (mill. €)	Costes indirectos (mill. €)	Costes totales (mill. €)	Costes sanitarios /Gasto sanitario*	Costes totales/ PIB**
Accidentes de tráfico (1997)	181	8.031	5.744	195,69 ^a (69%)	44,04 (31%)	239,73	1,5 %	1,26 %
Diabetes (1998)	489	5.066	689	66,84 (78%)	14,77 (22%)	81,61	5,9 %	0,39 %
Cáncer (1998)	2.950	47.982	13.800	58,04 (28%)	135,68 (72%)	193,72	5,1 %	0,93 %
Enf. Cardio-vasculares (1998)	4.418	44.447	8.711	134,44 (48%)	111,68 (52%)	246,11	11,9 %	1,19 %
Trastornos mentales (1998)	409	7.496	4.199	55,71 (35%)	102,84 (65%)	158,55	4,9 %	0,76 %
Envejecimiento (1998)	8.636	65.903	-	261,62	-	261,62	23,1 %	1,26 %

AVP: Años de vida perdidos

* Costes sanitarios de los diferentes problemas de salud en porcentaje al gasto sanitario total en Canarias

** Costes totales, en porcentaje, en relación al Producto Interior Bruto (PIB)

^a Los costes directos incluyen: costes sanitarios, costes administrativos de las aseguradoras y costes de los daños materiales

6.4. La equidad en el nuevo Plan de Salud

La equidad y en particular la reducción de desigualdades en los niveles de salud de la población, encontrarán un espacio relevante en el Plan de Salud. Otro aspecto a destacar, tiene que ver con el conflicto que supone combinar la búsqueda de la equidad y de la eficiencia en un territorio fraccionado, en el que además, la distribución de la población es heterogénea y concentra el 80% de la misma en únicamente dos islas. Esta dificultad nos debe forzar a desarrollar procedimientos, como las tecnologías de las comunicaciones, que han demostrado, merced a experiencias propias efectuadas por el Servicio Canario de la Salud, que es capaz de contribuir a equilibrar los principios de equidad y eficiencia.

En cualquier caso será necesario potenciar la investigación sobre niveles socioeconómicos y niveles de salud; al objeto de poder orientar de manera apropiada las intervenciones sanitarias hacia los sectores de mayor necesidad. Otras posibles diferencias de acceso relacionadas con el género o con la variabilidad de la práctica médica, serán minuciosamente investigadas al objeto de evitar su concurrencia.

6.5. Los objetivos del Plan de Salud

El reto del nuevo plan es el de alcanzar mayores cotas de efectividad en su objetivo fundamental de *mejorar la salud*. Para ello, el establecimiento de objetivos confiere una dirección al proceso de toma de decisiones, promueve la discusión sobre la magnitud del cambio que debe ser alcanzado, a la vez que hace posible el cálculo de los recursos necesarios y permite que se evalúen tanto el proceso como los resultados.

Se hizo preciso identificar y seleccionar el menor número de objetivos y actuaciones que aproximen los mejores resultados posibles en la línea de actuación llevada a cabo por otras organizaciones, tanto de carácter nacional como internacional, incluida la OMS, que disminuye de 38 a 21 el número de objetivos de Programa *Salud para Todos en el Siglo XXI* con respecto al programa anterior para el año 2000. Algunos argumentos complementarios que contribuyen a justificar esta decisión son:

- Factibilidad de implementación tanto para la *ejecución* de los objetivos como para la evaluación de los resultados de los mismos.
- La evidencia científica demuestra que no son tantas las intervenciones que conllevan significativas ganancias en salud.
- En el I Plan de Salud 1997-2001 se incorporaron tanto los objetivos diana de resultados como aquellos otros pasos u objetivos intermedios de proceso destinados a hacer posible la consecución de los primeros, al objeto de establecer una secuencia de actuaciones que facilitaran el cumplimiento del objetivo diana.
- La factibilidad económica: para implementar los *objetivos* recogidos en el Plan se necesita asignar presupuestos en los Programas de Gestión Convenida para la contratación de los servicios requeridos.
- Factibilidad organizativa: al disminuir los objetivos se *hace* posible concentrar la atención y los recursos sobre los problemas prioritarios, centrándonos en las intervenciones que más progresos puedan lograr.

Los objetivos se formulan haciendo constar de forma explícita los siguientes puntos:

- la intervención que debe ser desarrollada, indicando el nivel que debe ser alcanzado

- el dato de partida y tendencia, y la fuente del dato
- período de ejecución
- financiación necesaria para su implementación
- organización o sector de la misma responsable de la implementación
- criterio de evaluación y organización encargada de la misma.

6.6. La evaluación económica

La evaluación económica cumple un doble papel en el II Plan de Salud de Canarias. En primer lugar, la incorporación de objetivos de salud se produce tras la constatación de la efectividad y coste-efectividad de los mismos. Adicionalmente, las actuaciones contempladas por dicho Plan cuentan con una ficha financiera que prevé las inversiones necesarias para su financiación específica y ulterior incorporación a los Programas de Gestión Convenida.

6.7. Implantación del Plan de Salud

Un aspecto que se persigue es la necesidad de aumentar los niveles de ejecución con respecto a los objetivos que les corresponden a los diferentes responsables del Plan de Salud. A este respecto, algunas de las actuaciones que contribuyen a ello, son:

- Reducción del número de objetivos
- Selección de los objetivos con base en criterios de evidencia de efectividad y coste-efectividad
- Asignación de los objetivos a cada nivel asistencial (primaria, especializada, salud pública, y otros)
- Asignación de financiación específica

De este modo, el conjunto de acciones propuestas para orientar el nuevo Plan de Salud no sólo ayudan a la consecución de los objetivos sino también refuerza el modelo de gestión por objetivos.

Hasta la fecha no disponemos de otro instrumento que el contrato de gestión, para establecer relaciones contractuales entre financiador, comprador y proveedor; al objeto de canalizar las estrategias de salud que deban ejecutarse en el sector

sanitario. Es por esto que hemos de centrar nuestros esfuerzos para mejorar el valor y utilidad del Programa de Gestión Convenida en la transferencia de la capacidad financiera y responsabilidad de provisión, en los aspectos relacionados con el Plan de Salud.

Además, los servicios centrales del Servicio Canario de la Salud deberán garantizar la integración entre la planificación estratégica y la función central de compra. Así, tanto el diseño como la formulación de los Programas de Gestión Convenida deberá de llevarse a cabo con la participación de la oficina de planificación.

Con respecto a la readaptación de los contratos de gestión a las estrategias contenidas en el Plan de Salud, es necesario que se incluyan en los Programas de Gestión Convenida objetivos explícitos vinculados a los objetivos del Plan.

No todos los objetivos precisan ser de tipo cuantitativo, pudiendo incorporarse en los Programas de Gestión Convenida objetivos de tipo cualitativo. Independientemente del nivel asistencial con el que se suscriban dichos programas, el planificador / financiador deberá convertir o tratar a los servicios de educación para la salud y preventivos en prestaciones sanitarias.

6.8. Evaluación de los objetivos

Por último hemos de señalar la necesidad de mantener los procedimientos de evaluación en el Plan de Salud, tanto en lo relativo a los objetivos finales como a los pasos previos para conseguir los objetivos. Para ello es conveniente potenciar los sistemas de información que permitan monitorizar, de manera transparente para todos los sectores implicados, el grado de cumplimiento de los objetivos y su repercusión sobre los indicadores de la salud de la población.

Este proceso evaluativo nos permitirá monitorizar la dirección y la intensidad de avance, lo que hará posible actuar con antelación en caso de que se produzcan desviaciones del objetivo preestablecido.

7. Incorporando el análisis coste-efectividad en la planificación sanitaria

7.1. Introducción

A partir de los años setenta, el incremento continuo del gasto sanitario ha sido motivo de una creciente preocupación por parte de los Gobiernos. Las razones principales de este crecimiento son el envejecimiento de la población y el cuidado de los enfermos terminales; el incremento de las enfermedades crónicas y de la necesidad de cuidados que trae consigo; la variabilidad en la práctica clínica; las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios; el incremento de la cartera de servicios y la mayor accesibilidad a las prestaciones sanitarias.

Además, un aspecto específico que contribuye de una manera importante al gasto sanitario creciente es la introducción de nuevas tecnologías y medicamentos nuevos y caros, de cuyo uso puede no derivar una mejora en el resultado final del tratamiento. No basta con saber que una tecnología es segura, ni que consigue con precisión aquello para lo que se diseñó. La pregunta fundamental es si mejora el resultado terapéutico respecto a tecnologías previamente existentes.

En los últimos años se ha producido un crecimiento continuo e intenso del gasto sanitario público en Canarias, alcanzando el 5,8% del Producto Interior Bruto. Las mejoras de salud de la población, expresadas tanto en términos cuantitativos (esperanza de vida y mortalidad infantil) como cualitativos (esperanza de vida libre de incapacidad), han continuado produciéndose a un ritmo que se relaciona no sólo con la mejora progresiva de los niveles de vida de la población, sino también con las cuantiosas inversiones producidas recientemente en el sector sanitario, dado que estas últimas han estado centradas en la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios (infraestructuras y programas asistenciales) y en la calidad e intensidad de la oferta asistencial (incremento de los recursos humanos, de la utilización de medicamentos, consultas y cirugía, entre otros).

El Gobierno de Canarias estableció, por medio del I Plan, las prioridades de salud. Tras identificar las necesidades de salud de mayor magnitud en Canarias, el Gobierno se comprometía a la ejecución de una serie de actuaciones, acordadas por consenso entre expertos, para mejorar los niveles de salud de la población.

A lo largo de la ejecución del Plan de Salud de Canarias 1997-2001 se han puesto en marcha una serie de programas preventivos y asistenciales previstos por el propio plan, además de la inversión en infraestructuras y la mejora de la dotación en recursos humanos.

Este II Plan de Salud avanza en el proceso de establecimiento de prioridades, en varios aspectos. El primero de ellos consiste en la selección, como problemas de salud prioritarios, de aquellos que limitan en mayor medida el crecimiento de la esperanza de vida y de la calidad de vida al conjunto de la población. En segundo lugar, se han seleccionado las actuaciones sanitarias que han demostrado científicamente su efectividad para mejorar la situación de salud condicionada por estos problemas. Estas actuaciones han sido clasificadas en base a la validez científica de la investigación que ofrecen los resultados disponibles de la literatura científica. Posteriormente hemos procedido a ordenar estas actuaciones haciendo uso de análisis coste-efectividad. Este tipo de análisis incorpora y sintetiza los beneficios esperados, posibles daños y costes, de las diferentes alternativas de mejora de la salud, por lo que constituye una herramienta de inestimable valor para dar soporte a la toma de decisiones sobre asignación de recursos en política sanitaria en aquellas circunstancias caracterizadas por la limitación de recursos financieros para afrontar las demandas existentes.

El Plan de Salud de Canarias 2004-2008 incorpora el análisis coste-efectividad, a partir de los estudios científicos locales y de la actualización de los estudios científicos estatales e internacionales de la mayor calidad científica, para construir un *ranking de actuaciones prioritarias* (league table) para guiar la asignación de recursos sanitarios sobre los problemas de salud de mayor magnitud hasta el 2008.

Weinstein ha argumentado el camino teórico más correcto para determinar que una intervención representa una utilización apropiada de recursos sobre un presupuesto explícito restringido. Esto lleva consigo la elaboración de un listado ordenado de todas las posibles utilidades de recursos en términos de análisis incremental coste-efectividad y ordenar la lista situando las intervenciones más coste-efectivas al principio de la misma hasta que el presupuesto se agota. El orden natural de este ejercicio se ha acuñado con el término *ranking coste-efectividad* (cost-effectiveness league table) para describir el proceso y es común en los analistas presentar los resultados de su propia evaluación en el contexto de un ranking ad hoc para poder comparar el coste-efectividad de la intervención bajo consideración con otras intervenciones coste-efectividad de la literatura.

7.2. Presentación y utilización de los rankings o "league tables"

Normas de decisión para el análisis coste-efectividad

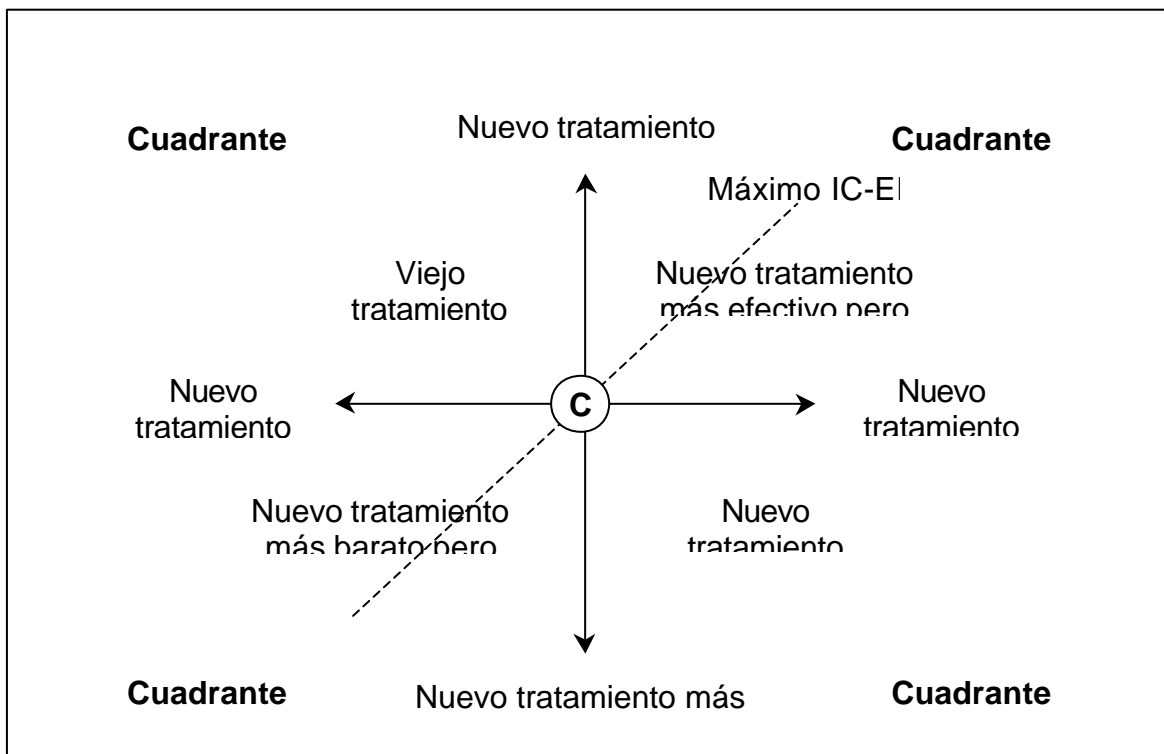
Hasta la fecha, el método más utilizado para el análisis económico ha sido el análisis coste-efectividad, donde los beneficios sanitarios de las intervenciones sanitarias se miden en unidades naturales. Aunque esta forma de análisis tiene una gran consistencia cuando una intervención sanitaria domina a una intervención alternativa (cuando es menos costosa y tiene una mayor efectividad), estos resultados son difíciles de interpretar cuando la intervención tiene mayor efectividad pero también un mayor coste.

Para poder juzgar que el beneficio en salud tiene un coste adicional, los economistas utilizan la noción del coste de oportunidad, que se define como el valor de los recursos en la mejor alternativa utilizada. En este contexto de intervenciones sanitarias, los costes de oportunidad de utilizar recursos para financiar una intervención son los beneficios en salud que se pierden al no poder financiar otras intervenciones diferentes. Por lo tanto, con tantas intervenciones sanitarias demandando recursos sanitarios, es necesario comparar donde se ganan mayores beneficios en salud y donde se deben utilizar. Para esto se requiere una medida genérica de resultados en salud, que se pueda comparar entre diferentes problemas de salud. Tal vez el mejor resultado en salud conocido sea el año de vida ganado (AVG) y el año de vida ajustado por calidad (AVAC). Aunque otros mecanismos han sido sugeridos por la comunidad científica, todas estas medidas principalmente reconocen que mortalidad y morbilidad son características importantes de los estados de salud. Por lo tanto en esta metodología utilizamos el AVG y AVAC de una forma general para tratar de ajustar mortalidad y morbilidad.

Algunos autores sugieren que el objetivo del análisis coste-efectividad es comparar los costes y efectos de un tratamiento con una alternativa relevante. Hay cuatro situaciones que forman cuatro niveles para los resultados del análisis coste-efectividad. Los 4 niveles coste-efectividad se muestran en la figura 1. Hay que tener en cuenta que los niveles que ilustran la figura es incremental tal que el tratamiento comparador (el tratamiento control en este caso) es el origen en la figura y los ejes horizontal y vertical por lo tanto se vinculan al efecto y a las diferencias en costes respectivamente. Cuando una intervención es simultáneamente más barata y más efectiva que la otra (cuadrante II y IV sobre el nivel coste-efectividad), el tratamiento de elección esta claro ya que domina la intervención alternativa. Sin embargo, cuando una intervención tiene mayor efectividad y mayor coste (cuadrantes I y III sobre el nivel

coste-efectividad), entonces la decisión no está clara. Por lo tanto, es necesario tomar una decisión acerca de si los costes adicionales del tratamiento más caro se justifican por la efectividad adicional asociada con el tratamiento. Para poder ayudar a tomar una decisión sobre dicho juicio, se puede calcular una relación coste-efectividad incremental la cual proporcionará un resumen del coste-efectividad de una intervención en relación a la otra.

Figura 1. Niveles coste-efectividad



Interpretación de las League Tables o Rankings coste-efectividad

En los últimos años ha sido muy común comparar las intervenciones sanitarias en términos de su coste-efectividad relativa, expresada en coste por AVG o coste por AVAC. El primer ranking o *league table* sobre actuaciones sanitarias publicado en el Reino Unido lo elaboró Williams (1985), en los Estado Unidos las han publicado Torrance y Zipurky (1984) y Schulman et al. (1991). Las league tables o rankings llevan consigo dos motivaciones. Primero, los analistas que evalúan un tratamiento o programas sanitarios concretos suelen comparar sus resultados con otros estudios (en un contexto más amplio). Segundo, algunos analistas buscan ilustrar las decisiones

sobre asignación de recursos sanitarios entre programas alternativos. La mayoría de las críticas a las *league tables* o rankings se dirigen a esta segunda motivación.

Para que la información de las *league table* o ranking tenga alguna utilidad para los responsables de tomar las decisiones, debe poderse confiar en que la metodología de los estudios originales esté estandarizada y sea homogénea entre sí. Drummond et al. (1993) han estudiado estos temas con referencia a la *league tables* o rankings y creen que son muy importantes varios componentes metodológicos: (1) la tasa de descuento; (2) el método de estimar las preferencias de estado de salud; (3) el rango de costes y consecuencias considerados y; (4) la elección del programa de comparación. No obstante, además de los retos metodológicos, diversos autores han argumentado que el segundo uso de las *league tables* o rankings (es decir, asignar recursos) es bastante complejo y tiene muchas dificultades.

Extrapolación de los resultados de evaluación económica

En las *league tables* o rankings los programas que se comparan provienen a menudo de entornos muy diversos. Ciertos datos científicos son ciertamente transferibles, por ejemplo el efecto clínico de que un paciente tome determinada medicina será similar probablemente, pero eso mismo podría no ser cierto en una misma operación llevada a cabo por cirujanos diferentes. Por lo tanto, la aplicabilidad de los resultados de las evaluaciones económicas de un entorno a otro, dentro de un país y entre países, ha generado amplio debate.

La creciente bibliografía sobre el tema y la rápida expansión de las tecnologías sanitarias a nivel internacional plantean la necesidad de efectuar, o al menos interpretar, las evaluaciones económicas también a nivel internacional. Más aun, muchas veces los ensayos clínicos controlados se llevan a cabo a nivel internacional para reclutar suficientes pacientes o satisfacer las necesidades de agencias médicas o reguladoras de un país que requieren disponer de pruebas de eficacia sobre su propia población de pacientes.

Existen diferentes razones para suponer que los datos económicos pueden ser fácilmente no trasferibles desde el entorno en que se lleva a cabo el análisis a otros lugares distintos. Entre ellas están las diferencias de disponibilidad de los tratamientos alternativos y posibles diferencias en los patrones de práctica clínica, en los precios relativos y en los incentivos a los profesionales e instituciones sanitarias.

Factores que afectan al coste-efectividad

El coste-efectividad de un tratamiento varía según la característica de los pacientes; es decir: sus edades, estilos de vida e historial médico. Así pues, cuando se discute el coste-efectividad de los tratamientos y programas asistenciales es importante especificar la población de pacientes a quienes se aplica la intervención.

Así mismo, los países difieren en la gama de tratamientos e instalaciones sanitarias disponibles para sus poblaciones. Aunque la práctica clínica está en parte limitada por las alternativas disponibles, se sabe que también varía entre los médicos de una misma zona geográfica con esencialmente el mismo rango de opciones terapéuticas. En la medida en que la práctica médica es susceptible a variaciones entre países e incluso regiones, probablemente afectará al coste-efectividad relativo de cada tratamiento.

Además los niveles de precios varían entre los países. Desde el punto de vista de las valoraciones de coste-efectividad, sin embargo, la cuestión clave es saber si los precios relativos de los recursos sanitarios. Es bien sabido que si entre países los precios relativos de los principales fármacos para una patología concreta difieren, también lo hará su coste-efectividad relativo.

¿Cómo podemos adaptar los resultados de un entorno a otro?

Cualquier análisis que intentase adaptar los resultados de una evaluación económica de un entorno a otro afrontaría una de las siguientes tres situaciones.

Primero, que durante los ensayos clínicos sólo se hubieran recogido datos clínicos y las evaluaciones económicas debieran producirse para más de un país o entorno. Aquí la única opción es realizar una modelización, combinando los datos clínicos con los costes (y posiblemente con los de calidad de vida) obtenidos de diversas fuentes.

Segundo, que los datos económicos (por ejemplo, las cantidades de uso de recursos) se hayan recogido durante un ensayo clínico efectuado en un país, pero las evaluaciones económicas se quieren para otros entornos. Aquí se podría hacer un estudio de modelización utilizando sólo datos clínicos tal como se señaló anteriormente. Otra alternativa sería adaptar los datos de uso de recursos, hasta hacerlos relevantes para otro entorno.

Tercero, que los datos económicos se hubiesen recogido durante un ensayo clínico multinacional y se necesitasen evaluaciones económicas para todos los países participantes en el ensayo. Aquí el analista dispone de varias opciones para manejar dichos datos sobre uso de recursos. En primer lugar es posible agruparlos en un pool,

como es común hacer con los datos clínicos, y luego asignarles un precio separado para cada país. En segundo lugar, como alternativa se pueden analizar por separado los datos sobre uso de recursos para los pacientes de cada país y luego asignarles precios por país. En este caso, los analistas podrían asimismo optar por calcular índices coste-efectividad por país, utilizando los resultados clínicos agrupados en, o los individuos de, cada país.

Cada situación presenta sus retos analíticos, y hoy por hoy existen muy pocos ejemplos publicados en la bibliografía.

Análisis del umbral coste-efectividad

A pesar de la tendencia internacional respecto a la adopción del criterio de eficiencia como elemento de priorización por parte de los decisores sanitarios en el mundo son muy pocas las evaluaciones económicas completas en las que los autores establecen recomendaciones sobre la conveniencia o no de adoptar una determinada tecnología sanitaria y no existe un criterio unánime a la hora de realizar tales recomendaciones. Así pues, el problema surge cuando tratamos de definir cuándo un beneficio extra *compensa* su coste adicional. En Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste-efectividad aceptable si el coste adicional de cada AVAC ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC. Aunque dichos límites se establecieron de una forma un tanto arbitraria, a partir de las recomendaciones de estudios de evaluación económica publicados se utilizan frecuentemente como referencia para decidir si una intervención es o no eficiente. Una reciente revisión de los estudios coste-utilidad (que expresan los resultados como coste por AVAC) publicados hasta 1997, en la que se evaluaron 228 artículos y 647 intervenciones, demostró que el 34% de los artículos seleccionados estableció explícitamente que sería aceptable un coste por AVAC inferior a 100.000 dólares con un valor mediano de 50.000 dólares por AVAC.

En España no existe un criterio similar que permita decidir sobre la aceptabilidad o no de una tecnología sanitaria en función de su coste-efectividad. Aunque el número de evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España está aumentando, aún son escasas las publicaciones en las que los autores discuten si su coste sería aceptable socialmente. En un estudio recientemente publicado, los autores después de realizar una revisión sistemática de la literatura publicada recomiendan todas las intervenciones con un coste inferior a los 30.000 € /AVG. A partir de esa cifra, el bajo número de estudios que incluían una recomendación impide establecer

un criterio preciso: el único estudio con un coste-efectividad superior a los 120.000 € por AVG recomienda la no adopción. Entre los 30.000 € y los 120.000 € por AVG nos encontraríamos en una zona de incertidumbre. Aunque estos límites sean similares a los utilizados en otros países, debe tenerse en cuenta que en este trabajo los resultados se miden como coste por AVG y AVAC.

7.3. Estructura de la revisión de los estudios coste-efectividad en el Plan de Salud de Canarias 2004-2008

Proceso de selección de las diferentes intervenciones coste-efectividad para la realización de un ranking o league table en el Plan de Salud de Canarias

Para la incorporación de intervenciones sanitarias coste-efectividad al nuevo Plan de Salud de Canarias, se realizó una búsqueda bibliográfica de las evaluaciones económicas publicadas desde 1981 hasta 2002 en las siguientes bases de datos:

- Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>)
- CRD Databases (<http://agathe.york.ac.uk/wellcome.htm>). Centro de Revisión y Diseminación de Servicio Nacional de Salud. Centre for Health Economics, Universidad de York, Reino Unido.
- Health Economic Evaluations Database (HEED). Oficina de Economía de la Salud. OHE-IFPMA Database Ltd. Londres. Reino Unido.
- The Cochrane Library. 2002 Issue 2.

La estrategia de búsqueda en Medline se basó en la selección realizada por Briggs and Gray (1999) en el Reino Unido. La estrategia de búsqueda final se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Búsqueda electrónica de las bases de datos del Medline

Términos de búsqueda MEDLINE	de la en	Diabetes	Cáncer	Cardiopatia isquémica	Envejecimiento / Salud Laboral / Accidentes	Total
(YEAR* OF LIFE) AND COST	AND	193	919	332	1.641	3.085
LIFE-YEAR*	AND	27	126	46	480	679

COST							
WELL COST	YEAR*	AND	0	2	0	2	4
HEALTHY COST	YEAR	AND	11	29	8	38	86
COST UTILITY			46	350	91	575	1.06 2
Total			277	1.426	477	2.736	4.91 6

Se han seleccionado las evaluaciones económicas completas, es decir, aquellas que evaluaban al menos dos tecnologías alternativas, midiendo tanto los costes como los efectos resultantes de su aplicación. Posteriormente, se seleccionaron aquellos trabajos en los que el cociente coste-efectividad se expresaba como coste por AVG o coste por AVAC.

De cada uno de los artículos seleccionados se recogió información sobre la tecnología evaluada, el comparador utilizado, las características de los pacientes sobre los que se evaluaba la intervención, el resultado del análisis y la recomendación de los autores sobre la adopción de la tecnología evaluada. Con el fin de simplificar los resultados, cuando en los estudios se evaluaba la eficiencia de una intervención sobre distintos subgrupos de pacientes, se recogieron los valores mínimo y máximo del cociente coste-efectividad incremental, es decir, el resultado más favorable y el menos favorable. No se recogió información sobre los resultados de los análisis de sensibilidad. Puesto que los resultados de muchos de los estudios estaban expresados en dólares y con frecuencia los datos de costes se habían obtenido hacía varios años, todos los resultados se transformaron en pesetas (utilizando la base de datos de la OCDE) y los costes se actualizaron a valores en euros de diciembre del año 2001, utilizando las cifras del IPC anual.

Resultados de la revisión

En el proceso de búsqueda, se han revisado 4.916 potenciales estudios. Un total de 260 intervenciones se han identificado en 100 artículos que respondían a los criterios de búsqueda. Las intervenciones se han ordenado en un ranking o league table exhaustivo, junto con los índices coste-efectividad en euros a diciembre 2001 por AVG o AVAC (Tabla conjunta). El criterio de ordenación ha sido de mayor o mejor coste-efectividad (mayor eficiencia) a menor o peor relación coste-efectividad (menos eficiencia). Las intervenciones están agrupadas por categoría de enfermedad

(diabetes, cardiopatía isquémica, cáncer, envejecimiento, accidentes y salud laboral) y tipo de intervención dentro de la categoría de enfermedad. Destacamos el hecho de que 14 de las intervenciones informan que llevan consigo ahorro y 13 son dominadas.

De las 260 evaluaciones económicas completas de intervenciones sanitarias, en 137 de los estudios, los resultados se expresaron como coste por AVG, en 123 como coste por AVAC.

7.4. Conclusiones

Se desconoce cuál es el coste-efectividad de la mayoría de las intervenciones sanitarias, y uno de los problemas para poder calcularlo es el bajo número de estudios clínicos y evaluaciones económicas en las que los resultados se expresan utilizando variables finales (AVG o AVAC), que son las relevantes para que los decisores sanitarios puedan establecer comparaciones. Los rankings o league tables de coste por AVAC y coste por AVG pueden ser una primera aproximación, descriptiva, sobre el coste-efectividad de algunas intervenciones utilizadas en nuestro entorno y sobre los criterios utilizados para su adopción.

Los métodos para la evaluación económica de las tecnologías se han desarrollado y refinado en los últimos años. Mientras que tal evaluación puede no proporcionar la respuesta completa a una determinada pregunta, contienen una información valiosa para utilizar en una variedad de decisiones, permitiendo afrontar la incertidumbre sobre si una tecnología nueva debe ser financiada o no; a cómo elegir entre diversas alternativas para mejorar los resultados en salud del paciente. La elección es inevitable y la evaluación económica es una opción para hacer la elección más racional y la asignación de los recursos más transparente y eficiente.

La evaluación económica trata de determinar qué tecnología es más eficiente o, lo que es lo mismo, cuál produce mejores resultados para la salud según los recursos invertidos, una vez identificados, medidos y comparados los costes, riesgos y beneficios de los programas, servicios o terapias. Según esa definición, y contrariamente a lo que podría suponerse, en una evaluación económica no se considera exclusivamente el coste de las tecnologías comparadas, sino que se trata de relacionar dichos costes con los efectos obtenidos, es decir, se comparan sus eficiencias. Así, dentro de la evaluación global de una tecnología podemos distinguir la evaluación clínica, basada en la eficacia/efectividad y en la seguridad, y la evaluación económica, basada en la eficiencia, donde además se incluye el cálculo de los costes.

Con las precauciones antes señaladas, los rankings o *league tables* coste por AVG y AVAC que hemos desarrollado en el Plan de Salud pueden ayudar a las autoridades a priorizar intervenciones o programas.