

Medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos. El caso de Osakidetza – Servicio vasco de salud

Fco. Javier Cano Fernández, Marisol Esteban Galarza

Cómo citar este artículo: CANO, F.J. & ESTEBAN, M. (2023): “Medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos. El caso de Osakidetza – Servicio vasco de salud”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 107, 321-354.

DOI: <https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.107.21160>.

How to cite this article: CANO, F.J. & ESTEBAN, M. (2023): “Measuring quality in public health services. The case of Osakidetza – Basque Health Service”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 107, 321-354.

DOI: <https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.107.21160>.

Medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos. El caso de Osakidetza – Servicio vasco de salud

Fco. Javier Cano Fernández, Marisol Esteban Galarza

RESUMEN: Este artículo trata sobre la medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos del País Vasco, cuya provisión corresponde al ente público Osakidetza – Servicio vasco de salud. Se describen métodos y herramientas de calidad generales en el ámbito de la gestión empresarial y sanitaria, junto con otras específicas de Osakidetza, a las que, estas últimas, se les dedica un análisis más profundo. En concreto, el concepto de calidad se ha estudiado desde una perspectiva poliédrica, que incluye diferentes aspectos del término, tales como la calidad contratada frente a la calidad financiada; la calidad certificada, comparada, percibida y evaluada. La principal conclusión es la constatación de la importancia que en el Servicio vasco de salud tienen los objetivos orientados a la calidad del servicio sanitario y calidad de la gestión. Estos se consiguen, entre otros, mediante el conocimiento de la percepción que tienen sus pacientes y usuarios de la atención sanitaria recibida a través de encuestas de satisfacción, así como del establecimiento de compromisos de calidad contratados que cuando son alcanzados reciben financiación específica a través de la fórmula de formalización de contratos programa.

PALABRAS CLAVE: Economía pública, calidad, servicio de salud, Osakidetza, gestión pública, País Vasco.

CLAVES ECONLIT: H75, I18, L15.

Cómo citar este artículo/How to cite this article: CANO, F.J. & ESTEBAN, M. (2023): “Medición de la calidad en los servicios sanitarios públicos. El caso de Osakidetza – Servicio vasco de salud”, *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 107, 321-354.

DOI: <https://doi.org/10.7203/CIRIEC-E.107.21160>.

Correspondencia: Fco. Javier Cano Fernández, Osakidetza, Red de Salud Mental de Bizkaia, Área Económico-Financiera, javier.canofernandez@osakidetza.eus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4414-4017>; Marisol Esteban Galarza, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Facultad de Economía y Empresa, Departamento de Políticas Públicas e Historia Económica, Marisol.Esteban@ehu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4553-1126>.

ABSTRACT: This article deals with the measurement of quality in public health services in the Basque Country, which are provided by the public body Osakidetza - Basque Health Service. It describes general quality methods and tools in the field of business and health management, together with others specific to Osakidetza, the latter of which are analysed in greater depth. Specifically, the concept of quality has been studied from a multi-faceted perspective, which includes different aspects of the term. Such as contracted versus funded quality; certified, comparative, perceived and evaluated quality. The main conclusion is the confirmation of the importance of objectives aimed at the quality of the health service and management quality in the Basque Health Service. These are achieved, among other things, through knowledge of the perception of patients and users of the health care received through satisfaction surveys, as well as the establishment of contracted quality commitments which, when achieved, receive specific funding through the formula of formalising programme contracts.

KEYWORDS: Public economics, quality, health service, Osakidetza, public management, Basque Country.

Expanded abstract

Measuring quality in public health services. The case of Osakidetza – Basque Health Service

This article deals with the measurement of quality in public health services in the Basque Country, which are provided by the public body Osakidetza - Basque Health Service (OSK). General quality methods and tools in the field of business and health management are described, together with others specific to OSK, the latter being analysed in greater depth. Specifically, the concept of quality has been studied from a multi-faceted perspective, which includes different aspects of the term, such as contracted quality versus financed quality; certified, compared, perceived and evaluated quality.

Objectives

The main objective of this article is to learn about and list the quality methods and tools of one of the Spanish autonomous public health systems. Specifically, it will deal with the case of OSK, contextualised with other quality tools and indicators in the national context. Therefore, it will include quality aspects specific to OSK, together with other general aspects, applicable to any health service and geographical area. As a secondary objective and by way of conclusions, we will try to estimate the influence between the implementation of quality policies, health and demographic results, as well as the satisfaction perceived by patients and users of OSK.

The secondary objective, and by way of conclusions, will be to estimate the influence between the implementation of quality policies, health and demographic outcomes, as well as the satisfaction perceived by patients and users of OSK.

Methodological Approach

In coherence with the objectives of the article, a list and description has been made of a large part of the methods and tools for measuring quality in the Spanish National Health System (SNS), together with others specific to OSK in order to frame the study. This has been developed in the sections of the article entitled: contrasted quality vs. financed quality; certified quality; comparative quality and perceived quality.

On the other hand, the section prior to the conclusions of the article, referring to assessed quality, has an empirical design, where demographic indicators corresponding to all the Spanish autonomous communities and their two autonomous cities have been analysed. These are life expectancy at birth and average population age, obtained from the Spanish National Statistics Institute (INE). At the same time, other sources have been used, with the same scope and

similar validity, now in the health field, such as the surgical waiting list of the SNS, from the Ministry of Health, (several years).

With all of this, a double study has been carried out. Firstly, statistical analysis by means of a simple regression analysis, complemented with graphs, at autonomous community level, which include each of the trend lines of the parameter represented, as well as the linear equation of the straight line that best adjusts to the trend of the data.

In short, the methodological approach of the article has been descriptive and empirical, and within the latter, statistical and graphical, with the particularity that the data of the empirical analysis are up to date, and beyond the worst moments of the COVID-19 pandemic.

Results

The main results of the study are the consequence of the empirical analysis carried out in the evaluated quality section. With regard to the comparison of surgical waiting lists in the Spanish Autonomous Regions (ACs), the result for OSK / Basque Country was the best of all the SNS, with the shortest average waiting time, which, however, during the pandemic period and as in the rest of the ACs, worsened notably. As regards the evaluation of quality through demographic indicators such as life expectancy at birth and average age of the population, all the Autonomous Regions are moving towards a greater ageing of their population, albeit with very different starting points. The Autonomous Regions of the Cantabrian coast, including the Basque Country and the northern plateau of Spain, have a higher average population age.

On the other hand, apart from the starting point of life expectancy at birth, which is high in all the Autonomous Regions and somewhat lower in the Spanish North African autonomous cities, the impact of COVID-19, quantified by the adjusted excess mortality rate, means that the Basque Country would be at an average value with respect to other Autonomous Regions.

Therefore, the impact of mortality in relation to COVID-19, despite the fact that many causal aspects are still unknown, has generally been greater in the Autonomous Regions in the north of the peninsula, bordering or close to France (Navarre, Catalonia, Aragon, Rioja, in addition to the Basque Country) and those Autonomous Regions in the north of the peninsula, bordering or close to France (Navarre, Catalonia, Aragon, Rioja, as well as the Basque Country) and those with a resident population in areas of high population density (Madrid, Catalonia and also, in this case, the Basque Country) and finally, in Autonomous Regions close to Madrid with a significant population flow with the latter, for work, education, health reasons, etc. , the latter being the case of the two Castillas.

The best results were obtained by the two archipelagos (Canary Islands and Balearic Islands), as well as Galicia and Cantabria, and this is perhaps due to the fact that once the State of Alarm was declared, the restrictions on mobility allowed for greater and better isolation of the population. Some due to their insularity and others due to their dispersion and low population density, in addition to their peripheral location within the peninsular territory.

Limitations to the research

Two main limitations have been encountered when undertaking the research. Firstly, the difficulty in comparing the different regional health services of the SNS. In part, this limitation could be avoided by using homogenised information from the same source (Ministry of Health and the Spanish National Institute of Statistics). The second difficulty is that during the COVID-19 pandemic, although there have been numerous studies and hypotheses that can be compared, to date, the unknowns are even more numerous than the verified evidence.

Practical conclusions

The main conclusion is the confirmation of the importance of objectives aimed at the quality of the health service and management quality in the Basque Health Service. These are achieved, among other things, through knowledge of the perception of patients and users of the health care received through satisfaction surveys, as well as the establishment of contracted quality commitments which, when achieved, receive specific funding through the formula of formalising programme contracts.

The second conclusion, applicable not only to the field of quality or health, but in general, is the need to know the reality of the environment in the shortest possible time. To this end, it is necessary to have synthetic and robust indicators that allow us to extrapolate each specific situation prospectively in order to be able to make decisions with the best possible knowledge of the facts. Especially in crisis or risk situations.

Original value

The main original value of the article, especially with regard to its empirical analysis, is that the data sources are very recent, practically obtained in real time with respect to the health crisis under study and its subsequent consequences on demographic indicators. Moreover, the methodology can be extrapolated to other critical scenarios where, even more important than the refinement of the results, is the possibility of having them available in a short period of time.

1. Introducción y Objetivos

Los denominados cuatro pilares del estado bienestar: educación, sanidad, pensiones y atención a la dependencia, en condiciones de normalidad, son los principales generadores de gasto del sector público. Pero con ocasión de la pandemia del COVID-19, todos ellos, en mayor o menor medida, se han visto afectados. Sin embargo, es la sanidad, por razones obvias, la que ha sufrido el mayor impacto, incrementándose notablemente sus necesidades (personal, medicamentos, material sanitario, vacunas, infraestructuras, etc.) y su primera derivada, es el aumento del gasto sanitario público. La consecuencia de todo ello es la necesidad de refuerzo del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Por lo expuesto, el **objetivo principal** de este artículo, es conocer y enumerar los métodos y herramientas de calidad de uno de los sistemas autonómicos públicos de salud. En concreto, se trataría del caso de Osakidetza – Servicio vasco de salud (OSK), contextualizado con otras herramientas e indicadores de calidad del entorno nacional. Por tanto, incluirá aspectos de calidad específicos de OSK, junto a otros generales, aplicables a cualquier servicio sanitario y ámbito geográfico. Como objetivo secundario y a modo de conclusiones, se tratará de estimar la influencia entre la implementación de las políticas de calidad, los resultados sanitarios y demográficos, así como la satisfacción percibida por los pacientes y usuarios de OSK.

En Euskadi, la calidad de los servicios sanitarios, de acuerdo con el artículo 6 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, aprobada por el Parlamento Vasco (1997: 9), es uno de los principios informadores¹ de su sistema sanitario, estando encomendada la provisión de carácter público de dichos servicios a OSK. Por ello, en un contexto sobre calidad asistencial en particular y de los servicios sanitarios en general, resulta evidente que la clave, en primer lugar, es la definición del umbral de la calidad considerado óptimo mediante un indicador medible que pueda ser cuantificado objetivamente.

Por todo lo cual, la pregunta que debemos responder es: ¿Qué entiende o cómo define OSK la calidad?, si bien la respuesta no es tan clara, la calidad de los servicios sanitarios se puede analizar desde una perspectiva poliédrica y haber tantos enfoques referidos a calidad, como aspectos susceptibles de ser medidos y comparados.

A tal efecto, el Plan de Calidad 2003-2007 – Estrategia de Mejora de Osakidetza, (2002: 6), el último publicado, plantea dos objetivos generales: la mejora de la **calidad del servicio sanitario**, basada en la calidad técnica y percibida. El segundo objetivo guarda relación con la **calidad de la gestión**, en su más amplio sentido, que incluye los recursos humanos y materiales, el conocimiento y las herramientas para conseguir el mejor servicio posible.

El nivel de calidad, una vez fijado, podrá ser tan ambicioso como el grado de exigencia o expectativas de quien lo tenga que definir y luego “a posteriori” deberá ser contrastado en función de la consecución de los objetivos alcanzados o esperados y lo que se encuentre por

1. “Informan el sistema sanitario de Euskadi los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.”

debajo del umbral de calidad marcado, deberá considerarse como una no conformidad o un área de mejora en materia de calidad.

También es cierto que la calidad puede contrastarse, no únicamente, en función de un determinado umbral de calidad, sino a través de la comparación de los resultados medidos entre diferentes actores que ejecutan un proceso similar. Por ejemplo, es posible utilizar como referente de calidad, cualquiera de los indicadores más relevantes del ámbito de la gestión sanitaria, entre otros, las listas de espera asistenciales, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, éxitus, estancia media hospitalaria, índice de reingresos, etc., los cuales permiten realizar comparaciones entre los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), entre distintos hospitales o cualquier otro ámbito funcional o geográfico de la asistencia sanitaria.

A este respecto, por ejemplo, Moreno et al. (2010) compilan un completo catálogo de “*Indicadores de Gestión Hospitalaria*” que permiten comparar los resultados, en un mismo o distinto espacio temporal, entre diferentes organizaciones sanitarias, pero también comparar los indicadores, dentro de una misma organización a lo largo del tiempo, todo ello para conocer la evolución de la calidad asistencial a través de las mediciones obtenidas de estos indicadores de gestión.

Asimismo, Parra et al. (2012) hacen lo propio con la edición de un documento, desde la Sociedad Española de Calidad Asistencial denominado “*Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud*”, con una selección final de 51 indicadores de calidad asistencial, sobre un total de 85 indicadores iniciales, que fueron previamente objeto de priorización en diferentes reuniones, por un panel de expertos, en representación de organismos de calidad autonómicos, sociedades científicas, etc.

La estructura del artículo es consecuente con sus objetivos, organizándose en siete secciones y alguna, con sus correspondientes subsecciones, con un enfoque múltiple tanto desde el punto de vista de las distintas herramientas y metodologías de calidad utilizadas, como del ámbito geográfico de aplicación; es decir, desde lo particular de OSK a lo general del SNS. Por ello, además de las secciones habituales, como introducción, objetivos, conclusiones, etc., el cuerpo del artículo, con un esquema de elaboración propia, consta de apartados específicos de calidad relacionados con la temática del trabajo: La **calidad contratada**, en contraposición con la **calidad financiada**, son un aspecto específico de los contratos programa de OSK, que se explicará en la sección correspondiente. A continuación, ¿Qué es **calidad certificada**? Para responder a esta pregunta Pérez, (s.f.), define lo que es un certificado de calidad, el cual “*es un reconocimiento otorgado por una entidad acreditada y en virtud del cual se reconoce públicamente que una empresa cumple con la normativa vigente y los estándares de calidad establecidos en un determinado área [...]*”. Claudio y López, (2020) interrelacionan, en un mismo trabajo, basado en otro anterior de Solimine et al. (2010) los términos **calidad comparada** y **percibida**, cuando dicen que la percibida es “*la satisfacción que siente el usuario por el servicio recibido*”, mientras que la comparada “*se refiere a la comparación entre calidad percibida y prevista*”. Por otro lado, Oliva (2018) dice que “*la calidad percibida es la que un consumidor cree que tiene un producto, que puede o no coincidir con la calidad objetiva, ya que tiene que ver con la percepción, un criterio completamente subjetivo*”, citando a su vez al Diccionario LID de Marketing Directo e

Interactivo (2012). La calidad estimada es la que puede ser calculada empíricamente mediante un análisis de carácter objetivo, normalmente a través de inferencia estadística. La estimación debe sustentarse en un método verificable, sometido a contra-verificación de los hechos analizados, por tanto, sin perjuicio del principio de refutabilidad y reproductibilidad, acorde con el método científico, ya que no existen verdades absolutas, sino evidencias relativas. A este respecto, podemos encontrar trabajos recientes, sobre estimaciones de calidad en el ámbito de la salud, como los de Richards-Shubik, et al. (2022) o Spiers et al. (2021).

2. Calidad contratada vs. financiada

Cuando se habla de “calidad contratada vs. calidad financiada” se refiere a un aspecto concreto de los contratos-programa (CP), que son, según el artículo 19 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, aprobada por el Parlamento Vasco, (1997: 14) un instrumento jurídico, con naturaleza de convenio especial, por el que se articulan las relaciones entre el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y las diferentes **Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)**² de OSK, para la provisión de servicios sanitarios. En concreto se fijan uno “*extremos mínimos*”, que en relación a la calidad deberá contener la “*determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios*”, como se indica en el Anexo II - Calidad de uno de los CP del ejercicio 2016, de entre todos los suscritos por las tres delegaciones territoriales de salud del Gobierno Vasco en Bizkaia, Gipuzkoa o Árabara, con cada una de las OSI de OSK, correspondientes a cada territorio. En concreto en este artículo se hace referencia al CP de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto, (2016), aunque los de las otras OSI, tienen un contenido similar. La elección de este año se justifica en que es el primer ejercicio completo en el cual el modelo OSI, ya está completamente desplegado en OSK.

Este mismo anexo, referido a la “**Calidad, Actuaciones y Objetivos priorizados**”, utilizará “[...] como marco de referencia el propuesto por Kelley & Hurst, tras modificarlo para adaptarlo al planteamiento estratégico del Departamento de Salud” refiriéndose a un estudio sobre indicadores de calidad en el ámbito de la salud, denominado **Health Care Quality Indicator Project**, (Kelley y Hurst, 2006).

Con carácter previo a la evaluación, al inicio de cada ejercicio, cada una de las OSI han podido conocer los criterios y metodología de evaluación que aplicará la Delegación Territorial a través del “**Manual de Evaluación Anexo II del Contrato Programa**” de la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria- Departamento de Salud, Gobierno Vasco (2016).

En este caso los proyectos asistenciales contratados y evaluados, que pueden ser específicos a una o varias OSI, fruto de la negociación de estas con la Dirección Territorial correspondiente. Utilizando dicha terminología, se refieren, en primer lugar, a proyectos desplegados “de

2. Organización Sanitaria Integrada (OSI) son las organizaciones sanitarias que bajo el actual modelo asistencial, desplegado en Euskadi, cuentan cada una de ellas, con autonomía de gestión, integran bajo una misma dirección y proveen en el ámbito público, la atención primaria y la atención hospitalaria, de un espacio geográfico delimitado.

abajo a arriba”, es decir son proyectos inicialmente aplicados en una OSI, como es el caso de los proyectos **Bottom Up**. No obstante, una vez evaluados y constatada su bondad y pertinencia puedan extenderse en sentido contrario, *“de arriba abajo”* es decir desde el Departamento de Salud hacia otras OSI, convirtiéndose ahora estos en proyectos **Top Down**, tal como indica Nuño, (2016: 108).

3. Calidad certificada

En este trabajo de investigación se denomina *“calidad certificada”* aquella que ha sido contrastada por una auditoría o evaluación externa y fruto de ello, se ha emitido una certificación que acredita el cumplimiento de los principios, objetivos, procedimientos, requisitos, etc., recogidos en la norma o modelo de calidad, aplicable en cada caso, en función del producto o servicio proporcionado, o algún aspecto relevante de estos que se pretendan evaluar.

En el ámbito de la gestión y la empresa, a nivel internacional, existen diferentes normas de calidad, si bien en el entorno europeo las más conocidas son las derivadas de EN ISO y EFQM:

3.1. Acreditación mediante Normas UNE-EN ISO

Los aspectos que pueden ser objeto de evaluación son muchos y variados y al igual que OSK, un gran número de empresas e instituciones de España han sido objeto de evaluación y certificación a través de normas UNE-EN ISO, que como define la Asociación Española de Normalización UNE, (s.f.) es:

Una norma es un documento de aplicación voluntaria que contiene especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico. Es el fruto del consenso entre todas las partes interesadas e involucradas en la actividad objeto de la misma y deben ser aprobadas por un organismo de normalización reconocido.

Además de estas, hay otras familias de normas de carácter internacional y europeo: International Organization for Standardization (ISO) y European Norm (EN), que cuando son adoptadas en nuestro país adquieren una denominación conjunta UNE- EN ISO, seguido del número de referencia de la norma y si existen versiones posteriores, a continuación el signo de dos puntos “:” y el año de la actualización, con la siguiente estructura, a modo de ejemplo: UNE-EN ISO 14001: 2015, la cual se refiere en este caso concreto a Sistemas de Gestión Ambiental o la UNE-EN ISO 9001: 2000 sobre Sistemas de Gestión de la Calidad.

Existen, en la actualidad, varias empresas o entidades cualificadas para realizar evaluaciones y emitir certificaciones a terceros, de conformidad con una determinada norma técnica de

calidad, pero todos ellos necesariamente han debido, a su vez, acreditarse previamente ante la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

A este respecto diremos que las OSI de OSK han venido acreditando desde hace años el funcionamiento de sus servicios con arreglo a dichas normas y, a modo de ejemplo sobre los Sistemas de Gestión Certificación ISO 9001, podemos decir que ya en el año 2010: “[el] 90% de las organizaciones de servicio tienen al menos un proceso certificado” (González, 2011: 7), si bien en la actualidad este número es aún mayor.

3.2. Modelo European Foundation for Quality Management (EFQM)

El Modelo de Calidad y Excelencia, de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), según su propia definición:

Quando hablamos de EFQM solemos referirnos al modelo de calidad definido por la fundación que lleva dicho nombre. Precisamente es la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, EFQM en inglés, una fundación sin ánimo de lucro y con sede en Bruselas que cuenta con más de 500 socios repartidos en más de 55 países.

Figura 1. Modelo EFQM de Calidad y Excelencia



Fuente: www.efqm.es

Las OSI de OSK, en su momento, se evaluaron en el Modelo EFQM a través de la Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (EUSKALIT):

El origen de EUSKALIT *nace de la preocupación del Gobierno Vasco por reforzar la industria en los años 90. El 15 de diciembre de 1992, 18 grandes empresas e instituciones vascas se reunieron y crearon EUSKALIT, la Fundación Vasca para la Excelencia, con el propósito de impulsar la mejora e innovación de la gestión.*

(Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (EUSKALIT), s.f.)

Las certificaciones obtenidas por las OSI, referidas al modelo EFQM y expedidas por EUSKALIT eran de dos tipos: Q de plata y Q de oro. Este esquema de evaluación se ha mantenido, con algunas actualizaciones del modelo, hasta 2015. Las organizaciones evaluadas que obtenían una puntuación superior a 400 puntos e inferior a 500 se les otorgaba la Q de plata y cuando la puntuación era igual o superior a 500 puntos, en ambos casos sobre un máximo de 1.000 puntos (Ver Figura 1: “Modelo EFQM de Calidad y Excelencia”) conseguían la distinción Q de oro, además esta última permitía presentarse y optar a los Premios Europeos a la Calidad EFQM Award y Prize.

3.3. Modelo de Gestión Avanzada del Gobierno Vasco

Después de un dilatado periodo (1998-2014) de implantación de los premios Q de oro y Q de plata, se adoptó en 2015, en el País Vasco, el Modelo de Gestión Avanzada del Gobierno Vasco que es gestionado también por la Fundación EUSKALIT. Al igual que en el modelo EFQM anterior, numerosas OSI de OSK, empresas e instituciones públicas y privadas, también se han evaluado y obtenido reconocimientos en este Modelo de Gestión Avanzada. El desarrollo de la gestión contemplado en el modelo, que sigue vigente, se constituye en seis grandes elementos resumidos gráficamente a continuación:

Figura 2. Modelo de Gestión Avanzada



Fuente: Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad (EUSKALIT), s.f.

4. Calidad comparada

La calidad de la asistencia sanitaria es posible medirla a través de la comparación entre países o servicios de salud de entidades subnacionales. Lógicamente, los resultados de la evaluación dependerán de la selección del indicador o conjunto de estos, ya que, sin excepción, todos ellos tienen limitaciones pero también ventajas, que analizadas en su conjunto, nos permiten formarnos una idea global del grado de calidad asistencial.

Estos indicadores suelen incluir, a muy grandes rasgos, bien los medios asistenciales disponibles o proporcionados (número de facultativos, inversión económica en salud, camas hospitalarias/habitante etc.) o los resultados en salud (esperanza de vida, mortalidad etc.) o una combinación de ambos. Por ello, asumiendo las posibles carencias, hemos seleccionado una serie de informes que permitan hacerse una idea de cómo es posible medir la calidad sanitaria de los servicios de salud.

4.1. Informes sobre servicios sanitarios de las CCAA

En el caso de España, donde la ejecución de la prestación de la sanidad pública se encuentra, salvo en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, transferida a las CCAA, los **Informes sobre los Servicios Sanitarios de las CCAA**, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) son, por los indicadores utilizados, la periodicidad anual y su continuidad en el tiempo, (desde el año 2004), un magnífico indicador para conocer y comparar la evolución de los sistemas sanitarios españoles, de carácter público:

Desde que en año 2004 desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) se llevan realizando informes sobre la Situación Sanitaria en las CCAA, preocupados porque la finalización de las transferencias sanitarias en 2001 hubiera producido un aumento de las desigualdades entre los servicios sanitarios de las mismas y por tanto el acceso a una atención sanitaria de calidad por parte de la población.

FADSP - Informe sobre los Servicios Sanitarios de las CCAA
(XVIII Informe 2022), p. 2

Estos informes se refieren al funcionamiento y resultados de la sanidad pública comparativamente entre CCAA, y dado que la provisión de estos servicios sanitarios, en nuestro ámbito, corresponde a OSK, cuando se mencione al País Vasco, debemos entender la referencia hecha particularmente para OSK o, en su caso, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. En los últimos diez años, la clasificación se encuentra liderada, además del País Vasco, por Navarra, Asturias y Aragón. En concreto OSK (País Vasco) ha ocupado la primera posición (mejor servicio sanitario) en 2015, 2018, 2021 y 2022; segunda en 2017 y 2019; tercera en 2012, 2014

y 2016; cuarta en 2013; mientras que “en 2020 no se realizó Informe anual por ausencia de actualización de los datos recogidos en el 2019”.

4.2. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud

Otro instrumento para comparar la calidad de los sistemas de salud de las CCAA lo encontramos en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006, (s.f. a) dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Gobierno de España, que establecía en su Estrategia 12: “Diseñar un sistema de información del SNS de fiable, oportuno y accesible”. Posteriormente el siguiente Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010, (s.f. b) una vez implementado, modificaba la redacción de la Estrategia 12 por: “Consolidar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible”.

El resultado de todo ello es, entre ambos planes de calidad, la puesta en marcha de la aplicación informática con acceso on-line, denominada Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

5. Calidad percibida

La satisfacción o la calidad percibida por los usuarios es un aspecto subjetivo que a veces se encuentra influido, más por las expectativas que se hayan creado que por cuestiones objetivas tangibles. Es un hecho conocido que, con frecuencia, las sociedades más opulentas son también las más insatisfechas ya que sus expectativas son superiores y contextualizado todo ello en un entorno de demanda creciente de las prestaciones sanitarias, asociadas a recursos económicos limitados, resulta cada vez más difícil satisfacer dichas expectativas, por lo que, además de otras, una de las más importantes tareas de los gestores sanitarios, es administrar el presupuesto disponible con criterios que prioricen las necesidades desde un punto de vista de la equidad, maximizando los recursos invertidos en consideración al coste/efectividad.

Por otro lado, para testar y conocer la satisfacción de los usuarios y pacientes de la sanidad, aunque existen indicadores indirectos que pueden ser adecuados en determinados supuestos, p. ej., en el caso de pacientes psiquiátricos, niños y personas con dificultades para expresar su opinión, lo cierto es que la mejor forma de conocer la opinión, en definitiva la calidad percibida de la atención sanitaria proporcionada y los recursos asistenciales disponibles, es preguntar directamente a estos mediante una encuesta.

Debemos recordar que algunas de las encuestas en el ámbito sanitario, ya forman parte, a su vez, de indicadores utilizados en informes anteriormente explicados, como ocurre con el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (s.f.), que se incluye entre los ítems de los informes de FADSP y por otro lado también referiremos, más adelante,

las encuestas que para conocer la opinión y grado de satisfacción de pacientes y usuarios de OSK, se realizan, según el caso, con periodicidad anual o bienal.

5.1. Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario

Tal como se señalaba en las notas metodológicas del Barómetro Sanitario (2018), editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2019), desde 1995 a la actualidad, tiene el siguiente objetivo:

El Barómetro Sanitario tiene como objetivo obtener información sobre la percepción que tienen los ciudadanos del funcionamiento del sistema sanitario público y del impacto de las medidas vinculadas a las políticas sanitarias públicas, analizar el conocimiento y las actitudes de la mayoría de los ciudadanos ante problemas de salud de interés específicos y conocer el grado de penetración de las campañas de información y la evolución temporal de aquellos aspectos que hayan sido analizados en ediciones anteriores.

Todo ello se recaba de los pacientes y usuarios, a través de unos cuestionarios con múltiples preguntas sobre la percepción y preferencias relacionadas con los Servicios Sanitarios Públicos, presentando los datos agrupados, pero también segmentados por CCAA, sexo, nivel de estudios, condición socioeconómica, tamaño del municipio.

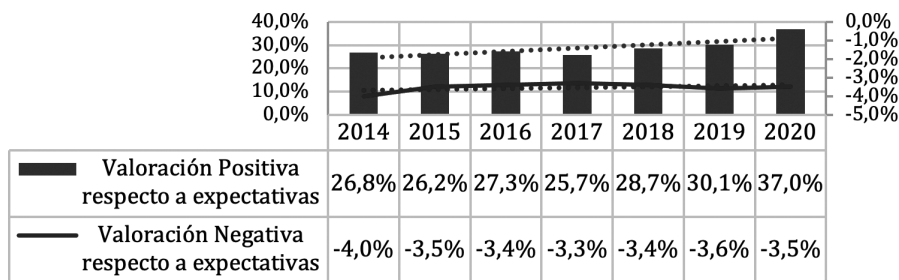
5.2. Encuestas de satisfacción de Osakidetza

Como forma de conocer el grado de satisfacción de los pacientes y usuarios de OSK se solicita la opinión de los usuarios mediante encuestas. Estas miden, con diferente periodicidad (anual y en algún caso bienal) y ya desde hace muchos años, la satisfacción en las diferentes tipologías de asistencia sanitaria, como urgencias hospitalarias; hospital de: agudos/media y larga estancia/agudos de psiquiatría; hospitalización a domicilio; padres de niños hospitalizados; consultas externas: intrahospitalarias/cirugía mayor ambulatoria/medicina de familia y enfermería de atención primaria/pediatría/asistencia psiquiátrica que incluyen varios aspectos de la prestación, denominadas “áreas”, tales como accesibilidad; tiempos; información; trato; valoración técnica; estructura física; resultados; valoración global.

El informe incluye resultados por años, en función de la periodicidad prevista, sexo, edad, nivel de estudios, variables socio-demográficas y OSI, además de todas las áreas y sub-áreas indicadas anteriormente. Como no es posible, porque la extensión excedería el alcance de este trabajo, se ha elegido, de todas las encuestas, el sub-área considerada más representativa de la percepción de la calidad. Esta no es otra que la valoración global, positiva o negativa, de la atención sanitaria recibida respecto de las expectativas previas.

Asimismo, de todas las encuestas posibles, se han seleccionado las referidas al tipo de internamiento en hospitalización que afectan a mayor número de usuarios y que son los de agudos. Dado que lo que se desea es representar la imagen que tienen los pacientes de OSK en su conjunto, de forma visual y fácil interpretación, se ha llevado a cabo mediante un gráfico que aúna los resultados de todas las OSI, a lo largo de los últimos años recogidos en los informes. En concreto, los indicadores son porcentuales y en la representación, a los efectos de comprensibilidad, llevan el mismo signo que el carácter de la percepción de las expectativas, ya sean positivas o negativas. De esta forma es posible la visualización numérica y gráfica de los resultados y lo que es más importante, su línea de tendencia, la cual permite observar la evolución de las expectativas. Cuando las dos líneas de tendencia de la percepción, positiva y negativa, evolucionan incrementalmente en el gráfico, se trata de la situación óptima. Un resultado contrario, decremento de las tendencias, es la peor de las situaciones posibles. También puede ocurrir que las tendencias se separen hacia arriba o hacia abajo, por lo que la percepción de diferente signo, que tienen los pacientes de sus expectativas, pueda verse compensada, en función del diferente peso de cada una de las tendencias.

Figura 3. Valoración global hospitales de agudos



- Valoración Positiva respecto a expectativas
- Valoración Negativa respecto a expectativas
- Lineal (Valoración Positiva respecto a expectativas)
- Lineal (Valoración Negativa respecto a expectativas)

Fuente: Elaboración propia con datos de Osakidetza (varios años).

Al margen de las encuestas de satisfacción de OSK, que con ocasión de la pandemia han visto comprometida la periodicidad de la recogida de datos, se han realizado otros estudios específicos sobre la respuesta del sistema sanitario, como la del Gabinete de Prospección Sociológica de la Presidencia del Gobierno Vasco (2021: 3), donde se formulan los dos ítems siguientes, sobre el asunto en cuestión. Todo ello realizado sobre una muestra de 1.062 personas del País Vasco, segmentadas por provincias, tamaño del municipio de residencia, sexo y grupo de edad:

Atención de Osakidetza a personas enfermas de COVID-19, preguntando “*Por lo que Ud. sabe o ha oído, ¿cómo valoraría Ud. en una escala de 0 a 10 la atención sanitaria que Osakidetza está dando a las personas enfermas por Covid-19?. 0 significa que la atención es muy mala y 10 que la atención es muy buena*”. El promedio de las respuestas es 7,5.

Respuesta del sistema sanitario vasco en comparación con la de las otras comunidades, preguntando “*En su opinión, ¿la respuesta del sistema sanitario vasco está siendo mejor que la de otras Comunidades Autónomas, peor que la de otras Comunidades o igual?*”. El resultado de las respuestas es: 38% Mejor que la de otras comunidades; 31% Igual; 4% Peor que la de las otras comunidades y 27% Ns-Nc.

6. Calidad evaluada

Desde el primer año de pandemia, los poderes públicos ya estaban consolidando las bases de las futuras líneas estratégicas, para, una vez superada la actual pandemia, a futuro, tratar de evitar las causas o minimizar las consecuencias, de un suceso similar al acontecido, “*con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años*”. Todo ello fue plasmado en un documento, aprobado por el Congreso de los Diputados, en forma de dictamen, de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (2020: 2). Además de las conclusiones sobre sanidad y salud pública, se abordaba, entre otras, cuestiones de reactivación económica referidas al “*modelo productivo, con especial atención a la industria, sector primario y otros sectores estratégicos. La economía social y las PYMES*”; “*impulso de la transición ecológica justa y mejora de la calidad medioambiental*”; “*sistema laboral: formación y empleabilidad*”; “*transformación digital: sociedad empresa y administración*”; “*vertebración territorial y reto demográfico*”; “*política fiscal y eficiencia del gasto público*”; “*ciencia e I+D+I*”.

En cuanto a políticas sociales y sistemas de cuidados, también trata sobre “*igualdad, derechos sociales, inclusión y vivienda*”; “*servicios sociales y sistema de cuidados*” y “*educación y juventud*”. No obstante lo anterior, resultando necesaria la planificación estratégica de las políticas públicas, en situaciones de crisis sanitaria, es imprescindible la adopción de medidas a nivel operativo en el corto plazo, con el objetivo de mantener la calidad asistencial del SNS, y para ello es necesario contar con herramientas e indicadores eficaces de medición de la calidad, lo suficientemente sensibles, que permitan reaccionar con prontitud frente al nuevo escenario, estimando siempre que sea posible, las causas de la prevalencia de la pandemia y sus consecuencias sanitarias y sociales. Y así, el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, (2020, p. 1 y 3), también incluye la calidad, dentro de los valores y principios del SNS y los de la buena gobernanza, como “*aplicar al Sistema Nacional de Salud los principios y valores de buena gobernanza de los sistemas sanitarios públicos, que incluyen entre otros: transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia; eficiencia, calidad, y sensibilidad ante las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos*”. Por tanto, al contrario que la calidad percibida, la evaluada es la que resulta de una medición objetiva frente a la mera percepción y, es ahora, ante esta situación cuando se

precisan indicadores robustos, sintéticos y fáciles de obtener. Es cierto que, aunque la calidad percibida, en general, es fruto de una apreciación subjetiva, esta, normalmente, responde a una relación de causalidad entre el funcionamiento de un servicio de salud y la percepción de sus pacientes y usuarios, que puede ser evaluada, medida y comparada. A tal efecto, en el ámbito de las CCAA españolas, es posible disponer una serie de indicadores demográficos, como esperanza de vida al nacimiento y edad media poblacional, del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), (s.f., a y b), cuyo resultado se encuentra directamente influenciado, al menos en una parte importante, por los resultados en salud de estos territorios y, habida cuenta que, en el SNS, el peso fundamental de la atención sanitaria la realizan los servicios autonómicos públicos de salud, es posible atribuir buena parte de estos resultados, a su mejor o peor funcionamiento. Todo ello sin obviar el impacto de otros factores coadyuvantes externos, como pueden ser, los determinantes sociales en salud. Aunque estos últimos, también, pueden verse influidos por las políticas públicas en general y no sólo sanitarias.

Por otro lado, estos indicadores, dado su origen, (INE), alcance (todas las CCAA) y vigencia, ya que son recientes e incluyen datos posteriores a la declaración del Estado de Alarma en España³, consecuencia de la crisis sanitaria del COVID-19, resultan óptimos para conocer de forma objetiva y comparar desde la perspectiva de la calidad de los sistemas sanitarios públicos. Esto no quiere decir que los resultados se vean libres de sesgos, pero en particular, la esperanza de vida al nacer, condensa en un solo indicador, de forma sintética, el resultado de otros muchos, correlacionados entre sí; y aunque es sobradamente conocido el aforismo, de que correlación no implica causalidad, no es menos cierto que una elevada longevidad, acompañada de alta calidad de vida y un elevado índice de desarrollo humano, generalmente, también implica una buena calidad en sus sistemas sanitarios públicos.

Al margen de los indicadores demográficos anteriormente citados, disponemos, de otras fuentes, con igual alcance y vigencia parecida, ahora en el ámbito sanitario, como es la lista de espera quirúrgica del SNS, del Ministerio de Sanidad, (varios años).

Estas, además de constituir un excelente indicador de calidad asistencial, objetivo y directo, también influyen en la percepción que los pacientes y usuarios puedan tener sobre el funcionamiento de su servicio de salud. Además, ha sido una de las formas de conocer el impacto que ha tenido la pandemia sobre estos, como forma de test de estrés del sistema. Resulta notorio que la pandemia ha influido negativamente en las listas de espera quirúrgica, ya que la presión hospitalaria general o la ocupación de camas UCI, al incrementarse, ha tenido como derivada, el retraso en intervenciones quirúrgicas de otras patologías. Asimismo, las bajas y sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios, han repercutido, también, en el retraso de la atención sanitaria. Analizando empíricamente los resultados de la tabla de lista de espera quirúrgica por CCAA (diciembre 2016 - diciembre 2021), e intuitivamente, con la mera observación de los gráficos generados, es posible apreciar un incremento generalizado de la demora de las intervenciones quirúrgicas, ya desde el primer semestre de 2020. (Ver Tabla 1 y Figura 4).

3. Real Decreto 463/2020, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado BOE, núm. 67 de 14/03/2020. Recuperado 01 de junio de 2022, de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf>

El punto de partida del promedio de días de la lista de espera quirúrgica, es distinto en función de las CCAA. El último dato, previo al inicio conocido (enero de 2020) y el oficial (declaración del Estado de Alarma) de la pandemia, en el País Vasco y por tanto en Osakidetza, el tiempo medio de espera fue de 48 días; siendo el mejor dato⁴ de todas las CCAA del SNS y, a fecha del último informe conocido (diciembre 2021), también lo sigue siendo, pero habiéndose incrementado notablemente el número de días, como el resto de CCAA.

Es cierto que, en algún caso como Andalucía, en periodos anteriores (diciembre 2018), la demora en la lista de espera era, incluso peor, que en el momento más crítico de la pandemia. También es el caso de Canarias. Pero creemos que la información y conclusión más relevante es la que se puede observar en la línea de tendencia de los gráficos, complementado además del dato objetivo de número de días de demora, pre y post declaración del Estado de Alarma.

La línea de tendencia de la lista de espera, en el caso de Canarias, es claramente decreciente (pendiente negativa: $-0,0226x$), aunque a final de 2021, la demora es aún muy elevada. En Murcia la tendencia está estabilizada ya que se trata de una línea casi horizontal (pendiente positiva: $0,0005x$). En el resto de CCAA, la línea de tendencia es claramente creciente y ello se puede atribuir a que mayoritariamente el incremento se produce durante los picos de mayor incidencia de la pandemia. La pendiente, más o menos elevada, de la línea de tendencia, permite inferir razonablemente el impacto del COVID-19 en las listas de espera quirúrgica, de tal forma que a mayor pendiente, más perturbación ha provocado en dichas listas, al margen de su punto de partida anterior.

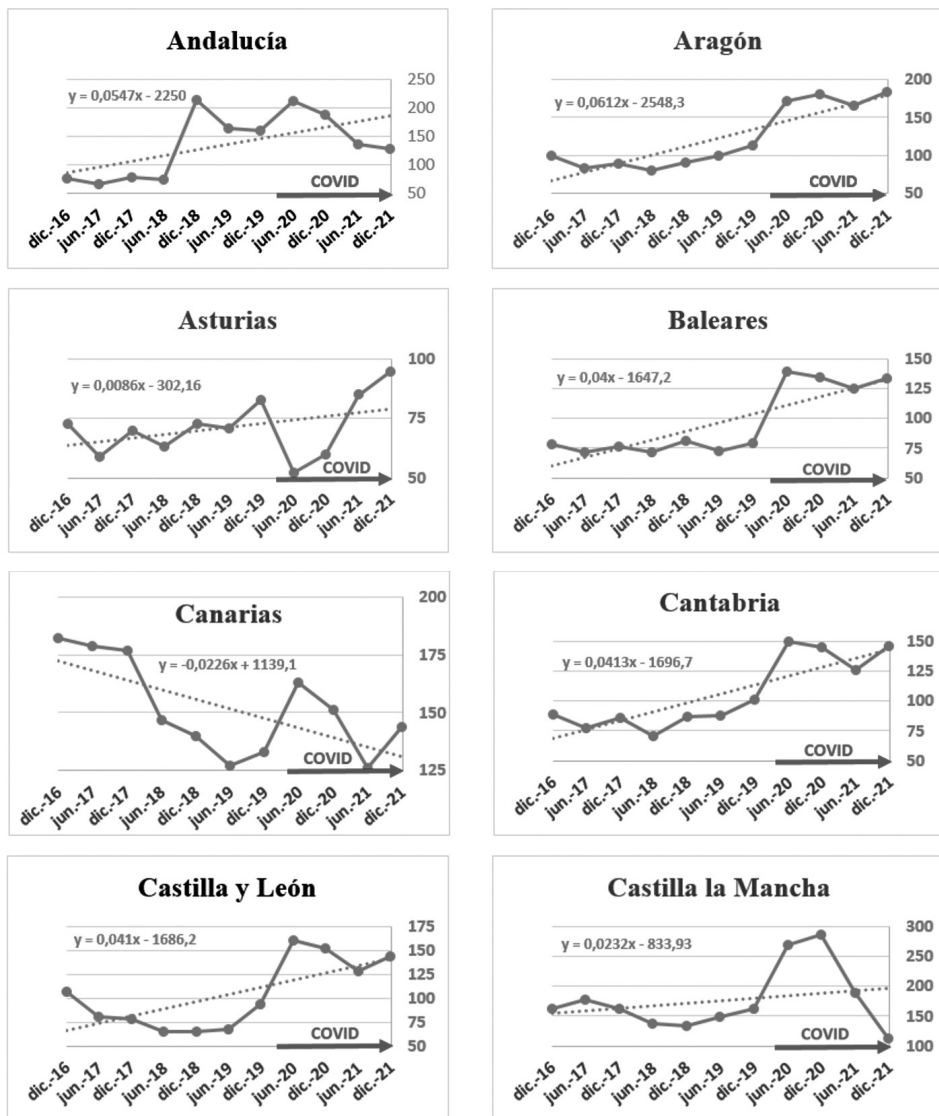
4. Los datos de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla por las características territoriales, reducida población y no constituir técnica ni jurídicamente una CCAA, no serán tenidos en cuenta para el análisis global.

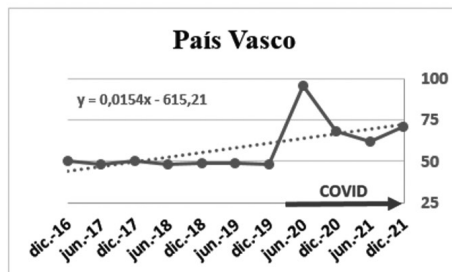
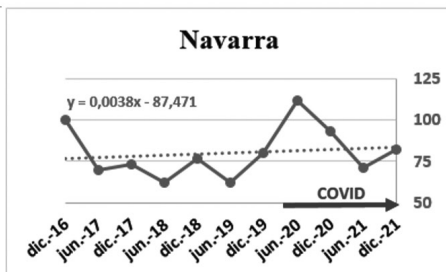
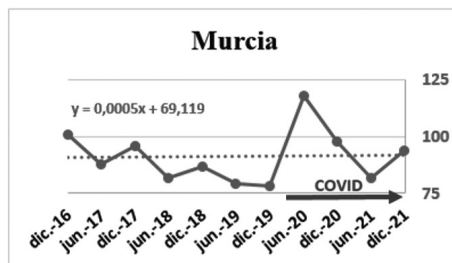
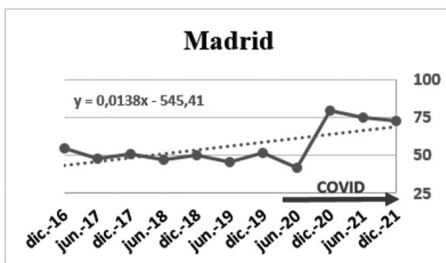
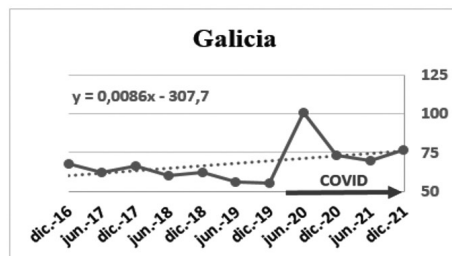
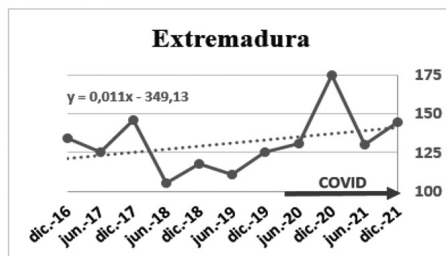
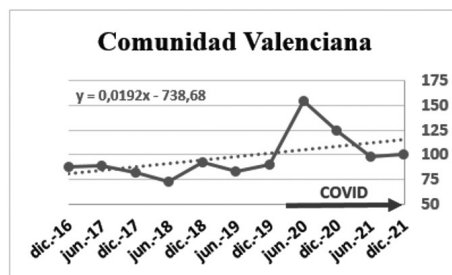
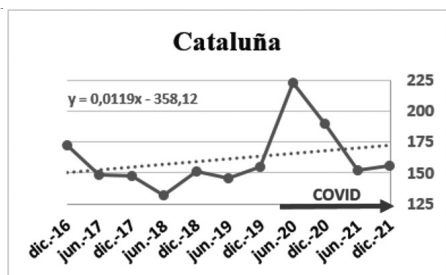
Tabla 1. Listas de espera quirúrgica del SNS (Dic. 2016 a Dic. 2021)

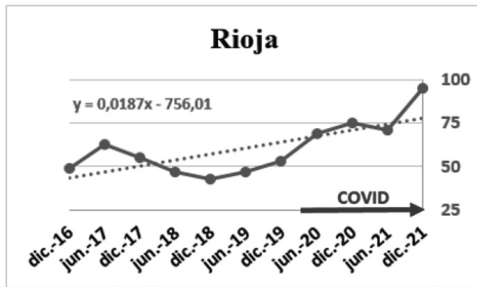
Listas de espera quirúrgica SNS	Dic 2016	Jun 2017	Dic 2017	Jun 2018	Dic 2018	Jun 2019	Dic 2019	Jun 2020	Dic 2020	Jun 2021	Dic 2021
Andalucía	76	66	78	73	214	164	161	212	188	137	128
Aragón	99	83	89	80	90	99	113	171	180	166	183
Asturias	73	59	70	63	73	71	83	52	60	85	95
Baleares	78	72	76	72	81	73	79	140	135	125	134
Canarias	182	179	177	147	140	127	133	163	151	126	144
Cantabria	89	77	86	71	87	88	101	150	145	126	146
Castilla y León	107	80	78	65	65	67	94	161	152	129	144
Castilla La Mancha	162	177	163	137	134	149	163	269	286	189	113
Cataluña	173	149	148	132	151	146	155	223	190	152	156
Com. Valenciana	88	89	82	73	92	83	90	154	125	98	100
Extremadura	134	125	146	105	118	111	125	131	175	130	145
Galicia	68	62	66	60	62	56	55	101	73	70	77
Madrid	55	48	51	47	50	46	52	42	80	75	73
Murcia	101	88	96	82	87	79	78	118	98	82	94
Navarra	100	70	73	62	77	62	80	112	93	71	82
País Vasco	50	48	50	48	49	49	48	96	68	62	71
Rioja	49	63	55	47	43	47	53	69	75	71	95

Fuente: Elaboración propia con datos de SISLE-SNS - Secretaría de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.

Figura 4. Listas de espera quirúrgicas SNS (Dic. 2016 a Dic. 2021)







Fuente: Elaboración propia con datos de SISLE-SNS - Secretaría de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.

Los indicadores demográficos antes mencionados, como edad media poblacional y esperanza de vida al nacimiento (Tablas 2 y 3; Figura 5) permiten evaluar y estimar el impacto del COVID-19 sobre los servicios autonómicos de salud, expresados por sus resultados sobre la esperanza de vida de su población. La edad media poblacional no se ha visto afectada o, al menos, no significativamente, manteniéndose creciente en todos los casos y de forma gráfica se puede apreciar la elevada pendiente de la tendencia positiva, pre y post COVID-19, lo cual significa que todas las CCAA evolucionan hacia un mayor envejecimiento de su población. Es cierto que, el punto de partida es muy diferente. En la cornisa cantábrica (Galicia, Asturias, Cantabria y País Vasco), así como la Meseta Norte (Castilla y León) la edad media poblacional supera los 45 años, con el caso extremo de Asturias, por encima de 48 años. Por el contrario, las CCAA del arco mediterráneo, archipiélagos, Andalucía, Castilla La Mancha y Madrid, su edad media poblacional se sitúa en torno a 42 años. Al contrario, la caída en la esperanza de vida al nacimiento, es un hecho que, a causa del COVID-19 (comparación del último ejercicio anual, pre y post pandemia), ha sido generalizada en todas las CCAA, aunque con un punto de partida e impacto distinto, que se analizará conjuntamente con la tasa de exceso de mortalidad ajustada por grupos de edad (Figura 6 y Tabla 4), ya que sus resultados y conclusiones son análogos.

Tabla 2. Edad media poblacional por CCAA (2010 – 2020)

Edad media poblacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Andalucía	39,20	39,47	39,75	40,04	40,38	40,70	40,98	41,28	41,56	41,84	42,13
Aragón	42,92	43,12	43,31	43,54	43,81	44,05	44,28	44,51	44,70	44,81	44,93
Asturias	45,82	46,06	46,31	46,57	46,89	47,21	47,49	47,75	48,02	48,28	48,54
Baleares	39,35	39,63	39,91	40,17	40,45	40,71	40,93	41,14	41,32	41,48	41,68
Canarias	39,18	39,59	39,99	40,38	40,78	41,18	41,52	41,87	42,19	42,49	42,83
Cantabria	43,03	43,26	43,51	43,80	44,12	44,44	44,74	45,04	45,31	45,57	45,85
Castilla y León	44,98	45,24	45,51	45,79	46,12	46,42	46,71	47,00	47,26	47,50	47,73
Castilla La Mancha	40,64	40,85	41,06	41,31	41,66	42,00	42,29	42,59	42,84	43,08	43,28
Cataluña	40,79	41,01	41,25	41,54	41,89	42,18	42,39	42,59	42,72	42,83	42,95
Com. Valenciana	40,77	41,07	41,38	41,73	42,09	42,40	42,66	42,93	43,16	43,37	43,57
Extremadura	41,81	42,04	42,29	42,54	42,85	43,16	43,44	43,75	44,03	44,34	44,63
Galicia	44,83	45,08	45,34	45,61	45,91	46,22	46,50	46,76	47,00	47,24	47,48
Madrid	39,90	40,21	40,50	40,83	41,21	41,52	41,75	41,98	42,17	42,35	42,52
Murcia	38,09	38,41	38,75	39,04	39,36	39,66	39,92	40,17	40,34	40,55	40,75
Navarra	41,45	41,65	41,85	42,10	42,41	42,65	42,86	43,02	43,17	43,27	43,42
País Vasco	43,36	43,58	43,80	44,09	44,40	44,65	44,87	45,07	45,27	45,45	45,62
Rioja	41,98	42,18	42,44	42,75	43,14	43,48	43,76	44,03	44,29	44,49	44,64

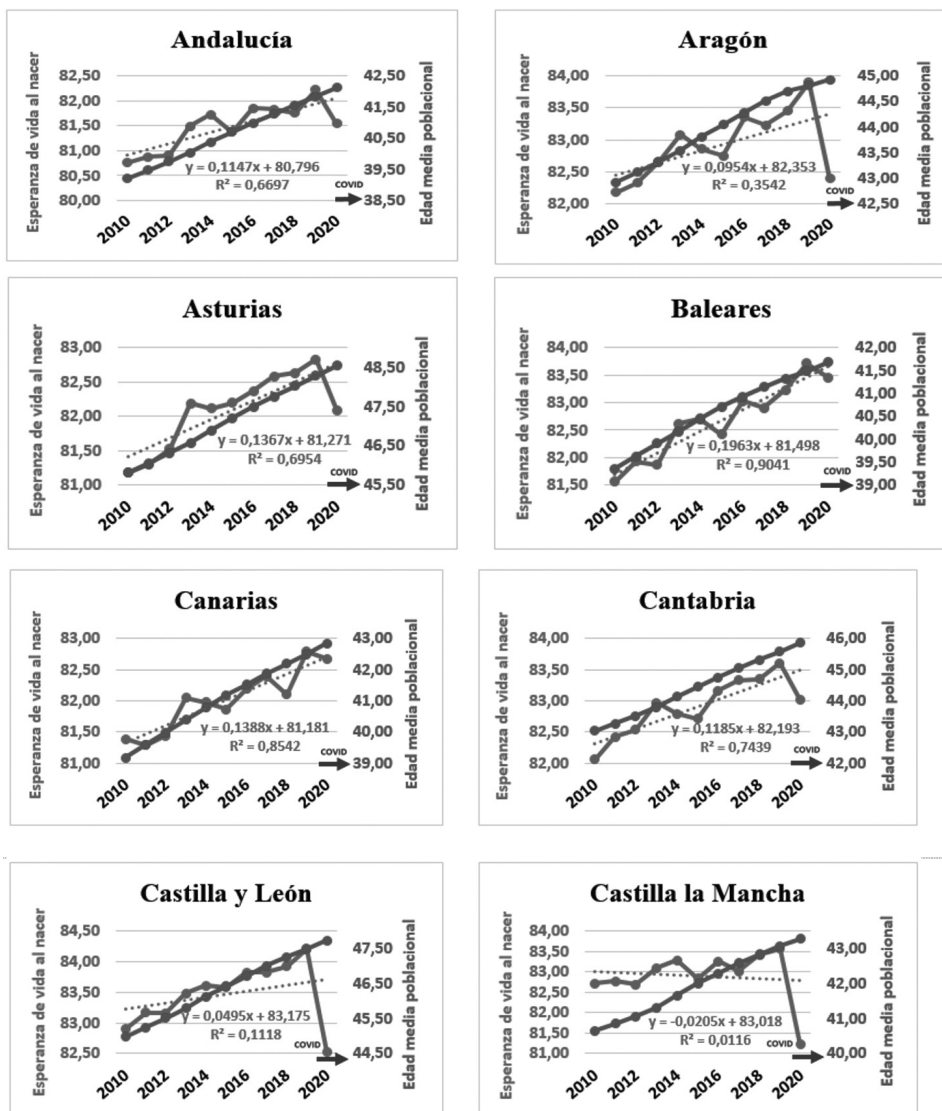
Fuente: Elaboración propia con datos de Instituto Nacional de Estadística (INE).

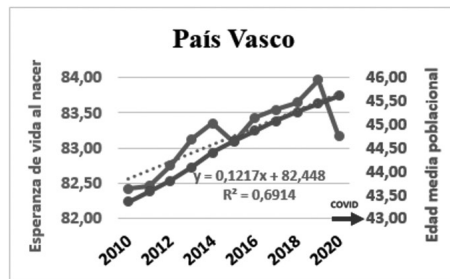
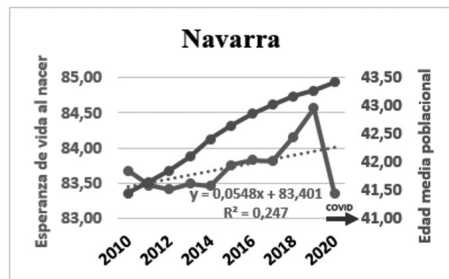
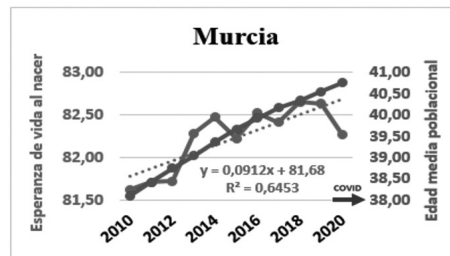
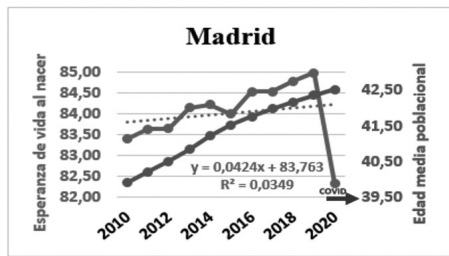
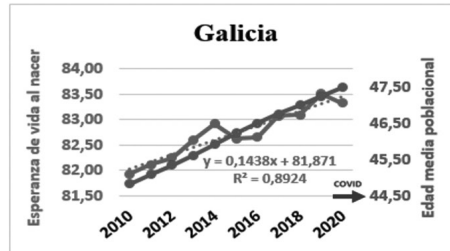
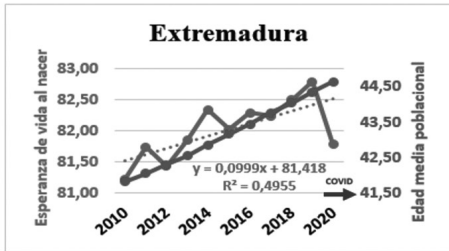
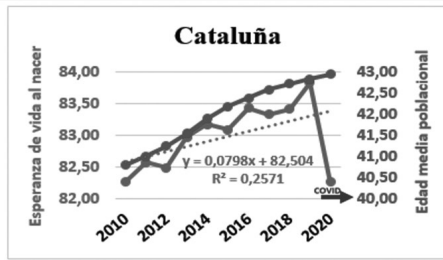
Tabla 3. Esperanza de Vida al Nacimiento por CCAA

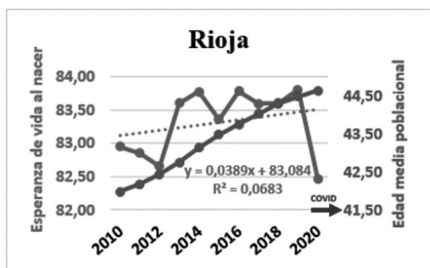
Esperanza vida al nacimiento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Andalucía	80,76	80,88	80,91	81,49	81,72	81,37	81,85	81,83	81,76	82,22	81,54
Aragón	82,18	82,33	82,66	83,08	82,86	82,75	83,35	83,23	83,45	83,90	82,39
Asturias	81,18	81,30	81,52	82,19	82,11	82,20	82,37	82,58	82,63	82,83	82,09
Baleares	81,56	81,93	81,87	82,62	82,70	82,42	83,03	82,90	83,23	83,71	83,46
Canarias	81,39	81,29	81,44	82,05	81,98	81,86	82,19	82,39	82,10	82,79	82,67
Cantabria	82,06	82,42	82,54	82,97	82,79	82,71	83,16	83,33	83,35	83,60	83,02
Castilla y León	82,90	83,17	83,16	83,48	83,61	83,58	83,82	83,82	83,92	84,20	82,53
Castilla la Mancha	82,71	82,77	82,69	83,09	83,28	82,84	83,25	83,01	83,42	83,57	81,22
Cataluña	82,26	82,57	82,49	82,97	83,17	83,09	83,43	83,33	83,41	83,83	82,26
Com. Valenciana	81,55	81,76	81,86	82,37	82,41	82,23	82,59	82,50	82,58	83,00	82,36
Extremadura	81,21	81,74	81,43	81,85	82,34	82,02	82,29	82,24	82,50	82,79	81,78
Galicia	81,93	82,11	82,24	82,60	82,92	82,62	82,65	83,07	83,09	83,51	83,33
Madrid	83,39	83,63	83,64	84,14	84,22	84,00	84,54	84,53	84,78	84,99	82,33
Murcia	81,62	81,71	81,72	82,28	82,47	82,22	82,52	82,41	82,65	82,63	82,27
Navarra	83,68	83,47	83,42	83,50	83,46	83,76	83,83	83,82	84,16	84,57	83,36
País Vasco	82,42	82,46	82,75	83,13	83,35	83,09	83,43	83,54	83,65	83,97	83,17
Rioja	82,95	82,85	82,66	83,61	83,78	83,36	83,79	83,60	83,61	83,81	82,47

Fuente: Elaboración propia con datos de Instituto Nacional de Estadística (INE).

Figura 5. Edad Media Poblacional vs. Esperanza de Vida al Nacimiento (2010-2020)







Fuente: Elaboración propia con datos de SISLE-SNS - Secretaría de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.

Otros estudios (Figura 6) han evaluado el impacto del COVID-19 utilizando la **Tasa de exceso de mortalidad ajustada por grupos de edad**, que ha requerido un cálculo mucho más complejo, cuyo gráfico se transcribe a continuación:

Figura 6. Tasa de exceso mortalidad ajustada, grupos de edad y CCAA

C.-La Mancha y Madrid, comunidades con más tasa de mortalidad respecto a la media nacional

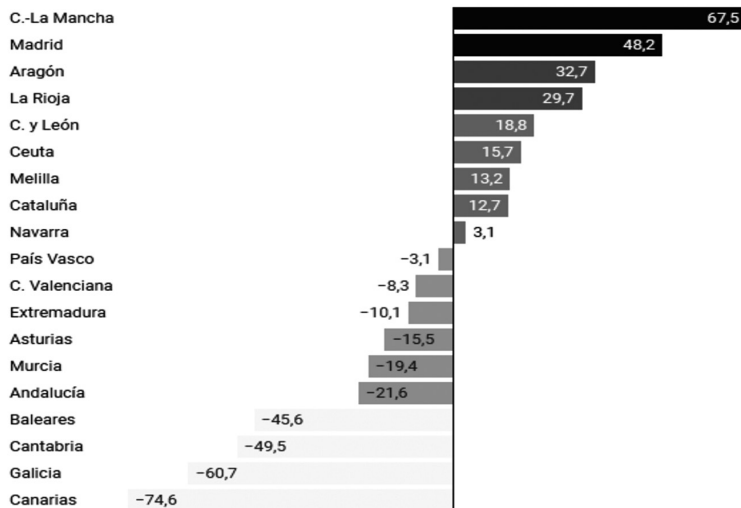


Gráfico: DatosRTVE - Fuente: ISCIII / @DatosdeLaplace

Fuente: DatosRTVE (s.f.) - Fuente: ISCIII / @DatosdeLaplace.

Como alternativa a la mayor complejidad del cálculo de la tasa de exceso de mortalidad ajustada por COVID-19, se propone la que exponemos a continuación, obtenida del coeficiente R^2 sobre la línea de tendencia de la esperanza de vida al nacimiento. De tal forma, que, a mayor distorsión (disminución de la esperanza de vida) del COVID-19 sobre la tendencia acumulada de la década 2010-2020, le corresponde también, un valor R^2 , más alejado de 1, teniendo en cuenta que su valor, en este caso, solo puede distribuirse en un rango entre 0 y 1.

El resultado de la comparación, una vez ordenado el R^2 , por orden creciente (de menor a mayor proximidad al valor de 1), nos permitirá obtener el resultado inverso de su ordinal. De tal forma que, un número ordinal inferior del R^2 , también implica un mayor impacto negativo en la tendencia sobre la esperanza de vida al nacimiento acumulado en la última década, todo ello por el impacto de la pandemia, al final del periodo analizado.

Comparando el ordinal R^2 con el ordinal de la tasa de exceso mortalidad ajustada por grupos de edad (Tabla 4), aunque miden magnitudes relacionadas, realmente son distintas, pero permiten una aproximación adecuada entre el ordinal de uno y otro indicador; si bien, el que hemos obtenido mediante el coeficiente R^2 es mucho más sencillo de obtener. El único dato relativamente atípico entre las listas ordinales, sería el de Aragón, aunque creemos que por sí sola esta circunstancia no desvirtúa nuestro planteamiento global.

Por ello, podemos concluir que el coeficiente R^2 sirve como estimador adecuado y suficiente para evaluar la calidad de los sistemas sanitarios públicos del SNS frente al impacto de la pandemia de COVID-19.

De los resultados expuestos sobre este indicador, es posible inferir que el resultado del País Vasco (Osakidetza), se encontraría en un valor medio, dentro de la lista ordenada. Al margen de ello, el impacto de la mortalidad, a pesar de que todavía se desconocen muchos aspectos causales, en líneas generales, ha sido superior en las CCAA del norte de la península, fronteras o cercanas a Francia (Navarra, Cataluña, Aragón, Rioja, además del País Vasco) y aquellas otras con una población residente en zonas de alta densidad de población (Madrid, Cataluña y también, en este caso, el País Vasco) y por último en CCAA próximas a Madrid con un importante flujo poblacional con esta, por motivos laborales, educativos, sanitarios, etc., siendo este último caso, el de las dos Castillas.

El mejor resultado lo ha sido el de los dos archipiélagos (Canarias y Baleares), así como Galicia y Cantabria y esto, quizás, es debido a que una vez declarado el Estado de Alarma, las restricciones de movilidad permitieron un mayor y mejor aislamiento de la población. Unas por insularidad y otras por la dispersión y escasa densidad de población, además de su ubicación periférica dentro del territorio peninsular.

Tabla 4. Ordenación del impacto del COVID-19 en la esperanza de vida y exceso de mortalidad ajustada por grupos de edad

CCAA	Coefficiente R2	Ordinal: R2	Ordinal: Tasa Exceso Mortalidad Ajustada por Grupo de Edad
Castilla La Mancha	0,0116	1	1
Madrid	0,0349	2	2
Rioja	0,0683	3	4
Castilla y León	0,1118	4	5
Ceuta	0,1902	5	6
Melilla	0,1931	6	7
Navarra	0,2470	7	9
Cataluña	0,2571	8	8
Aragón	0,3542	9	3
Extremadura	0,4955	10	12
Murcia	0,6453	11	14
Andalucía	0,6697	12	15
País Vasco	0,6914	13	10
Com. Valenciana	0,6943	14	11
Asturias	0,6954	15	13
Cantabria	0,7439	16	17
Canarias	0,8542	17	19
Galicia	0,8924	18	18
Baleares	0,9041	19	16

Fuente: Elaboración propia con datos de Instituto Nacional de Estadística (INE) (s.f.) - DatosRTVE.

Como decíamos, el resultado es homologable al análisis de la esperanza de vida al nacimiento (2010 – 2020). (Tabla 3 y Figura 5). En 2019, antes de la pandemia, tres comunidades, de más a menos, superaban los 84 años de esperanza de vida (Madrid, Navarra y Castilla y León). Varias más, estaban en el entorno de 83 años (País Vasco, Aragón, Cataluña, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Galicia y Valencia) y el resto por debajo de estas cifras. Al final de 2020, primer año de la pandemia, ninguna de las CCAA tenía una esperanza de vida igual o superior a 84 años y por encima de 83, también de más a menos, (Baleares, Navarra, Galicia, País Vasco y Cantabria). El resto estaban por debajo de esta edad.

En cuanto a la tendencia acumulada (2010-2020), en todos los casos y a pesar del incremento de la mortalidad por COVID-19, en general, se ha mantenido la tendencia positiva acumula-

da del incremento de la esperanza de vida de la década. En todas, con la excepción de Castilla la Mancha, con una pendiente negativa de su tendencia acumulada muy leve, casi horizontal, de $-0,0205x$.

No obstante, sólo con la mera observación del Figura 5 es posible apreciar el fuerte impacto en la caída de la esperanza de vida, fruto de la comparación entre los años 2019 y 2020, que coincide, casi simétricamente, con las conclusiones alcanzadas al analizar el orden de prelación del ordinal de la **tasa de exceso de mortalidad ajustada por grupos de edad** (Figura 6 y Tabla 4), concluyendo, como en el análisis anterior, que el País Vasco se encuentra en una situación intermedia con respecto al resto de CCAA, manteniendo en 2020, no obstante, una esperanza de vida de las más altas de España (83,17 años), sólo tras Baleares, Navarra y Galicia y habiendo mejorado con respecto a otras, que en 2019 tenían mejores resultados en este indicador, como Madrid y Castilla y León.

Al margen del análisis anterior, existen otros estudios en España, de ámbito provincial y segmentados por sexo como el de Trías et al., (2021), que arroja resultados en los patrones geográficos de distribución del impacto, sobre el exceso de mortalidad y disminución de la esperanza de vida, similares, más allá que el modelo de estudio que planteamos en este trabajo, tenga un ámbito autonómico y la metodología de análisis sea diferente.

7. Conclusiones

Una vez expuestas algunas de las herramientas de medición de la calidad, tanto las de ámbito general como las específicas, es el momento de las conclusiones. A este respecto, se concluye que OSK viene desarrollando una actividad importante en el ámbito de la calidad, tanto desde el punto de vista del conocimiento de la percepción que tienen sus pacientes y usuarios sobre la atención recibida, así como de la integración de indicadores de calidad. Referidos estos últimos a la gestión sanitaria, así como otras áreas no asistenciales. Esto último se viene realizando, a través, tanto de la cuantificación de los compromisos de calidad suscritos en los CP, como el cumplimiento de los requisitos técnicos necesarios para acreditar las diferentes certificaciones de calidad.

Además de la percepción de la calidad, se han contextualizado los resultados evaluados en el País Vasco (Osakidetza), contrastados con los de otras CCAA y haciendo uso de los datos más recientes obtenidos durante la pandemia de COVID-19, aunque en honor a la verdad durante este periodo, si bien ha habido numerosos estudios e hipótesis, a día de hoy, las incógnitas son aún más numerosas que las evidencias verificadas.

Contribución de cada autor/a: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés con relación a la publicación de este artículo. Las tareas se han distribuido de la siguiente manera: Los dos autores han participado en el diseño de la metodología y la redacción del artículo. La revisión bibliográfica y documental y la realización del análisis cuantitativo han estado a cargo de Francisco Javier Cano. Los autores han leído y aprobado el manuscrito final.

Financiación: Las/as autoras/es agradecen la ayuda económica del Gobierno Vasco (Grupo de Investigación del Sistema Universitario Vasco en Ciencias Sociales Jurídicas aplicadas a las Nuevas Tecnociencias (GI-CISJANT). Referencia IT 1541-22).

Bibliografía

CLAUDIO MOLINA, M.A. & LÓPEZ MANJARREZ, F.E. (2020): “Proyecto de investigación. Calidad del servicio percibido por los docentes y estudiantes de la biblioteca de la Universidad Técnica de Cotopaxi, durante el periodo septiembre 2019 – febrero 2020”, Universidad Técnica de Cotopaxi. Recuperado 16 de mayo de 2022, de: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/5935/1/T-001475.pdf>

COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA – CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (2020): “Dictamen”. Recuperado 23 de mayo de 2022, de: https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

DICCIONARIO LID MÁRKETING DIRECTO E INTERACTIVO (2012): *LID Editorial*. Recuperado 30 de mayo de 2022, de: <https://www.lideditorial.com/libros/diccionario-lid-marketing-directo-e-interactivo>

DELEGACIÓN TERRITORIAL DE BIZKAIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO & OSI BILBAO – BASURTO (2016): “Contrato Programa 2016”. Recuperado 07 de junio de 2022, de: https://www.euskadi.eus/contenidos/tramita_nbnc_contrato_programa/nbnc_cp_101286_2016_08/es_def/adjuntos/cp%202016%20osi%20bilbao-basurto.pdf

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y CONTRATACIÓN SANITARIA – DEPARTAMENTO DE SALUD, GOBIERNO VASCO (2016): “Manual de Evaluación Anexo II - Contrato Programa 2016 OSIs”.

EFQM – FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD, (s.f.): “Modelo de excelencia y calidad EFQM”. Recuperado 12 de abril de 2022, de: <http://www.efqm.es/>

ENAC – ENTIDAD NACIONAL DE ACREDITACIÓN, (s.f.): Portal ENAC. Recuperado 04 de mayo de 2022, de: <https://www.enac.es/web/enac/-quiere-acreditarse->

EUSKALIT – FUNDACIÓN VASCA PARA EL FOMENTO DE LA CALIDAD, (s.f.): EUSKALIT Kudeaketa Aurreratua - Gestión Avanzada. Recuperado 02 de mayo de 2022, de: <http://www.euskalit.net/es/>.

FADSP – FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA, “XVI-II Informe” (2022): Recuperado 10 de octubre de 2022, de: <http://www.fadsp.es>

GABINETE DE PROSPECCIÓN SOCIOLOGICA DE LA PRESIDENCIA DEL GOBIERNO VASCO (2021): “La pandemia del Covid-19 y sus consecuencias”. Recuperado 18 de mayo de 2022: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/o_21tef8/es_def/adjuntos/21tef8.pdf

GONZÁLEZ LLINARES, R.M. (2011): “Un recorrido con el Modelo EFQM en Osakidetza”. Recuperado 31 de mayo de 2022, de URL: <http://externos.bioef.org/oberri/EFQM.pdf>

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (s.f.): “Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo. Indicadores de Mortalidad”. Recuperado 02 de junio de 2022, de URL: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1448>

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (s.f.): “Edad Media de la Población por comunidad autónoma, según sexo. Indicadores de Estructura de Población”. Recuperado 02 de junio de 2022, de URL: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3198>

KELLEY, E. & HURST, J. (2006): “Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper”, *OECD Health Working Papers*, No 23, OECD Publishing, Paris. Recuperado 07 de junio de 2022, de URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2019): “Barómetro Sanitario (2018)”. Recuperado 15 de abril de 2022, de: https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS_2018Metodologia.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2016): “Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS. Versión 2)”. Recuperado 06 de abril de 2022, de: http://inclasns.msssi.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (s.f.): “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006”, (s.f.). Recuperado 15 de abril de 2022, de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/t_pnc01.htm

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (s.f.): “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010”. Recuperado 18 de abril de 2022, de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

MINISTERIO DE SANIDAD – SECRETARÍA GENERAL DE SALUD DIGITAL, INFORMACIÓN E INNOVACIÓN DEL SNS – “S.G. Información Sanitaria. Listas de espera del SNS (SISLE-SNS) RD 605/2003”. Recuperado 20 de mayo de 2022, de: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>

MORENO DOMENE, P., ESTÉVEZ LUCAS, J. & MORENO RUIZ, J.A. (2010): “Indicadores de Gestión Hospitalaria”, *Sedisa s XXI - Órgano de difusión de la Sociedad Española de Directivos de la Salud*, No 17.

NUÑO-SOLINÍS, R. (2016): “Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: Lecciones aprendidas”, *Gaceta Sanitaria*, 30, 106-110. Recuperado 12 de junio de 2022, de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011>.

OLIVA ZELADA, H.C. (2018): *El Marketing Educativo y la percepción de calidad de servicio en la Escuela Académico Profesional de Economía-UNT-2017*, Tesis, Universidad Nacional de Trujillo.

OSAKIDETZA – Ente Público de Derecho Privado (2002): “Plan de calidad 2003-2007, Estrategia de mejora”. Recuperado 29 de mayo de 2022, de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PlanCalidad2003_2007.pdf

OSAKIDETZA – Ente Público de Derecho Privado (varios años): “Informe de la Encuesta de satisfacción de Osakidetza”. Recuperado 04 de mayo de 2022, de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/obid_gestion/es_obid/adjuntos/hospitalizacion_dom.pdf

PARLAMENTO VASCO (1997): Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, Publicada en el Boletín Oficial del País Vasco núm. 138, de fecha 21 de julio de 1997. Recuperado 01 de junio de 2022, de: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/1997/07/9703850a.pdf>

PARRA HIDALGO, P., CALLE URRRA, J.E., RAMÓN ESPARZA, T., PEIRÓ MORENO, S. & MENEU DE GUILLERNA, R. (2012): “Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud-Sociedad Española de Calidad Asistencial”. Recuperado 06 de junio de 2022, de: <https://docplayer.es/2180224-Indicadores-de-calidad-para-hospitales-del-sistema-nacional-de-salud.html>

PÉREZ, A. - OBS Business School (s.f.): “¿Qué es el certificado de calidad?”. Recuperado 01 de junio de 2022, de: <https://www.obsbusiness.school/blog/certificado-de-calidad-y-su-importancia-en-la-empresa>

RTVE – DatosRTVE (s.f.): “¿Cómo es la mortalidad por COVID? Tres mapas para explicar las cifras en Madrid y el resto de España”. Recuperado 23 de mayo de 2022, de: <https://www.rtve.es/noticias/20210429/analisis-mortalidad-covid-comunidades-autonomas/2087900.shtml>

RICHARDS-SHUBIK, S., ROBERTS, M.S. & DONOHUE, J.M. (2022): “Measuring quality effects in equilibrium”, *Journal of Health Economics*, 83, 102616. Recuperado 06 de junio de 2022, de: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102616>

SPIERS, G.F., KUNONGA, T.P., BEYER, F., CRAIG, D., HANRATTY, B. & JAGGER, C. (2021): “Trends in health expectancies: a systematic review of international evidence”, *BMJ open*, 11(5), e045567. Recuperado 03 de junio de 2022, de: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/5/e045567.full.pdf>

SOLIMINE, G., DI, G. & PÉREZ, M. (Ed.) (2010): *Gestión y Planificación de Bibliotecas*, Buenos Aires, Argentina: Alfagrama Ediciones.

TRÍAS, S., BLANES, A., FRANCO, M., BILAL, U. & RIFFE, T. (2021): “Declines in life expectancy following the COVID-19 pandemic in provinces of Spain”, *medRxiv*. Recuperado 01 de junio de 2022, de: <https://doi.org/10.1101/2021.04.15.21255545>

UNE, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NORMALIZACIÓN (s.f.): “La normalización”. Recuperado 27 de abril de 2022, de: https://www.une.org/normalizacion_documentos/normalizacion_une.pdf