



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Los sistemas sanitarios europeos a examen European Health Systems to examine



G. Carrasco

Editor de cierre de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Recibido el 16 de febrero de 2015; aceptado el 17 de febrero de 2015
Disponible en Internet el 9 de abril de 2015

El 27 de enero de 2015 se presentó en Bruselas el informe *Euro Health Consumer Index* (EHCI) de 2014¹ que elabora desde hace 10 años la empresa privada, con sede en Suecia, *Health Consumer Powerhouse Ltd*. Como en ediciones anteriores, las dimensiones estudiadas para establecer la clasificación fueron 5: derechos de los pacientes e información (175 puntos), listas de espera (250 puntos), resultados (300 puntos), servicios cubiertos (175 puntos) y productos farmacéuticos (100 puntos), hasta un máximo de 1.000 puntos. España con 670 puntos ocupó el puesto 19 en un *ranking* de 36 países, a 6 puestos de Portugal y a 18 del eterno ganador, Holanda, país que se mantiene en la cima, obteniendo 898 puntos, seguido por Suiza, Noruega, Finlandia y Dinamarca.

Estos sorprendentes resultados deben hacernos reflexionar sobre el rigor, la validez y la fiabilidad de este tipo de *rankings*, gestionados por empresas privadas y basados en una metodología cuestionable que difícilmente resistiría un análisis objetivo.

No cabe duda que la idea de comparar países es una buena iniciativa para promover la mejora de la calidad asistencial². Los sistemas sanitarios deben mirarse unos a otros, compararse, evitar errores de otros y copiar aciertos. Todos podemos aprender de todos. Pero los que hacemos *benchmarking* a nivel local sabemos que cualquier comparación entre hospitales o centros de salud es una tarea que entraña gran dificultad³. Se deben ajustar los resultados al riesgo, a partir de una montaña de datos que han de ser depurados rigurosamente. Por tanto, cuando hablamos de comparar sistemas nacionales de salud, la tarea que se nos presenta es aún mucho más ardua y complicada⁴. Al fin y al

cabo, los sistemas sanitarios son organizaciones complejas y multidimensionales, que pueden mostrar una imagen muy diferente según la perspectiva y los valores del observador. Construir un indicador compuesto, como el que presenta el EHCI, requiere un panel de expertos internacionales que representen a todo el universo muestral donde se van a aplicar la recogida de datos y un largo proceso Delphi de depuración multidimensional que minimice los sesgos al evaluar los pesos aplicables a cada elemento de la ecuación⁵. Por esta razón, resulta imprescindible hacer pública la metodología empleada para elaborar la ecuación del índice. No es una cuestión técnica que nos interesa solo a los dedicados a la metodología. Es una cuestión de transparencia y rigor, sin ese paso los resultados pueden ser cuestionables y poco creíbles.

Pero veamos 6 detalles interesantes del informe EHCI:

- En primer lugar, el panel de expertos externos incluyó solo 5 investigadores (un danés, un británico, un irlandés, un alemán y un sueco) cuando la lógica metodológica aconsejaría la participación de un mínimo de 36 expertos, por lo menos uno por cada país evaluado. La ausencia de representantes de la Europa Meridional y del Este, con culturas y valores alejados de los participantes, introduce un importante sesgo en la ponderación del índice sintético del EHCI⁶. Si no es así, resulta difícil de explicar que el peso de la dimensión «derechos e información de pacientes» y el de *e-Health* iguale al de los resultados en salud. Cualquiera de nosotros preferiría estar algo menos informado y menos interconectado, a cambio de que la efectividad de su tratamiento fuera óptima.
- En segundo lugar, cabe resaltar que no se acaban aquí las inconsistencias. El cálculo del desempeño, que consiste en

Correo electrónico: geniscarrasco@telefonica.net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.02.001>

1134-282X/© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

relacionar resultados (puntuación en el numerador) con costes (en el denominador), facilita que los países que menos invierten en sanidad (denominador más bajo) tengan más alto este índice (más resultados para el mismo gasto). Tampoco se escapa de la crítica la existencia de escandalosos sesgos de observación como suspender a España en *e-Health*, a pesar de que 9 millones de ciudadanos se benefician de la receta electrónica y que España participa en el proyecto europeo *Smart Open Services-Open e-Health initiative for a European Large Scale Pilots*⁷, liderando los trabajos sobre historia clínica y receta electrónicas.

- En tercer lugar, se deben añadir a los anteriores problemas metodológicos, los específicos de la construcción de los 38 indicadores con los que se miden los distintos atributos o dimensiones del índice⁸. Valorar negativamente que los resultados de los análisis clínicos no se envíen a los pacientes sin las imprescindibles explicaciones del médico o no disponer de una *web* o teléfono permanente las 24 h (que se lo digan a los operadores del 112) en el que también suspendemos, no parecen, desde aquí, atributos clave para valorar un sistema de cuidados de salud.
- Una cuarta objeción se relaciona con la arbitraria y poco rigurosa presentación de los resultados, mostrando las raíces cuadradas de los denominadores de gasto y cambiando las escalas de puntuación de los numeradores. Estas inconsistencias se podrían evitar empleando metodologías mucho más solventes, como el análisis envolvente de datos (*data envelopment analysis*)⁹, que permite comparar la eficiencia relativa en diferentes dimensiones que ya utilizó la OMS en su informe del año 2000¹⁰.
- En quinto lugar, sorprende que el citado estudio no incluya entre sus indicadores ni la universalidad en la protección de la salud ni el pago o copago de los servicios sanitarios. Un olvido un tanto sospechoso de parcialidad.
- Un sexto aspecto cuestionable hace referencia a la estrategia en la selección de los datos. Aquí el EHCI tampoco sale bien parado ya que reúne resultados de diversos estudios privados procedentes de fuentes no suficientemente contrastadas y, en ocasiones, no respaldadas por las estadísticas oficiales. Tras su lectura, no puede evitarse la sensación de que el informe contempla la sanidad no tanto como un derecho, sino como un negocio, un bien de consumo, sin tener en cuenta el modelo de sistema sanitario existente en cada país.

Por todas estas razones, no resulta extraño que los resultados del EHCI contrasten radicalmente con los de otros estudios más rigurosos, como el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS del año 2000¹⁰, que nos colocaba en el séptimo puesto mundial o los del Atlas Europeo de Mortalidad^{11,12}, en el que España mantiene los niveles más altos de salud y longevidad de Europa, incluso en las causas de mortalidad evitable con la asistencia sanitaria.

El índice EHCI aparece como un método de medir únicamente la perspectiva de los consumidores, lo que no resultaría un problema si dicha perspectiva incluyera la nuestra y no solo la de los ciudadanos holandeses, suecos, daneses o suizos con unos valores legítimos pero muy diferentes a los nuestros. Porque los que hemos sufrido en carne propia el funcionamiento de un sistema sanitario como el holandés, con financiamiento público y prestadores

privados, no podemos valorar positivamente que la mortalidad sea un 10% más alta que la española, que existan listas de espera para disponer de médico de cabecera (*huisart*), que sea imposible acudir al especialista sin que te envíe el médico de cabecera (aunque ya tengas historia clínica abierta), o que resulte difícil ir a urgencias sin una autorización telefónica previa. Puede que los holandeses, los daneses o los suecos valoren positivamente estos filtros, pero puedo asegurarles que en España los ciudadanos los consideran verdaderos problemas de accesibilidad.

En definitiva, ni estamos a la cola de Europa en sanidad ni debemos caer en la autocomplacencia de creer que tenemos los mejores servicios sanitarios del continente. Probablemente, como en muchas cosas de la vida, la realidad se sitúe equidistante entre ambos extremos. Pero para poder conocer la realidad deberíamos disponer de un método menos arbitrario e inconsistente que el del EHCI. Desde Bruselas, se debería promover la creación de un *ranking* oficial de los sistemas sanitarios europeos, con la participación de expertos de todos los países, que se elaborara con una metodología rigurosa y objetiva desde una perspectiva neutral que equilibrara adecuadamente las legítimas expectativas de los ciudadanos (calidad percibida) con los resultados en salud (calidad técnica).

Este debería ser el primer paso ante la perspectiva de disponer de un *benchmarking* para la mejora de la calidad asistencial en el entorno europeo, elemento previo imprescindible para la armonización de los sistemas existentes y para garantizar los derechos sanitarios transnacionales de los ciudadanos de la Unión Europea.

Bibliografía

1. Informe Euro Health Consumer Index 2014 [consultado 10 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI.2014/EHCI.2014.report.pdf>
2. Orchard C. Comparing healthcare outcomes. *BMJ*. 1994;308:1493-6.
3. Barber E. Benchmarking the management of projects: A review of current thinking. *Int J Proj Manag*. 2004;22:301-7.
4. Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Pol*. 2012;107:11-20.
5. Navarro V. Assessment of the world health report 2000. *Lancet*. 2000;356:1598-601.
6. Langford M, Higgs G. Measuring potential access to primary healthcare services: The influence of alternative spatial representations of population. *Prof Geogr*. 2006;58:294-306.
7. Larsson H. Evolving structure in the implementation of healthcare information systems: An actor-network analysis. *Elect J of e-Gov*. 2011;9:30-40.
8. Repullo JR. Validez de los indicadores agregados de desempeño. *Rev Calid Asist*. 2010;25:1-3.
9. Cooper WW. Data envelopment analysis. *Enc Oper Res Manag Sci*. 2013;3:349-58.
10. World Health Report 2000. Tablas estadísticas [consultado 10 Feb 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_en.pdf
11. Duarte MV, Benach J, Martínez JM, Pujolràs MB, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit*. 2009;23:16-22.
12. Health statistics - Atlas on mortality in the European Union. Eurostat Statistical Books, 2009. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-30-08-357/EN/KS-30-