

Un sistema sanitario de calidad contrastada, eficiente y sostenible

El Sistema Nacional de Salud español, siempre ocupa los primeros puestos a nivel internacional en eficiencia y calidad. .

En 2016 The Lancet publicó los resultados de la medición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en 188 países, mediante un análisis de la carga mundial de enfermedad en 2015. Se ponía de relieve la importancia de los ingresos, de la educación y de la fecundidad como motores de la mejora de la salud y situaba a España en séptimo lugar.

También en 2016 se publicó el *Bloomberg Health Care Efficiency Index*, que mide la eficiencia de los sistemas sanitarios bajo tres parámetros: esperanza de vida, gasto en salud *per cápita* y peso relativo del gasto sanitario sobre el PIB y, de los 55 países que aparecen en el ranking, España figuraba en el tercer lugar.

Hace pocas semanas, The Lancet publicaba una clasificación de 195 países según un índice de calidad de acceso a los servicios sanitarios (HAQ, por sus siglas en inglés de Healthcare Access and Quality Index). España estaba en el 8º puesto. En realidad el 4º, a igualdad de puntos que Suecia, Noruega, Australia y Finlandia.

Como se trata de países con situaciones demográficas y económicas dispares, si relacionamos los valores HAQ de los 35 países de la OCDE, más homogéneos, comparando con gasto sanitario total, gasto sanitario público, gasto de bolsillo (lo que pagan los ciudadanos directamente para acceder a los servicios sanitarios públicos y/o privados) y modelo sanitario de los países (servicios nacionales de salud, versus modelos de seguros y/o privados), se comprueba que existe una relación lineal significativa con el modelo sanitario (4,32 puntos más en el índice HAQ en los países con modelos de servicios nacionales de salud) y con el gasto sanitario público *per capita* medido en \$ en poder paritario de compra (0,2 puntos más por cada aumento de 100 \$ ppp).

La calidad, la eficiencia y el prestigio social de los servicios sanitarios públicos se basa, sobre todo, en su atención primaria. Según el último análisis del Instituto danés NIVEL.

Además, nuestra atención primaria tiene una clara inclinación a mejorar la equidad. En la población anciana es marcada su tendencia a favorecer a las clases sociales más pobres.

Son datos, junto a los de la propia OMS, que avalan la calidad y la eficiencia de nuestra asistencia sanitaria pública y

que vienen a contradecir la estrategia neoliberal imperante desde siempre, pero con más intensidad durante la crisis, basada en el desprestigio, la deslegislación y la desfinanciación de la sanidad pública para favorecer la supuesta superioridad de la gestión privada.

Tan buenas evaluaciones no significa conformismo, hay que seguir apostando por la mejora continuada de la calidad y por el uso eficiente de los recursos. Como afirma Jean Tirole en "La economía del bien común", es esencial presupuestar en función de los objetivos, en lugar de en función del gasto, y plantearse, por ejemplo, si nuestros hospitales ofrecen la mejor atención médica posible teniendo en cuenta el presupuesto de que disponen; es decir, si controlan al máximo el gasto en relación a la calidad de la atención que proporcionan.

Respecto a la eficiencia, se han propuesto iniciativas en el terreno de la gestión intermedia, como las descritas en 2014 en una publicación de BMJ, cuestionando prácticas como las pruebas de imagen en el dolor lumbar o las cefaleas, o el uso de antipsicóticos en los ancianos, o campañas de detección precoz del cáncer.

Recientemente el Servicio de Salud del Principado de Asturias ha anunciado que asumirá treinta recomendaciones de socie-

dades científicas para no hacer pruebas, exploraciones, revisiones y tratamientos innecesarios, y su incorporación a guías y manuales de práctica clínica (por ejemplo, no realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico; no realizar colecistectomías en pacientes con colelitiasis asintomáticas, etc...).

Unas y otras recomendaciones, como las estrategias de desprescripción, abundan en la idea del decrecimiento y en la evitación del sobrediagnóstico y sobretratamiento, y en la importancia de la prevención cuaternaria para favorecer la seguridad del paciente, siempre que no redunden en desigualdades (no hacer a quién puede realmente necesitarlo y desfinanciar para privatizar o para copagar).

Defendámos nuestro sistema sanitario y consigamos un acuerdo político amplio para respetarlo y prestigiarlo; acuerdo con carácter general y no sólo reformas dispersas y parciales. El acuerdo político implica mantener el modelo sanitario público y una adecuada financiación, mediante una previsión plurianual de los gastos, una ejecución del gasto bajo la supervisión del parlamento y auditorías de modernización. (LP, MSB).

Hay que seguir apostando por la mejora continuada de la calidad y por el uso eficiente de los recursos